

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS NA
PRESERVAÇÃO DA INTIMIDADE DURANTE O PROCESSO DE
CUIDAR**

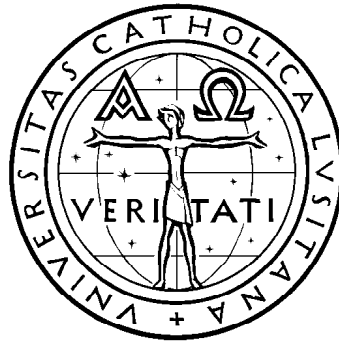
Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de doutor em
Enfermagem na Especialidade de Educação em Enfermagem

Por

Maria Oflia Brites Zangão

Instituto de Ciências da Saúde

Fevereiro, 2014



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS NA
PRESERVAÇÃO DA INTIMIDADE DURANTE O PROCESSO DE
CUIDAR**

Tese apresentada para obtenção do grau de doutor em Enfermagem
na Especialidade de Educação em Enfermagem

Por Maria Otília Brites Zangão

Sob a orientação da Professora Doutora Felismina Rosa Parreira Mendes

Instituto de Ciências da Saúde

Fevereiro, 2014

Apoio financeiro da FCT - DEPARTAMENTO DE FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS, do
Programa de apoio à formação avançada de docentes do Ensino Superior Politécnico. Referência:

SFRH/PROTEC/50455/2009

Dedicatória

Aos meus filhos,

Gonçalo e Mariana

Ao meu marido, Vítor

Aos meus pais, Maria e António

Pelos momentos sem a minha presença

Agradecimentos

A realização deste estudo não teria sido possível sem a colaboração e apoio de diversas pessoas e instituições às quais gostaria aqui de expressar os meus sinceros agradecimentos.

Em primeiro lugar um agradecimento especial à Professora Doutora Felismina Mendes por ter aceite orientar este trabalho, pelo constante estímulo e motivação, pelo profissionalismo e acima de tudo pela disponibilidade.

À Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus pelas facilidades proporcionadas para a realização deste estudo.

Aos colegas e funcionários por todo o apoio, colaboração e incentivo, particularmente à Professora Doutora Maria do Céu Marques e Eugénia Simões.

Às instituições por terem autorizado a recolha de dados.

Aos estudantes e docentes que aceitaram participar voluntariamente e entusiasticamente no estudo.

E por fim, mas não menos importante aos meus amigos e família, pelo apoio e paciência nos momentos bons e momentos mais difíceis deste longo percurso...

Bem hajam!

Resumo

Este estudo foi realizado com a finalidade da obtenção do grau de doutor em enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa na especialidade de Educação em Enfermagem. Decorrente do atual contexto socioeconómico de Portugal e das alterações que se avizinham na formação em enfermagem, pareceu-nos pertinente compreender e identificar como ocorre a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionais do estudante da licenciatura em enfermagem na preservação da intimidade dos utentes durante o processo de cuidar; e no final propor bases teórico-metodológicas para o ensino da enfermagem na aquisição e desenvolvimento desta dimensão das competências.

Realizou-se um estudo descritivo – correlacional com a combinação simultânea de métodos de investigação de natureza quantitativa e qualitativa. Para realização do tratamento e análise dos dados, recorreremos a vários *Softwares*, nomeadamente para os dados quantitativos utilizámos o *Software IBM® SPSS® Statistic*, enquanto para os dados qualitativos, estes foram tratados através do *Software webQDA - Software de Apoio à Análise Qualitativa versão 1.4.3* e do *Software Alceste 2010 (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte)*. No final da análise procedeu-se à triangulação dos dados através da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, elaborando-se o Modelo de bases teórico-metodológicas para os estudantes de enfermagem.

A população foram os estudantes da licenciatura em enfermagem e os docentes de uma Escola Superior de Enfermagem integrada numa Universidade (A) e de uma Escola Superior de Saúde integrada num Instituto Politécnico (B), amostra dos estudantes foi aleatória simples, enquanto a amostra do grupo de docentes foi do tipo não-probabilística por conveniência. Para a recolha de dados foram realizados vários procedimentos de forma a cumprir a componente ética e legal da pesquisa em enfermagem com seres humanos. Os instrumentos de recolha de dados foram um questionário de caracterização dos estudantes e do contexto clínico, um Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), uma Grelha de Observação dos estudantes em ensino clínico de uma entrevista semiestruturada para os docentes.

Os resultados obtidos evidenciam a presença de quatro variáveis preditoras da aquisição e desenvolvimento desta dimensão das competências, as quais influenciam a aprendizagem e os resultados finais dos estudantes. Para se processar o desenvolvimento desta dimensão das competências é necessário estarem reunidas as condições do Modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT).

Palavras-Chave: Intimidade; Processo de cuidar; Estudante de enfermagem; Competências relacionais.

Abstract

This study was conducted with the purpose of obtaining a doctoral degree in nursing at the Catholic University in the specialty of Nursing Education. Arising from the current socio-economic context of Portugal and the forthcoming change in nursing education, it seemed pertinent to understand and identify how does the acquisition and development of relational skills for the student of the degree in nursing in the preservation of the privacy of users during the process of care, and in the end propose theoretical and methodological bases for nursing education in the acquisition and development of skills of this dimension.

It was realized a descriptive study –correlational with the simultaneous combination of quantitative and qualitative research methods. In order to treat and analyse the data, we used several software's particularly for quantitative data we used the IBM ® SPSS ® Software Statistic, while for qualitative data we used webQDA Software - Software Support Qualitative Analysis version 1.4.3 and Alceste Software 2010 (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte). At the end of the analysis we proceeded to the triangulation of data through Bioecological Theory of Human Development of Bronfenbrenner, elaborating the theoretical and methodological bases model for nursing students.

The population were the students of undergraduate nursing faculty and a School of Nursing integrated in an University(A) and a School of Health integrated into the Polytechnic Institute (B), the students sample was random simple, while the sample group of teachers was non-probabilistic by convenience. For data collection were performed several procedures to comply with the legal and ethical component of nursing research with humans. The instruments for data collection were a questionnaire to characterize the students and the clinical context, an inventory of Relational Skills Help (ICRA) a Grid Observation of students in clinical teaching of a semi structured interview for teachers.

The results show the presence of four predictor variables of the acquisition and development of this competence dimension which influences the learning and the students

final results. To process of developing this dimension of competence is necessary to be reunited the conditions of the Model Process-Person-Context-Time (PPCT).

Keywords: Intimacy; process of caring, nursing student; relational skills.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	35
<u>INTRODUÇÃO</u>	37
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO	43
1 – <u>PROCESSO DE CUIDAR E INVASÃO DA INTIMIDADE</u>	45
1.1 – O PROCESSO DE CUIDAR.....	45
1.2 – A INTIMIDADE NO CUIDAR.....	49
2 – <u>AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM</u>	56
2.1 – PROCESSO DE BOLONHA	56
2.2 – COMPETÊNCIA UM CONCEITO POLISSÉMICO	65
3 – <u>DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DURANTE O PERCURSO</u> <u>FORMATIVO</u>	72
3.1 – COMPETÊNCIAS RELACIONAIS	79
3.2 – ESTRATÉGIAS ADOTADAS NO PERCURSO FORMATIVO	87
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO	93
1 - <u>METODOLOGIA</u>	95
1.1 - TIPO DE ESTUDO	96
1.2 - AMOSTRA POPULACIONAL	97
1.3 - VARIÁVEIS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	99
1.4 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	100
1.5 – PRÉ- TESTE.....	103
1.6 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E ASPETOS ÉTICOS	104

1.7 – VALIDADE E CONFIABILIDADE DO INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA (ICRA)	104
2 - <u>ANÁLISE DOS DADOS</u>	116
2.1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA DE ESTUDANTES	118
2.2 – DADOS RECOLHIDOS ATRAVÉS DO ICRA.....	123
2.3 – DADOS RECOLHIDOS ATRAVÉS DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO	152
2.4 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA DE DOCENTES	175
2.5 - DADOS RECOLHIDOS ATRAVÉS DAS ENTREVISTAS.....	176
PARTE III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	195
1 – <u>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DOS DADOS DOS ESTUDANTES</u>	197
1.1 - AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DOS ESTUDANTES VS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS	198
1.2 - ENSINO CLÍNICO E AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS RELACIONAIS	204
1.3 - ACOMPANHAMENTO EM ENSINO CLÍNICO E AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS	208
1.4 - ESTUDANTE DE ENFERMAGEM E INTIMIDADE DO UTENTE.....	218
1.5 - PROCESSO DE CUIDAR: DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS RELACIONAIS E PRESERVAÇÃO DA INTIMIDADE/PRIVACIDADE	227
1.6 - VARIÁVEIS PREDITORAS DO DESENVOLVIMENTO DAS DIMENSÕES DAS COMPETÊNCIAS RELACIONAIS NA PRESERVAÇÃO DA INTIMIDADE DO UTENTE.....	232
2 – <u>DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DOS DADOS DOS DOCENTES</u>	235

2.1 - PERCEÇÃO DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTOS DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DOS ESTUDANTES	235
2.2 - PERCEÇÃO DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE A FORMA COMO OS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PRESERVAM A INTIMIDADE DOS UTENTES	273
PARTE IV – TRIANGULAÇÃO	303
1 – <u>TRIANGULAÇÃO DA INFORMAÇÃO RECOLHIDA</u>	305
CONCLUSÕES	315
<u>CONCLUSÕES</u>	317
BIBLIOGRAFIA	323
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	325
ANEXOS	359
ANEXO A – Competências específicas para a enfermagem (Projeto Tunning)	361
ANEXO B – Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA).....	367
ANEXO C - Grelha de observação - Identificação de Comportamentos de Cuidados (ICC).....	371
ANEXO D – Comissão de ética.....	375
ANEXO E – Autorização dos Diretores das Escolas Superiores de Enfermagem A e B.....	377
APÊNDICES	381
APÊNDICE A – Questionário de caracterização sociodemográfica	383
APÊNDICE B – Autorização para a utilização dos instrumentos	387
APÊNDICE C – Guião de entrevista	391
APÊNDICE D – Pedido de participação aos estudantes do CLE.....	395

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Tipologia do processo de desenvolvimento de competências de Wittorski	75
Quadro 2 - Descritores de Dublin para o 1º ciclo	76
Quadro 3- Tempos da recolha de dados aos estudantes.....	101
Quadro 4 - Relações entre cada item e as competências relacionais de ajuda.....	106
Quadro 5 - Teste Kaiser-Meyer-Olkin e Teste Bartlett's	107
Quadro 6 - Distribuição dos itens do ICRA pelas dimensões temáticas.....	108
Quadro 7 - Matriz das correlações	108
Quadro 8 - Comunalidades	109
Quadro 9 - Variância total explicada	110
Quadro 10 - Resumo das estatísticas do ICRA	110
Quadro 11 - Resumo das estatísticas do item - Competências genéricas	111
Quadro 12 - Resumo das estatísticas do item - Competências empáticas	112
Quadro 13 - Resumo das estatísticas do item - Competências de comunicação	112
Quadro 14 - Resumo das estatísticas do item - Competências de contacto	113
Quadro 15 - Consistência interna do ICRA	113
Quadro 16 - Correlação de Pearson entre os vários itens do ICRA.....	114
Quadro 17 - Teste One-Sample Kolmogorov-Smirnov	114
Quadro 18 - Teste de homogeneidade e de variância	115
Quadro 19 - Características sociodemográficas dos inquiridos (n=299).....	119
Quadro 20 - Habilitações académicas.....	120
Quadro 21 - Distribuição dos estudantes segundo a atividade profissional/estatuto de trabalhador estudante.....	121
Quadro 22 - Distribuição dos estudantes segundo a opção pelo curso e pela escola..	121
Quadro 23 - Base conceptual do ICRA.....	124
Quadro 24 - Possíveis Valores da Escala ICRA	126
Quadro 25 - Valores da Escala (ICRA) e de cada dimensão de Competências.....	126
Quadro 26 - Valores das médias do ICRA nas duas escolas	127

Quadro 27 - ANOVA entre a Escola e as dimensões do ICRA.....	128
Quadro 28 - Teste t-Student para duas amostras independentes.....	129
Quadro 29 - Competências relacionais de ajuda/sexo dos estudantes	129
Quadro 30 - Valores do Teste t-Student para as variáveis Sexo/ICRA	130
Quadro 31 - ANOVA two-way (Escola/Sexo)	131
Quadro 32 - Relação idade/competências relacionais.....	131
Quadro 33 - ANOVA two-way (Escola/Idade)	132
Quadro 34 - Relação ano do curso/competências relacionais.....	133
Quadro 35 - ANOVA two-way (Escola/Ano de curso)	136
Quadro 36 - ANOVA two-way (Escola/Habilitações Literárias).....	137
Quadro 37 - Relação ano do estado civil/competências relacionais	137
Quadro 38 - ANOVA two-way (Escola/Estado Civil)	138
Quadro 39 - Opção de escolha do curso de enfermagem.....	139
Quadro 40 - Valores do Teste t-Student para as variáveis Opção de escolha do curso de enfermagem/ICRA.....	139
Quadro 41 - ANOVA two-Way (Escola/opção de escolha do curso)	140
Quadro 42 - Relação ano do estado civil/competências relacionais	141
Quadro 43 - Resumo do Modelo ^b	143
Quadro 44 - Teste Kolmogorov-Smirnov	145
Quadro 45 - ANOVA da regressão ^b	145
Quadro 46 - Coeficientes de regressão ^a	146
Quadro 47 - Resumo do Modelo ^d	146
Quadro 48 - ANOVA ^d	147
Quadro 49 - Coeficiente de regressão da variável dependente Escala Total (ICRA). 148	
Quadro 50 - Diagnóstico da Colinearidade.....	148
Quadro 51 - Resumo do Modelo.....	149
Quadro 52 - Coeficiente de regressão da variável competências genéricas	149
Quadro 53 - Resumo do Modelo.....	150
Quadro 54 - Coeficiente de regressão da variável competências empáticas.....	150
Quadro 55 - Coeficiente de regressão da variável competências de comunicação.....	151
Quadro 56 - Resumo do Modelo.....	151
Quadro 57 - Resumo do Modelo.....	151

Quadro 58 - Serviços onde foram observados os estudantes da escola A	155
Quadro 59 - Serviços onde foram observados os estudantes da escola B	156
Quadro 60 - Cuidado técnico-instrumental realizado pelo estudante	159
Quadro 61 - Coeficientes de correlação entre as variáveis	166
Quadro 62 - Correlações entre as variáveis	168
Quadro 63 - Caracterização dos participantes (n = 19).....	176
Quadro 64 - Análise temática do <i>corpus</i>	189
Quadro 65 - Categorias e subcategoria oriundas da classe 1	191
Quadro 66 - Categorias e subcategoria oriundas da classe 2	192
Quadro 67 - Categorias e subcategoria oriundas da classe 3	193

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Processo de cuidar.....	46
Figura 2 - Pirâmide de Miller.....	67
Figura 3 - Aquisição de competências.....	69
Figura 4 - Componentes das competências.....	73
Figura 5 - Perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais.....	78
Figura 6 - As zonas de proxémia.....	85
Figura 7 - Gráfico Scree Plot.....	109
Figura 8 - Análise textual efetuada pelo <i>ALCESTE</i>	117
Figura 9 - Gráfico relação entre o estado civil e a idade.....	120
Figura 10 - Motivo por que escolheu o Curso de Enfermagem.....	122
Figura 11 - Medo/apreensão relacionada com o curso.....	123
Figura 12 - Valores das médias do Escala Total (ICRA) nas duas escolas.....	127
Figura 13 – Gráfico da relação entre o ano de curso em cada escola e o ICRA Total	134
Figura 14 – Gráfico da relação entre o ano de curso em cada escola e a dimensão das competencias empáticas.....	134
Figura 15 – Gráfico da relação entre o ano de curso em cada escola e a dimensão das competencias de comunicação.....	134
Figura 16 - Gráfico da relação entre o ano de curso em cada escola e a dimensão das competencias genéricas.....	135
Figura 17 - Gráfico da relação entre o ano de curso em cada escola e a dimensão das competencias de contacto.....	135
Figura 18 - Gráfico da regressão padronizada residual.....	143
Figura 19 - Gráfico de dispersão.....	144
Figura 20 - Gráfico de dispersão.....	144
Figura 21 - Variáveis preditoras das competências relacionais e suas dimensões.....	152
Figura 22 - Gráfico da distribuição dos estudantes por ano/escola.....	157
Figura 23 - Gráfico da distribuição dos estudantes por sexo/escola.....	158

Figura 24 - Gráfico do tipo de acompanhamento/escola	160
Figura 25 - Gráfico da relação cumprimenta o utente/ano/escola	161
Figura 26 - Gráfico da relação apresenta-se ao utente/tipo de acompanhamento.....	162
Figura 27 - Gráfico da relação entre as variáveis, orienta sobre o cuidado técnico antes, durante ou após realiza-lo/ano/escola.....	163
Figura 28 - Gráfico da relação entre as variáveis, solicita autorização para tocar no utente/ano/escola	164
Figura 29 - Gráfico da relação entre as variáveis respeita a vontade do utente evitando risco/ano/escola	165
Figura 30 - Gráfico da relação das variáveis, conversa com o utente durante o procedimento/ano/escola	167
Figura 31 - Quadro da relação entre as variáveis, explica ao utente o motivo do seu internamento/ano	169
Figura 32 - Gráfico da relação entre as variáveis, demonstra sinceridade/escola	170
Figura 33 - Gráfico da relação entre os itens do constructo 2 e a escola.....	171
Figura 34 - Gráfico da relação entre as variáveis, item olhar o utente nos olhos com expressão facial positiva/ano/escola.....	172
Figura 35 - Gráfico da relação entre as variáveis, aceita-o como ele é e a variável escola	173
Figura 36 - Gráfico da relação entre as variáveis, respeita-o durante o cuidado sem o expor/tipo de acompanhamento.....	174
Figura 37 - Dendrograma da divisão das UCE em classes e número de palavras analisadas por classe.....	180
Figura 38 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente	181
Figura 39 - Análise fatorial de correspondência, com representação das coordenadas (eixo 1 e 2), com destaque para as três classes e as palavras com maiores cargas fatoriais	183
Figura 40 - Rede de palavras da classe 1	184
Figura 41 - Rede de palavras da classe 2	184
Figura 42 - Rede de palavras da classe 3	184
Figura 43 - Análise fatorial dos contributos das classes	185
Figura 44 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Ascendente do Corpus.....	186

Figura 45 - Dendrograma da raiz das palavras específicas mais significativas por classe	187
Figura 46 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1	190
Figura 47 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2	191
Figura 48 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3	192
Figura 49 - Modelo de desenvolvimento bioecológico do estudante de enfermagem, baseado em Bronfenbrenner	308
Figura 50 - Representação do modelo de bases teórico-metodológicas para os estudantes de enfermagem	314

INTRODUÇÃO

*“Nem uma única violação da dignidade de uma mulher ou de um homem
pode ser justificada em nome de qualquer outra coisa ou ideia.*

Nem uma única”

Mensagem do Arcebispo de Buenos Aires,

Cardeal Jorge Mário Bergoglio,

às comunidades educativas em 18 de abril 2007

(Collazo & Rogak, 2013: 60).

INTRODUÇÃO

Durante os últimos trinta anos, assistiu-se em Portugal a uma profunda alteração do sistema de ensino nacional, que se traduziu numa “massificação” ao nível do ensino superior, com todas as implicações daí decorrentes. Estas alterações seguiram as profundas mudanças que ocorreram na sociedade, em geral. Foi neste conjunto de mudanças que se concretizou a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico e mais tarde a integração de algumas Escolas Superiores de Enfermagem em Universidades.

A partir desse momento, os estudantes de enfermagem passaram a ser confrontados com todas as vantagens e desvantagens inerentes a um percurso escolar que em Portugal, se pauta por importantes níveis de abandono e insucesso, conforme dados constantes do Relatório da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) de 2006 sobre a situação do Ensino Superior em Portugal, nos indicadores da OCDE (2012a) onde, para Portugal, é feita referência que em 2010 apenas metade (52%) das pessoas com 25-34 anos de idade tinha obtido pelo menos o ensino secundário. Na apresentação do relatório da OCDE (2012b) sobre a educação é evidenciada a importância de uma educação de alta qualidade com competência, como devendo ser a prioridade número um para os governos, para as economias e para as sociedades. Por outro lado, o atual contexto socioeconómico e tecnológico tem colocado em evidência as lacunas existentes a nível da saúde. O Observatório Português dos Sistemas de Saúde (OPSS) destaca que “a intensificação dos efeitos da crise e consequente pressão para a contenção nos gastos, produz nos serviços de saúde um clima que pode levar esses mesmos serviços a não oferecerem aos doentes aquilo que melhor convém à sua condição de saúde” (OPSS, 2012: 74), nomeadamente o tempo necessário para os enfermeiros prestarem cuidados com qualidade. Todo o processo de cuidar está assente numa inter-relação que necessita de um ambiente adequado para o enfermeiro desenvolver os seus cuidados instrumentais e relacionais, ora esta contenção de gastos implica na redução do número de enfermeiros nos serviços, fazendo com que estes apenas desenvolvam o processo de cuidar assente nas competências instrumentais e deixe

para segundo plano as competências relacionais, não salvaguardando a qualidade dos cuidados prestados (OPSS, 2012).

O curso de licenciatura em enfermagem, pela especificidade que lhe é própria, leva os estudantes a confrontarem-se, durante os períodos de teoria, e essencialmente durante os ensinamentos clínicos com momentos de *stress*, como a doença, a morte e a intimidade da pessoa, situações que inevitavelmente exigem uma gestão harmonizada, para se alcançar o final do percurso formativo não apenas com sucesso escolar, mas essencialmente com sucesso pessoal e, no futuro, com sucesso profissional - dotado das competências indispensáveis a uma prestação de cuidados altamente qualificada.

O estudante de Enfermagem nunca deve esquecer que o cuidado é o fundamento da ciência e da arte da enfermagem. Este cuidar é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o compromisso com o cuidado existencial que envolve também o autocuidado, a autoestima, a autovalorização, a cidadania do outro e da própria pessoa que cuida. O estudante de enfermagem deve respeitar o modo de ser, de estar e de se relacionar com o utente.

O interesse pelo ensino e pela aprendizagem, com enfoque nos estudantes, faz parte da trajetória profissional da autora deste trabalho que orientando em regime de preceptoria estudantes durante os ensinamentos clínicos, enquanto prestadora de cuidados, se deparou quer com as dificuldades expressas quer na manutenção da intimidade, quer com a invasão da intimidade do utente durante a prestação de cuidados. Atualmente como docente numa Escola Superior de Enfermagem, orientando pedagogicamente estudantes, depara-se com algumas dificuldades manifestadas pelos estudantes, quando na prestação de cuidados estes se confrontam com a intimidade do utente. Sabemos que os estudantes quando iniciam o seu percurso formativo não estão preparados para se relacionarem intimamente com uma pessoa que não conhecem. Necessitam por isso de adquirirem competências para uma prestação de cuidados adequada, sendo então essencial assimilarem os conhecimentos adequados para desenvolverem essas competências durante a sua formação académica. Deste modo, pensamos ser pertinente compreender a inter-relação estabelecida e a questão da salvaguarda e respeito pela intimidade do utente quando sujeito à prestação de cuidados pelos estudantes de enfermagem.

Em enfermagem, em todo o processo de cuidar, a preservação da intimidade pode ser condição para o cuidar, pois não existe cuidado sem interação, ou seja não podemos ignorar

que, ao cuidar do utente, tocando-lhe o corpo e expondo-o, na realização de forma mecanizada de procedimentos e tratamento decorrentes da sua condição, que muitas vezes acontece sem pedir permissão, adotando uma atitude de “domínio” sobre o corpo de outrem e reduzindo-o a um objeto, se está a invadir a sua intimidade. O utente normalmente não questiona essa invasão porque, na sua perceção, ela é necessária para a sua recuperação. Porém, frequentemente demonstra constrangimento, vergonha e embaraço.

No processo de cuidar, a relação com o utente tem sempre na base o comportamento, a comunicação e a interação entre os envolvidos. Sendo um dos temas que tem sido alvo de preocupação e estudo ao longo dos tempos, em 1952 Peplau introduziu um novo paradigma para a enfermagem centrado nas relações interpessoais que se acionam entre a enfermeira e o utente (Almeida, Lopes & Damasceno, 2005). Esta relação é um elemento fundamental da prática da enfermagem e os acontecimentos que envolvem os protagonistas durante uma situação de cuidado (utente e enfermeiro), deram origem à construção de várias teorias, que assinalam sempre a centralidade da pessoa alvo do cuidados, considerada como um todo e sempre concebida em interação com o ambiente (Kérouac, 2007).

Consideramos que a temática em estudo está pouco investigada, na perspetiva em que a pretendemos analisar, sendo que reporta-se maioritariamente a profissionais e só uma pequena parte se relaciona com estudantes de enfermagem. Na literatura consultada relativamente à enfermagem apenas é feita referência às competências relacionais e à invasão da intimidade e não à relação entre estas duas componentes. A problemática das competências relacionais têm adquirido vários contornos em investigações realizadas quer a nível nacional como a nível internacional. No entanto não encontramos nenhuma investigação que relacionasse esta dimensão das competências com a preservação da intimidade do utente. Sobre a preservação da intimidade em enfermagem, foram igualmente poucas as pesquisas encontradas que explorassem a natureza da intimidade e as suas implicações na prática dos cuidados de enfermagem. Assim, torna-se crucial compreender como é que os estudantes constroem todo o processo de aquisição e desenvolvimento de competências relacionais, preservando a intimidade dos utentes. Consideramos que é uma questão de grande importância e pertinência, pois a partir dos resultados encontrados será possível elaborar propostas que se possam traduzir em contributos para a melhoria do processo de ensino/aprendizagem da enfermagem em Portugal.

Neste estudo emergem como conceitos centrais a intimidade e a privacidade. A Intimidade é um conceito cada vez mais reconhecido pela enfermagem, que está intrinsecamente relacionado com as competências relacionais. Contudo, a natureza de intimidade tal como é praticada em enfermagem permanece largamente inexplorado (Williams, 2001b). Rodrigues, Dutra & Martins (2008: 39), dizem-nos que a intimidade e a privacidade, podem ser consideradas sinónimos, ou seja, a invasão da intimidade implica a invasão da privacidade e o contrário não se verifica. Sendo assim, a intimidade estará relacionada com algo físico e corporal enquanto a privacidade remete para a um nível objetivo. Neste estudo optamos por utilizar apenas a expressão intimidade.

Ao longo do curso de enfermagem e de acordo com a sua estrutura curricular¹, são abordadas as questões éticas e deontológicas no processo de cuidar os utentes. No processo de educação em enfermagem estes conceitos não se devem cingir apenas a uma abordagem deontológica ou legal, deve sim incidir sobre uma reflexão de como estas competências são postas em prática, ou seja, pelo agir humano.

No ensino da enfermagem, a expectativa é de que os estudantes sejam capazes de adquirir um vasto conjunto de competências técnicas e relacionais e outras, indispensáveis para fomentar valores individuais que possam contribuir diretamente para a qualidade dos cuidados de enfermagem. Esta expectativa é partilhada não só pelos docentes, mas também pelos enfermeiros da prática clínica responsáveis por estes estudantes durante os ensinamentos clínicos.

A importância da aquisição e desenvolvimento das competências a todos os níveis, inspira e orienta as políticas pedagógicas. Tal como foi referido no Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI (Delors, 1996), a educação e a aprendizagem ao longo da vida baseia-se em quatro pilares: aprender a conhecer (aprender a aprender, mas sobretudo o domínio dos saberes, é necessário aprender a pensar), aprender a fazer (adquirir a competência de acordo com os saberes adquiridos), aprender a conviver (desenvolver a compreensão pelo outro, respeitando os valores do outro) e aprender a ser (desenvolver a personalidade e agir com uma capacidade cada vez maior de autonomia e responsabilidade pessoal), (Delors, 1996).

¹ Terminologia utilizada pela Agência de avaliação e acreditação do ensino superior <http://www.a3es.pt/pt/acreditacao-e-auditoria/guioes-e-procedimentos/acreditacao-previa-de-novos-ciclos-de-estudos>

Na formação em enfermagem também são valorizados a capacidade de gestão dos quatro pilares das competências: o saber-saber; o saber fazer, o saber estar e o saber ser. Assim, para além do domínio técnico-científico, os estudantes necessitam cada vez mais de saber comunicar e estabelecer um comportamento relacional com os utentes, para que a preservação da intimidade dos utentes não seja invadida. Este estudo irá analisar o processo de aquisição das competências relacionais, sem pretender de forma alguma menosprezar os outros domínios das competências, pois pensamos que todas se complementam. De acordo com estudos já efetuados (Pupulim & Sawada, 2002, 2005; Prochet & Silva, 2008a,b; Pontes, Leitão & Ramos, 2008) e com a prática vivenciada verificou-se que os enfermeiros sentem dificuldades em colocar em práticas estas competências (relacionais) ou seja, a forma como mobilizam estas competências por vezes não é a mais adequada, colocando em risco a preservação da intimidade dos utentes, muitas vezes sem se darem conta de que estão a violar os princípios éticos e deontológicos, assim como os direitos dos utentes.

Pareceu-nos importante analisar e compreender a aquisição deste domínio das competências pelos estudantes e perceber se no final do seu 1º ciclo de formação possuem as competências relacionais para exercer a sua profissão. Alguns estudos consultados, (Almeida, 2004; Simões, 2008; Agostinho, 2008; Soares, 2010; Costa, 2011) revelam que não só que os enfermeiros não têm este domínio das competências consolidado, como ainda referem discrepâncias entre a formação em enfermagem e a realidade dos serviços de saúde. Os referidos autores verificaram ainda que, a partir da sua formação e das suas experiências, os enfermeiros vão construindo, de uma forma mais ou menos pronunciada, a sua forma particular de estar em relação com os utentes, sendo que esta forma particular organiza-se em volta de algumas variáveis pessoais e profissionais e muitas vezes segue um modelo que lhe serve de referência.

Perante a problemática exposta colocámos as seguintes questões, como orientadoras da nossa interrogação sobre o fenómeno em estudo:

- A estrutura curricular dos cursos de enfermagem contempla a aquisição e desenvolvimento de competências relacionais pelos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE)?
- Como é que os estudantes do CLE adquirem/desenvolvem as competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes durante o processo de cuidar?

Como objetivos pretendemos:

- Compreender a aquisição de competências relacionais do estudante da licenciatura em enfermagem na preservação da intimidade dos utentes durante o processo de cuidar;
- Identificar como ocorre o desenvolvimento de competências relacionais entre estudante de licenciatura em enfermagem durante o processo de cuidar preservando a intimidade dos utentes;
- Propor bases teórico-metodológicas para o ensino da enfermagem na aquisição e desenvolvimento das competências relacionais preservando a intimidade do utente durante o processo de cuidar.

Este trabalho encontra-se dividido em quatro partes, cada uma delas acomoda a trajetória percorrida. Na primeira, iremos analisar de forma sucinta o estado da arte referente à temática proposta, nomeadamente através de uma abordagem dos termos subjacentes à mesma e de alguns dos seus principais pressupostos, esta parte constitui um referencial conceptual que justifica o processo de investigação que envolve a problemática. Na segunda parte é abordado o estudo empírico, as opções de metodologia do processo de investigação, em função da questão de partida e dos objetivos anteriormente definidos e respetiva fundamentação. Nesta parte procedemos ainda ao tratamento e análise dos dados recolhidos através dos instrumentos definidos na metodologia. Na terceira parte será realizada a discussão dos resultados dos questionários, da grelha de observação aplicados aos estudantes e das entrevistas realizadas aos docentes realizando diversas pontes teóricas. Na quarta e última parte será realizada a triangulação da informação recolhida através da Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, de onde emergiram as bases teórico metodológicas para o ensino de enfermagem subjacente à problemática em estudo.

Por último serão apresentadas as conclusões do estudo, bem com a referência aos autores consultados para a realização da presente investigação, os anexos e os apêndices devidamente referenciados.

O texto encontra-se redigido com base no novo acordo ortográfico da língua portuguesa.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEORICO

*“A competência profissional assume características multidimensionais
e aquilo que cada um espera vai sendo modificado
pelas experiências vividas e refletidas”
(Nunes, 2002: 9).*

1 – PROCESSO DE CUIDAR E INVASÃO DA INTIMIDADE

1.1 – O PROCESSO DE CUIDAR

Cuidar para Collière (1989: 15), “é, e será sempre, indispensável, não apenas à vida dos indivíduos mas à perenidade de todo o grupo social”, ou seja o cuidar sempre existiu na vida do homem como mecanismo essencial à sua sobrevivência. Foi a partir de Florence Nightingale que se deu a evolução do cuidar até aos dias de hoje, com as todas as alterações tecnológicas, as várias adaptações necessárias e as alterações que foram ocorrendo tanto no campo sociopolítico e económico na sociedade.

A enfermagem tem como principal foco o cuidar do ser humano em todas as suas dimensões bio-psico-sociocultural e espiritual, assim como no modo de relacionamento com os outros, tanto com os utentes como com a restante equipa.

Uma das contribuições mais importantes para uma teoria do cuidar, surgiu com Madeleine Leininger (1991), a qual fundamentou a sua teoria num modelo transcultural de enfermagem, sendo uma das primeiras teóricas a propor o cuidar como tema central para a enfermagem. Leininger ao longo dos seus estudos identificou diferentes formas de expressar o cuidar, relacionadas com padrões culturais, definiu cuidar/cuidado profissional, como a forma a que as pessoas são expostas no processo de cuidados de saúde, por profissionais de enfermagem (Waldow, Lopes & Meyer, 1995). O cuidar e a forma de cuidar é um dos conceitos emergentes na enfermagem nos últimos anos/décadas, daí a constante teorização sobre o cuidar, não apenas no campo do saber fazer, mas também nos aspetos relacionais, pois o cuidar tem sofrido profundas variações em concordância com as modificações sócio económicas e culturais assim como com a evolução tecnológica.

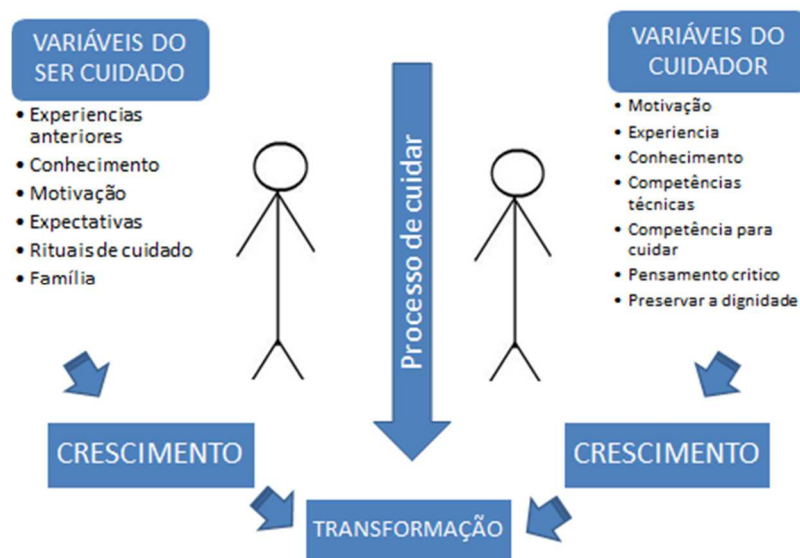
Durante a prestação de cuidados aos utentes, está presente uma relação de confiança e de proximidade recíproca entre enfermeiro-utente. “O cuidado é um fenómeno existencial, relacional e contextual. Existencial porque faz parte do ser, confere-lhe a condição de humanidade; relacional porque ocorre em relação com outro ser, revela-se na coexistência

com outros seres; contextual porque assume variações, intensidades, diferenças nas maneiras e expressões de cuidar conforme o meio em que ocorre” (Waldow, 2008: 86).

O processo de cuidar, para cada autor, tem uma definição, no entanto ao observarmos estas definições verificámos que todas elas se baseiam numa inter-relação entre o ser cuidado e o cuidador. Passamos então a apresentar algumas conceções de processo de cuidar. Hesbeen (2000: 103) define processo de cuidar como “aquele que designa um movimento, que se dirige ao outro para ir ao seu encontro no caminho que é o seu”.

Por processo de cuidar entendem-se “todas as atividades desenvolvidas pelo, para e com o ser cuidado com base em conhecimento científico, habilidade, intuição, pensamento crítico, criatividade, acompanhadas de comportamentos e atitudes de cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar a sua dignidade e totalidade humanas. Essa dignidade e totalidade englobam o sentido de integridade e a plenitude física, mental, moral, emocional, social e espiritual nas fases do viver e do morrer, constituindo-se, em última análise, em um processo de transformação de ambos, cuidadora e ser cuidado” Waldow (2008: 91). O processo de cuidar (figura1) é influenciado por variáveis ou fatores que condicionam a forma como se processará o cuidado, o qual inclui comportamentos, atitudes e valores de cada pessoa implicada. Este processo é apontado como um processo de transformação entre aquele que é cuidado e o cuidador não podendo ocorrer isoladamente, caso contrário o cuidado não ocorre (Waldow, 2008; Waldow, 2009).

Figura 1 - Processo de cuidar



Fonte: Adaptação da representação gráfica do processo de cuidar segundo Waldow (2009: 141)

O processo de cuidar é caracterizado como um procedimento interativo entre o enfermeiro e o utente, que abrange o período entre o início da vida e vai até à morte das pessoas. Os enfermeiros necessitam de conhecimentos científicos, competências técnicas, atitudes éticas, interação, sensibilidade, entre outros aspetos, para uma atuação adequada no cuidar (Pires, 2007), ao longo de todo o ciclo vital.

Todo o processo de cuidar está assente numa relação interpessoal entre enfermeiro-utente que deve preservar a dignidade humana numa relação de ajuda verdadeira. Em todo o processo, o cuidar deixa de ser apenas o ato de cuidar mas toma a forma de atitude. Ou seja, o cuidar está envolto num processo, que não se limita apenas à satisfação das atividades de vida, mas também ao ouvir, olhar, escutar e tudo o que envolve uma relação de ajuda, fazem parte de todo este processo de cuidar. O cuidar é assim “uma atitude, uma maneira de estar na vida que induz a um verdadeiro olhar para o outro e para o mundo” (Neto, 2006: 35).

Cuidar é aprender a ter em conta os dois sujeitos dos cuidados: o que cuida e o que é cuidado (Collière, 1989) e que participam em todo o processo na realização dos cuidados implicando intervir no espaço íntimo do utente, quer direta quer indiretamente, ou seja é o que o enfermeiro acrescenta nas suas ações desencadeando assim o processo de cuidar (Waldow & Borges, 2011).

No processo de cuidar o utente, “é fundamental que o enfermeiro entenda o ser humano como um todo - corpo, mente e espírito. Quando o corpo ou a mente sofre, a pessoa é afetada em sua totalidade. Não se deve portanto, focar apenas as partes que a incomodam; ela precisa ser valorizada nos seus aspetos sociais, emocionais, para que o seu processo de atendimento se torne individualizado e humanizado” (Pires, 2007: 25). Só quando se têm em consideração todos estes aspetos, podemos dizer que estamos a cuidar, num quadro onde nos abstermos de juízos de valor relativamente ao ser cuidado.

O cuidado, é o fenómeno resultante do processo dinâmico de cuidar que requer mestria em modificar o próprio comportamento frente às necessidades do outro, sendo que “o cuidado adequado e de qualidade é aquele que engloba técnica, conhecimento e o saber conviver” (Prochet, Silva, Ferreira, Evangelista, 2012: 102).

A prática profissional dos enfermeiros insere-se numa conjugação de procedimentos multidisciplinares. No entanto, apesar de o cuidar ser partilhado por outros técnicos, “apenas os enfermeiros estão autorizados a tocar-lhes, a partilhar as suas experiências de saúde e

doença e a manter com eles um contacto cuja intensidade e duração dificilmente são experienciadas por outros técnicos” (Ribeiro, 1995: 30). O cuidar em enfermagem apresenta assim características singulares, já que é uma intervenção autónoma dos enfermeiros.

Apesar do cuidar ter um carácter inter-relacional entre o enfermeiro e o utente, não se utilizam apenas intervenções técnicas, mas o contato relacional através das diversas formas de comunicação. Peplau (1952), refere como pressuposto, que o utente e o enfermeiro se envolvam num processo de relação interpessoal, através do qual o enfermeiro toma conhecimento das dificuldades do utente e desenvolve confiança mútua para a identificação e resolução dos seus problemas. Todo o cuidado exige dos enfermeiros conhecimentos das inúmeras tecnologias existentes na área da saúde, bem como a atualização em relação à humanização do cuidar e às questões éticas que sobrevêm a prática profissional (Pires, 2007).

No processo de cuidar emergem as dimensões técnicas e expressivas. Estas dimensões não ocorrem isoladamente, mas cada qual tem a sua magnitude, dependendo de como acontece a interação/vínculo entre profissional e utente (Balduino, Mantovani & Lacerda, 2009), ou seja transcende os aspetos físicos e representa uma união entre dois seres humanos, construída e baseada nas suas experiências de vida (Prochet, Silva, Ferreira & Evangelista, 2012). A dimensão técnica compreende as capacidades e o conhecimento científico na procura de se desenvolverem as competências do “saber fazer”, enquanto na dimensão expressiva se procura estar atento ao “saber estar” e ao “saber ser”, competências necessárias à enfermagem na interação com o utente no processo de cuidar.

Neste contexto, é ainda necessário salientar que o ambiente onde se desenrola o processo de cuidar, deve ser organizado, tanto a nível de recursos materiais como humanos, pois a carência ou desordem destes recursos podem influenciar e limitar a relação com o utente devido à sobrecarga de atividades. Também Prochet, Silva, Ferreira & Evangelista (2012), salientam que o ambiente físico e os recursos tecnológicos são importantes no processo de cuidar, no entanto salvaguardam que não são mais significativos do que a essência humana. A utilização de uma metodologia na equipa de enfermagem capaz de orientar o processo de cuidar na execução das intervenções é o fundamento para a humanização do cuidar. Sendo o cuidar a essência da enfermagem, é necessário que a enfermagem enquanto disciplina mantenha a mesma especificidade tanto na prática como na formação e, nesse sentido, deve procurar novos conhecimentos que ajudem a gerir situações difíceis durante o processo de cuidar, tanto a nível técnico, como relacional.

Neste processo, constitui um desafio para os enfermeiros, aprenderem a conhecer bem os seus valores, os seus intuitos, as suas emoções mas também os seus limites, as suas crenças e as suas obstinações. Trata-se de aperfeiçoar a perceção que se tem de si próprios para melhor comunicarem, evoluírem e desenvolverem-se, manterem relações profissionais satisfatórias e aprenderem a gerir situações difíceis (Rispaill, 2003), construindo assim uma relação de cuidado autêntica entre cuidador e ser cuidado, acompanhada de uma troca de experiências. De referir que o cuidado apropriado e de qualidade é aquele que reúne técnica, conhecimento e o saber conviver com o outro (Prochet, Silva, Ferreira & Evangelista, 2012).

O cuidar pressupõe a existência de uma relação de proximidade entre o ser cuidado e o cuidador baseado num referencial humanístico, em que determinadas particularidades devem fazer parte desta relação, tal como o respeito pelas singularidades e individualidades do outro em todas as suas vertentes, desenvolvendo assim um compromisso moral, que faz parte dos princípios éticos e deontológicos da enfermagem.

1.2 – A INTIMIDADE NO CUIDAR

A compreensão do papel da intimidade no cuidar é uma questão essencial para o estabelecimento das competências relacionais no processo de cuidar o utente, visto que este se centra no desenvolvimento de relações interpessoais. Também a falta de intimidade pode causar vulnerabilidade ao ser cuidado. Alguns estudos consultados (Camilo, Morais, Fontes, Bastos & Ferreira, 1999; Almeida, 2004; Pupulim & Sawada, 2005; Soares, 2010; Picco, Santoro & Garrino, 2010; Soares & Dall’Agnol, 2011; Pupulim & Sawada, 2012) abordam a temática da intimidade/privacidade no processo de cuidar relacionada com os profissionais e não com estudantes. Consideramos importante realizar este estudo para perceber se os estudantes durante a aquisição e desenvolvimento das competências relacionais têm a noção da preservação da intimidade do utente no processo de cuidar, no sentido da dignificação do utente como ser humano.

Assim, impõe-se fazer referência aos conceitos de intimidade e de privacidade. Intimidade tem a sua origem latina em *intimum*, que significa a "sua interioridade", o "seu âmago" (Almeida, 2004), a origem do termo privacidade, deriva da raiz latina *privatus* que significa literalmente “pertencer a alguém” (Silva, 2007). No dicionário de língua portuguesa

(2003-2009) é feita referência à intimidade como “amizade íntima” e “parte mais recôndita”; enquanto a privacidade se reporta apenas ao termo privado como “não-público”, “particular” e “íntimo”.

O termo intimidade tem vários significados e Fortin & Theriault (1995) analisam o conceito de intimidade sob a visão de diferentes autores. Enquanto uns concetualizam a intimidade em termos de processos cognitivos e avaliativos de autorrevelação, outros em termos de interdependência e comportamento e outros ainda em termos de características da relação, tais como confiança, compromisso e afeto. No entanto, em todas estas conceções a presença das relações interpessoais são necessárias para o desenvolvimento de processos de intimidade, ou seja, no processo de cuidar no decurso do desenvolvimento das competências relacionais pode haver invasão da intimidade dos utentes. A intimidade pode ser concebida segundo diferentes dimensões nomeadamente a dimensão individual, relacional e geral, as quais variam consoante a circunstância em que decorre a inter-relação.

Para Bureau (1995) a intimidade é uma questão de presença, que não tem muito a ver com o ato em si, mas com a qualidade da presença da pessoa em si própria e com a qualidade da presença para o outro. Já autores como Williams (2001a), falam da intimidade terapêutica, ou seja a intimidade que é necessária na relação enfermeiro-utente a qual é fundamental para o bem estar e recuperação do utente.

O conceito de privacidade pode ser analisado de duas formas diferentes, o primeiro centra-se no controle que o indivíduo exerce sobre o acesso de outros a si próprio; o segundo define a privacidade como uma condição ou estado de intimidade (Loch, s/d). De acordo com Beauchamp & Childress (1994) as definições de privacidade e intimidade podem ser confundidas, porque a privacidade constitui-se num *status* ou “condição de inacessibilidade” física ou informacional. Quando assim é definida, alarga-se ao corpo e a objetos intimamente associados ao indivíduo e aos seus relacionamentos íntimos, pessoais ou profissionais, com outras pessoas.

Tal como constatamos pelas definições de intimidade e de privacidade os dois termos estão interligados e como já foi referido anteriormente podem ser considerados sinónimos. O termo intimidade faz parte do termo privacidade, o que não acontece ao contrário. Silva (2007: 36) afirma que “a privacidade e a intimidade formam parte de um todo, residindo a diferença no facto de que o privado é mais amplo que o íntimo”, também Soares & Dall’Agnol (2011: 685) nos dizem que “a privacidade é considerada um direito individual

que contempla situações relacionadas à proteção da intimidade dos sujeitos, respeito à dignidade, limitação de acesso ao corpo, aos objetos íntimos, aos relacionamentos familiares e sociais” dos utentes. No entanto, cada indivíduo estabelece a sua privacidade ou intimidade de acordo com as suas convicções. Estes dois termos estão associados com as competências relacionais que são estabelecidas durante o processo de cuidados - num contexto de exposição, não se pode considerar o corpo como um objeto qualquer, mas sim como a pertença de alguém com dignidade. Neste estudo optámos por utilizar o termo intimidade ao longo de todo o texto. A intimidade do utente assenta nas interações, ou seja nas relações interpessoais, as quais estão fora da proteção da privacidade, como refere Silva (2007: 38), “a diferença entre as relações humanas (afetivas), e outras, como as comerciais, profissionais ou contratuais, que estão, à partida, fora do âmbito da proteção da privacidade”.

Nas funções dos enfermeiros de cuidados gerais, no artigo 8º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), ponto1, é salvaguardado que “os enfermeiros devem adotar uma conduta responsável e ética e atuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos” (Portugal, 1996: 2961). O respeito é um dos conceitos centrais da enfermagem em todo o processo de cuidar, assim como na deontologia profissional. Hesbeen (2000) refere que tecer laços de confiança baseados no respeito pela pessoa que permitam caminhar com ela, necessita da conjugação de pelo menos oito elementos: o calor; a escuta; a disponibilidade; a simplicidade; a humildade; a autenticidade; o humor e a compaixão, além das competências profissionais de natureza científica e técnica. Também Pupulim & Sawada (2012) salientam que autonomia, dignidade, respeito, espaço pessoal e territorial, são conceitos inter-relacionados e imprescindíveis à proteção e manutenção da privacidade dos utentes.

O respeito pela intimidade do doente deve ser preservado durante todo o processo de cuidar, nomeadamente durante os cuidados de higiene, as consultas, o ensino, os tratamentos pré e pós operatórios, o transporte em maca e em todos os momentos do seu internamento. A preservação da intimidade é vista como uma componente básica do cuidar, ou seja a privacidade e a intimidade do utente deverão ser sempre asseguradas.

A intimidade está ligada ao constrangimento psíquico e corporal mas acima de tudo é um requisito na comunicação com o utente, portanto este direito deve ser cada vez mais respeitado, de forma a colmatar as alterações que o utente sofre na sua intimidade com todo o processo inerente à hospitalização. A intimidade é um direito e uma necessidade do ser

humano indispensável para a manutenção da dignidade humana de qualquer pessoa. Na literatura consultada a “humanização dos cuidados de enfermagem” e o “direito à intimidade do doente” estão patentes nos vários discursos e tornam-se assim mais um imperativo ético. Mas podemos pensar, se a preservação da intimidade é reconhecida a todos os seres humano, porquê estudar esta problemática?

Através da nossa prática de cuidados e no acompanhamento de estudantes em ensino clínico, observámos que esta questão não está quotidianamente patente na prestação de cuidados ao utente. Os enfermeiros não têm em atenção a intimidade do utente, ou porque este conceito para eles é percecionado apenas numa perspetiva “génito-sexual”, ou talvez porque determinados comportamentos que realizam são considerados como necessários/adequados e portanto sobrepondo-se aos direitos dos utentes. Atualmente, é fundamental ter em conta a evolução dos cuidados de saúde disponibilizados aos utentes e a forma como se desenvolve todo o processo de cuidar. O uso cada vez maior de tecnologia, poderá levar a que os utentes, cada vez mais, percam a sua identidade como sujeito e sejam considerados como um objeto a quem se presta cuidados.

O direito da pessoa à sua intimidade/privacidade faz parte dos textos jurídicos e/ou deontológicos, dos direitos humanos e dos direitos dos utentes. É no campo da prática profissional da enfermagem que a noção de intimidade desempenha um papel importante em termos de evolução da própria enfermagem e da qualidade dos cuidados que presta. A existência do que é íntimo (do utente) e que a enfermeira está obrigada a preservar, está referido em vários documentos jurídicos. Assim a nível da carreira profissional do enfermeiro, todo o suporte jurídico realça, nas competências relacionais, a preservação da intimidade dos utentes durante todo o processo de cuidar.

Na legislação existente sobre cuidados de saúde, as relações interpessoais estão sempre salvaguardadas, tanto a nível dos profissionais de enfermagem como dos direitos dos utentes. O exercício profissional da enfermagem “centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou entre um enfermeiro e um grupo de pessoas”, sendo que a relação terapêutica “caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades” (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 4-5).

Na formação dos estudantes de Enfermagem, visa-se o desenvolvimento de competências, assentes na compreensão da dimensão ética dos cuidados de forma a “promover o desenvolvimento ético, com respeito pela autonomia das pessoas, o qual

pressupõe prudência, reflexão crítica, consciência de cidadania e de responsabilidade” (Bettencourt, 2008: 61). Sendo assim, o modelo de formação em enfermagem deve assentar num processo reflexivo que proporcione aos estudantes a aquisição de posturas e condutas que lhe permitam a aquisição de competências profissionais.

Na profissão de enfermagem, de acordo com o seu código deontológico (artigo 78º), “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro” (Portugal, 2009a: 6547), assumindo assim um papel de respeito pelo utente em todo o processo de cuidar. Ainda no código deontológico o artigo 86º- Do respeito pela intimidade, nos diz que “atendendo aos sentimentos de pudor e interioridade inerentes à pessoa, o enfermeiro assume o dever de:

a) Respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na sua família;

b) Salvaguardar sempre, no exercício das suas funções, e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” (Portugal, 2009a: 6548).

Sendo que o ambiente no processo de cuidar influencia a preservação da intimidade do utente, tal como nos é referido por Collière (1989), o espaço onde decorre o processo de cuidar é uma das principais componentes de todo o processo, ou seja, “(...) o espaço hospitalar, mundo conhecido do pessoal da saúde, mas tão misterioso e, muitas vezes, «não hospitaleiro» para os doentes” (Collière, 1989: 309) e isto porque o ambiente onde se desenvolve o processo de cuidar não pode ser (in) dissociado das características dos cuidados. Também no código deontológico é feita referencia no artigo 89º - Da humanização dos cuidado, que nos diz, “o enfermeiro, sendo responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, assume o dever de:

a) Dar, quando presta cuidados, atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família e numa comunidade;

b) Contribuir para criar o ambiente propício ao desenvolvimento das potencialidades da pessoa” (Portugal, 2009a: 6549).

O direito a um espaço como pessoa, sob o aspeto legal, é propriedade inatingível de todo cidadão. O Capítulo I da Constituição da República Portuguesa, de 2005, prevê no seu artigo 26º nº 1 “A todos são reconhecidos os direitos à identidade pessoal, ao desenvolvimento da personalidade, à capacidade civil, à cidadania, ao bom nome e reputação, à imagem, à

palavra, à reserva da intimidade da vida privada e familiar e à proteção legal contra quaisquer formas de discriminação” (Portugal, 2005: 4645).

A Organização das Nações Unidas (ONU) promulgou, em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos, assegurando, no art.º 12º “Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda pessoa tem direito à proteção da lei” (Portugal, 1978: 490).

Ainda no Código Civil é feita referência a este assunto no seu artigo 80º - Direito à reserva sobre a intimidade da vida privada, em que diz no ponto 1. “Todos devem guardar reserva quanto à intimidade da vida privada de outrem”; e no ponto 2. “A extensão da reserva é definida conforme a natureza do caso e a condição das pessoas” (Portugal, 1966: 1893). Como vimos, a preservação da intimidade e da privacidade é um direito universal de todas as pessoas incluindo dos utentes dos serviços de saúde.

Durante o processo de cuidar, por vezes, os enfermeiros invadem a intimidade do utente. Assim, a criação de limites nessa relação é importante para a preservar, pois há procedimentos que pela sua natureza impõem aos enfermeiros invadir essa mesma intimidade. Pupulim e Sawada (2002: 433) referem que “os enfermeiros constantemente invadem a intimidade e a privacidade do doente ao realizar os cuidados de enfermagem, porém raramente discutem os aspetos que envolvem esse problema”. Soares (2010) evidencia no seu estudo a importância de questionar continuamente sobre os limites da manipulação do corpo do utente nos procedimentos do processo de cuidar. Durante todo este processo os enfermeiros devem desenvolver uma relação de confiança com o utente, visto que é através das relações interpessoais que se consegue a preservação da intimidade do utente, ou seja minimizar a forma como o utente enfrenta o pudor e o preconceito de se expor perante alguém que lhe é desconhecido. Bureau (1995) diz-nos que a intimidade é o encontro de duas consciências, ambas conscientes do outro como consciência, e isto sob o pretexto de seus papéis, dos seus corpos e da sua sexualidade.

Através da legislação foram criados mecanismos éticos para salvaguardar a invasão da intimidade dos utentes, no entanto a sua interpretação atribui apenas relevância ao tecnicismo dos procedimentos realizados pelos enfermeiros aos utentes na preservação da intimidade. A intimidade no processo de cuidar caracteriza-se pela relação interpessoal entre a pessoa cuidadora e a pessoa cuidada. Esta relação deve ter vários atributos, nomeadamente

a confiança, o respeito e a compreensão. Atendendo a que a invasão da intimidade, durante o processo de cuidar, apenas está acessível para quem realiza esses cuidados, é necessário que o cuidador saiba preservar essa intimidade, para que a relação entre cuidador-utente seja coerente em todo o processo de cuidar. Soares & Dall’Agnol (2011) salientam que a privacidade do utente constitui-se numa obrigação ético-legal que deve ser respeitada não apenas nas interações mantidas entre o utente e a equipa de enfermagem, mas também nas comunicações orais e escritas.

A falta de preservação da intimidade do utente que se mantém e visualiza atualmente nas enfermarias com mais que um utente, sem biombos ou cortinas divisórias de unidade, onde se prestam cuidados com a porta da enfermaria aberta e na impessoalidade das relações enfermeiros-utentes, continua presente no quotidiano da enfermagem. Daí as sugestões que são referidas por Almeida (2004) na conclusão do seu estudo, nomeadamente quando sugere “que os profissionais de saúde invistam na relação com o paciente internado, de forma a assumir atitudes e comportamentos condizentes com as novas exigências deontológicas de preservação da intimidade” (Almeida, 2004: 162).

Sobrevém portanto, a necessidade de preservar e proteger a intimidade do utente. O enfermeiro deve solicitar sempre o consentimento ao utente para entrar na sua intimidade e através da comunicação, verbal ou não-verbal, deve perceber se o utente lhe dá a devida autorização para “invadir” os seus aspetos mais íntimos. O espaço de intimidade também exige fronteiras, limites que permitam que cada um mantenha a sua própria identidade (Bureau, 1995). Entre as competências do campo relacional, o estudante de enfermagem deve conjugar as competências do campo ético, pois se não fizer esta conjugação estará a interferir na intimidade do utente. O estudante precisa portanto de refletir acerca do que faz e como o faz. Nunes (2002) salienta que durante a processo de cuidar, não é suficiente perceber qual a qualidade do cuidado, pois não chega ter conhecimento acerca dos direitos dos utentes, nomeadamente o ser “tratado pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito” (Portugal, 1990a: 3454), é necessário que a prestação de cuidados seja praticada a cada utente de acordo com as suas necessidades, pois preservar a intimidade dos utentes é um dever dos enfermeiros e um direito do próprio utente.

2 – AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM

A aquisição e o desenvolvimento de competências em enfermagem têm sido alvo de alguns estudos e vários têm sido os autores que se tem dedicado ao fenómeno (Benner, 2001; Bobroff, 2003; Phaneuf, 2005; Boterf, 2003, 2008 (a,b), 2011; Dias, 2006; Ferreira, Tavares & Duarte, 2006; Ceitil, 2007; Serrano, Costa & Costa, 2011) nas mais diversas áreas profissionais, quer seja na formação, quer em contexto profissional.

2.1 – PROCESSO DE BOLONHA

A formação em enfermagem desde sempre passou por um inevitável processo de adaptação às transformações que a sociedade vai tendo, tanto sociocultural como economicamente. Atualmente, a educação em enfermagem tem necessidade de uma orientação mais centrada na moral e na ética no processo de cuidar. De fato, a evolução tecnológica, as novas condições do exercício profissional e as atuais políticas de saúde visam uma apropriada adaptação do ensino de enfermagem às exigências dos cuidados de enfermagem e às novas exigências organizacionais. A formação do enfermeiro, ou melhor, a construção do saber em enfermagem passava no final do século XIX, pela enfermagem pré-profissional, chamada de “modelo religioso”, no qual o saber era traduzido pelos procedimentos leigos.

No início do século XX, determinada pelo modelo “vocacional e disciplinar” de Florence Nightingale e chamada enfermagem moderna, do início deste século até os anos 40, consagrou-se pela passagem do capitalismo liberal para monopolista e pelo desenvolvimento industrial. Nesta enfermagem funcional “a aprendizagem era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas, sem qualquer orientação e relação com os conteúdos teóricos “ (Serra, 2008: 72). Também no início do século XX (1910), surgiram uma série de estudos sobre a educação de profissionais de saúde, liderados por Flexner, que viriam a constituir o chamado “Relatório Flexner”, que provocou reformas inovadoras nos

currículos dos profissionais de saúde. Até então, estes currículos apresentavam-se fragmentados e desatualizados formando profissionais com lacunas a vários níveis, nomeadamente a nível das competências essenciais para responder às necessidades dos utentes e do trabalho em equipa. Em 1923 foi publicado o relatório Goldmark, direcionado para a análise da formação em enfermagem, que concluiu que a qualidade dos cursos de enfermagem existentes era baixa. Esta conclusão levou ao financiamento pela Fundação Rockefeller de uma experiência no ensino de enfermagem, dando origem à Yale School of Nursing (primeira escola autónoma de enfermagem com o seu próprio reitor, corpo docente, orçamento e certificação) (Frenk, Chen, Bhutta, Cohen, Crisp, Evans, Fineberg et al. 2010).

Entre as décadas de 1940 e 1960, deu-se ênfase ao trabalho em equipa e à organização de princípios científicos, ou seja é nesta altura que o ensino prático começa a ser valorizado como espaço de aprendizagem com lógicas próprias, estendendo-se até ao início do século XXI. O percurso percorrido pela enfermagem portuguesa ao longo da sua história foi um marco importante para o desenvolvimento da enfermagem e desde a década de 70 do século XX ocorreram acontecimentos muito importantes, quer a nível da profissão quer a nível do ensino, que contribuíram para a transformação da enfermagem portuguesa, tal como hoje existe.

Traçando as etapas mais marcantes do percurso da enfermagem, no século XX salientamos, que na década de 70 a maioria dos prestadores de cuidados de enfermagem eram auxiliares (Nunes, 2003). Com a alteração da Lei de Bases do sistema educativo em 1972, surgiu a extinção dos cursos de auxiliares de enfermagem e o início dos Cursos de Promoção dos Auxiliares de Enfermagem que tinha a duração de 2 anos (Portugal, 1974). Na década de 80 destacamos a regulamentação da carreira de enfermagem com o Decreto-Lei nº 305/81 de 12 de novembro que criou uma nova carreira de enfermagem com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem, maior eficiência dos serviços e mais perspectivas de realização e progressão profissional. Finalmente, na década de 90 houve a necessidade de regulamentar o exercício profissional, “clarificando conceitos, intervenções e funções bem como as regras básicas relacionadas com os direitos e deveres dos enfermeiros” (Nunes, 2003: 340) o que culminou com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (Portugal, 1996) e ainda nesta década deu-se um passo importante com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) e o Código Deontológico dos Enfermeiros (Portugal, 1998). Desde então, têm ocorrido diversas mudanças que tem

contribuído para a visibilidade e afirmação da enfermagem, para a demarcação de um corpo individualizado de saberes e para a própria autonomia da enfermagem.

Passando para o século atual importa lembrar a definição das competências dos enfermeiros de cuidados gerais baseadas nas diretrizes do Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN): Framework of Competencies for the Generalist Nurse, assim como o enquadramento conceptual e os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, definidos em 2002 pelo Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros, o qual organizou o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais pelos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional.

A nível do ensino de enfermagem também se verificaram várias mudanças, as quais foram retratadas por Carvalho (2004) no seu livro, onde foca as divergências entre ensino superior politécnico e ensino superior universitário², assim como a evolução histórica da formação em enfermagem no nosso país.

Em termos dos acontecimentos mais importantes no ensino de enfermagem, no final do séc. XX, verificou-se que na década de 80 foram lançadas as bases do ensino superior em enfermagem, subscritas pelos Ministérios da Saúde e da Educação, que assumem a dupla tutela (Nunes, 2003) e ocorreu a integração do ensino de enfermagem no ensino educativo nacional (Portugal, 1986). No entanto, só no final de 1988 é que foi publicado o decreto-lei (Portugal, 1988) que integra o Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional ao nível do subsistema politécnico, uma vez que o ensino de enfermagem tem uma vocação mais técnica, preparando os estudantes para uma atividade profissional específica (Carvalho, 2004), apesar de algumas escolas de enfermagem integrarem universidades, mas mantendo a sua especificidade de ensino politécnico. Esta integração trouxe alguns elementos diferentes, tais como, os candidatos ao curso passaram obrigatoriamente a possuírem o 12º ano e a estarem previstas as equiparações a Bacharéis e a Estudos Superiores Especializados (Nunes, 2003), estando ainda sujeitos a provas de ingresso e a pré-requisitos estabelecidos por cada instituição.

² “O ensino universitário visa assegurar uma sólida preparação científica e cultural e proporcionar uma formação técnica que habilite para o exercício de atividades profissionais e culturais e fomenta o desenvolvimento das capacidades de conceção, de inovação e de análise crítica” (Portugal, 1986: 3071).

“O ensino politécnico visa proporcionar uma sólida formação cultural e técnica de nível superior, desenvolver a capacidade de inovação e de análise crítica e ministrar conhecimentos científicos de índole teórica e prática e as suas aplicações com vista ao exercício de atividades profissionais” (Portugal, 1986: 3071).

Na década de 90 e depois da integração das Escolas Superiores de Enfermagem no sistema educativo nacional e no ensino superior público, os professores transitaram para a carreira dos professores do Ensino Superior (Nunes, 2003). Foi no começo desta década que tiveram início os primeiros cursos de Bacharelato em enfermagem (Portugal, 1990b), sendo que “alguns profissionais desta área consideravam que o ensino de enfermagem deveria ter o estatuto de licenciatura” (Carvalho, 2004: 43), o que viria acontecer em 1999 com a aprovação do Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem pelo Ministério da Educação (Portugal, 1999b), foi neste mesmo ano que a tutela das escolas de enfermagem passou para o Ministério da Educação (Portugal, 1999a).

O Tuning Educational Structures in Europe (Comissão Europeia, s/d), surgiu no ano 2000 como um projeto para vincular os objetivos políticos do processo de Bolonha e em fase posterior a Estratégia de Lisboa para o ensino superior, através do Tratado de Lisboa³, em vigor desde 1 de dezembro de 2009, o qual não alterou as disposições sobre o papel da União Europeia na educação e na formação, ou seja o tratado estabelece que:

"A União contribuirá para o desenvolvimento de uma educação de qualidade, incentivando a cooperação entre Estados-Membros e, se necessário, apoiando e completando a sua ação, respeitando integralmente a responsabilidade dos Estados-Membros para o conteúdo do ensino e pela organização do sistema educativo, bem como a sua diversidade cultural e linguística" (União Europeia, 2010: 120).

Desde 2006, com a publicação do decreto-lei nº 74/2006 de 24 de março, um dos objetivos essenciais da política para o ensino superior, no período de 2005 – 2009, foi o de garantir a qualificação dos portugueses através do Processo de Bolonha. A adequação dos cursos ao novo modelo de organização do ensino superior foi realizada através de diversas adaptações, para que todos ficassem a funcionar em pleno até 2010 de acordo com o estabelecido no Processo de Bolonha. Estabeleciam-se, como objetivos gerais, a competitividade, a mobilidade e a empregabilidade dos diferentes grupos profissionais com determinado grau académico (Rebelo, Teixeira, Moura, Teixeira & Alves, 2005). Por sua vez, o “Tuning Educational Structures in Europe” estabeleceu parâmetros que permitiriam a comparabilidade dos currículos em termos e estrutura, programas e ensino real.

A enfermagem juntou-se ao projeto “Tuning” em 2003. Uma característica importante do Projeto “Tuning” para a Enfermagem tem sido o desenvolvimento de competências para

³ http://europa.eu/lisbon_treaty/take/index_en.htm

os enfermeiros de cuidados gerais no primeiro ciclo (licenciatura ou graduação), com registo/licença para a prática associada que foi originalmente conhecida como a Diretiva 77/452/CEE e agora se consolidou dentro da Diretiva 2005/36/CE sobre o reconhecimento das qualificações profissionais, nomeadamente na secção 3, artigo 31 – Enfermeiro responsável por cuidados gerais (União Europeia, 2005).

Em 2007, foi publicado o regime jurídico das instituições de ensino superior (Portugal, 2007a), onde é regulada a sua constituição, atribuições e organização e ainda o funcionamento e competências dos seus órgãos. Nos artigos 5º e 7º do referido decreto-lei definem-se as atribuições do ensino superior politécnico.

Na atual conjuntura política e socioeconómica está em discussão a eventual necessidade de criar consórcios entre instituições, tal como estava preconizado no artigo 17º do regime jurídico das instituições de ensino superior, tanto de ensino universitário como de ensino politécnico, o que poderá trazer alterações a nível do ensino de enfermagem.

Até à integração do ensino de enfermagem no ensino educativo nacional, na década de 80, o conhecimento e as competências obtinham-se sobretudo por via da aquisição empírica. Atualmente chegam-nos cada vez mais por via do conhecimento científico, o que proporciona uma maior competitividade em relação a novas tecnologias educativas, nova dinâmica de recursos humanos e até novos métodos de ensino aprendizagem, fazendo com que os grandes objetivos da formação em enfermagem sejam preparar os estudantes para uma prestação de cuidados cada vez mais exigente e com um alto nível de excelência (Ceitil, 2007). É de salientar que surgiram nos Estados Unidos da América três relatórios (Flexner, 1910; Rose-Welch, 1915 e Goldmark, 1923) que tiveram efeitos preponderantes na educação dos profissionais de saúde, particularmente na enfermagem, não só naquele país mas em todo o mundo, nomeadamente o relatório Goldmark⁴ (Frenk et al 2010).

A aprendizagem centrada em competências fez parte das reformas curriculares mais recentes no nosso país, definidas pelas diretrizes do Processo de Bolonha e pelas políticas do Ensino Superior na Europa, e adaptadas em cada instituição de ensino superior de acordo com o currículo de cada curso, com o objetivo de uma globalização do ensino, nomeadamente o ensino de enfermagem, no quadro do desenvolvimento de competências

⁴ O relatório Goldmark (1923) defendia que as escolas de enfermagem estivessem integradas em Universidades, colocando a enfermagem, no mesmo nível académico que a medicina (Frenk et al 2010).

transversais. Por outro lado, a introdução de um sistema de dois ou três ciclos tornou necessário a revisão de todos os currículos existentes. Os dois primeiros ciclos permitem o acesso ao mercado de trabalho, mostrando assim a relevância da utilização do conceito de competência como base para os resultados da aprendizagem.

O currículo por competências é composto por diferentes módulos nas várias unidades curriculares para que os múltiplos conteúdos englobem os conhecimentos necessários para o desenvolvimento de competências. Assim, a construção de currículos legítimos educacionais orientados por competência seleciona os conteúdos legítimos e relevantes para a formação e define os processos e percursos pedagógicos para o desenvolvimento do “saber”, do “fazer” ou prática profissional em diferentes contextos (Lima, 2005). Também no *Health Professionals For A New Century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world* (Frenk et al 2010) as reformas devem adoptar abordagens baseadas em competências e aprendizagens baseadas em equipas interdisciplinares.

O curso de Enfermagem foi um dos que sofreu este processo de adequação encontrando-se atualmente a funcionar segundo a metodologia inerente ao Processo de Bolonha, ou seja foi a “mudança de paradigma de um ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um ensino baseado no desenvolvimento de competências” (Portugal, 2006a: 2243) onde se pretende uma aprendizagem mais ativa e participativa por parte do estudante (aprender a pensar, aprender a aprender, aprender a ensinar). Com estas alterações a nível da formação dos estudantes, nomeadamente dos estudantes de enfermagem, também se sentiu a necessidade de dotar o corpo docente de novas competências a nível do ensino e da investigação, “mas também um desenvolvimento de competências profissionais específicas, atitudes e valores orientados para a aprendizagem autorregulada dos estudantes” (Mestrinho, 2012: 26-27).

Tal como constatámos anteriormente, a formação em enfermagem tem vindo a sofrer transformações ao longo dos tempos ou seja, passou de uma formação realizada apenas por professores de enfermagem que estavam desligados da prática, devido à autonomia conferida às Escolas pelo estado. Este afastamento da prática clínica levou os docentes a fixarem-se essencialmente num ensino livresco (Mestrinho, 2012). Hoje, porém, assiste-se a uma nova mudança, em que a formação é realizada por docentes e também por enfermeiros que estão na prática clínica, o que pode trazer benefícios tanto para os estudantes como para os próprios

enfermeiros. Para os estudantes porque para além do saber transmitido pelos docentes baseado na evidência científica, recebem o saber prático dos enfermeiros, os quais transmitem a realidade do cuidar em enfermagem. O benefício para os enfermeiros é também relevante, pois têm a oportunidade de contactar com os conhecimentos científicos trazidos pelos estudantes e a obrigatoriedade de se atualizarem para responderem às exigências da orientação. Nunes (2002) salienta a necessidade da articulação das reflexões teóricas com a realidade das práticas de prestação de cuidados, o que aponta para uma reconceptualização da prática e do ensino da enfermagem, pois a reflexão deve conduzir à ação e esta reconduza à reflexão.

Aos estudantes de enfermagem, na componente teórica são transmitidos conhecimentos científicos, técnicos e posturas profissionais necessárias para a construção e desenvolvimento das várias dimensões das competências. Na componente de prática clínica o principal objetivo prende-se com a mobilização dos conhecimentos adquiridos perante situações reais, ou seja, em contacto direto com o indivíduo e com a comunidade. Muitas vezes porém os estudantes centram-se apenas nas competências técnico-científicas e relegam a competência relacional. Ora foi a observação e constatação deste fato, em ensino clínico, que nos motivou para a investigação desta temática.

A enfermagem portuguesa é uma referência no contexto europeu, no que se refere ao percurso percorrido, à qualidade da formação de enfermeiros e ao desenvolvimento e autonomia da profissão, a par com o forte desenvolvimento da disciplina e da investigação em enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2007). Atualmente, muito se tem falado em modelo de desenvolvimento profissional em enfermagem, no entanto ainda poucos dados existem quando e como se vai implementar este novo modelo de formação em enfermagem e quais as consequências que daí podem advir para a qualidade dos cuidados em todo o processo de cuidar. Atualmente “a formação inicial em enfermagem desenvolve-se, basicamente, em dois contextos (teórico/teórico-prático na escola, e ensino clínico nos contextos de prestação de cuidados) de características bastante diferenciadas, relativamente a várias dimensões” (Serra, 2008: 73), visando desenvolver e aperfeiçoar a competência em enfermagem.

No decorrer da formação, e principalmente durante os ensinamentos clínicos, não se coloca em causa a necessidade do desenvolvimento da competência técnica, mas há que ponderar o desenvolvimento de habilidades não só no agir, mas também no sentir, considerando a que

o objetivo principal do enfermeiro é o cuidado ao ser humano. Assim, é necessário enfatizar a compreensão e o respeito pelo outro. Todas estas competências têm um caráter ético e de cidadania, caráter, esse que se revela no respeito ao utente e no respeito ao seu direito de tomar decisões quanto à sua saúde (Carvalho, Peloso, Valsecchi e Coimbra, 1999).

A construção de competências é um processo que inicialmente está associado à formação escolar, no entanto este processo desenvolve-se com a influência de numerosos fatores, nomeadamente fatores de ordem pessoal, onde as experiências de vida de cada estudante, são centrais.

No Processo “Tuning Educational Structures in Europe” são definidas abordagens para o ensino, aprendizagem e avaliação das competências em enfermagem no documento “Approaches to Teaching, learning and assessment and the subject área competences” (Gobbi, Hollos, Dale & Jaccarnai, s/d), o qual tem em conta as várias opiniões sobre competências, nomeadamente sobre as teorias da aquisição de competências, a tomada de decisão clínica (Benner, 1984), o conhecimento implícito (Polanyi, 1966) e a prática reflexiva (Schon, 1983; Gibbs, 1988; Johns, 1995). Algumas teorias ou modelos que foram aplicados à aquisição de competências de enfermagem incluem a taxonomia cognitiva de aprendizagem de Bloom (1964)⁵ e a taxonomia experiencial de Steinaker & Bell (1979)⁶. Relativamente ao desenvolvimento de competências é feita referência ao modelo de Dreyfus e Dreyfus (1981) e Benner (1984)⁷.

McClelland (1990 *in* Pires, 2006: 37) refere que uma competência “é uma característica profunda de um indivíduo que possui relação direta com o seu desempenho numa profissão ou situação, sendo a motivação, os traços, o autoconceito, o conhecimento e habilidades, as características pessoais profundas de um indivíduo”. De entre todas estas características

⁵ Taxonomia de Bloom dividiu a aprendizagem em três domínios, o cognitivo, o afetivo e o psicomotor, sendo que o domínio mais utilizado é o cognitivo, sendo esta taxonomia conhecida por taxonomia cognitiva de Bloom.

⁶ Taxonomia experiencial de Steinaker & Bell, tem cinco categorias com níveis que variam dentro de cada categoria. As categorias são: Exposição, participação, identificação, internalização e disseminação.

⁷ Benner realizou uma pesquisa utilizando o Modelo Dreyfus (1981), que estabelece que na aquisição e desenvolvimento da competência do estudante passa por cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Estes estágios refletem mudanças em três aspetos gerais do desempenho da competência: (1) Passagem de uma confiança em princípios abstratos para o uso de concreto passado experimentar os paradigmas. (2) A aprendizagem a partir de peças de um todo complexo com a capacidade de concentrar-se em componentes relevantes de uma só vez. (3) Passagem do observador desligado a executante envolvido.

supracitadas, o autoconceito emerge como uma das principais que irá influenciar, ou não, a aquisição de competências. Além disso, e sendo uma característica centrada na base da personalidade, é portanto mais difícil de desenvolver (Pires, 2006). Pais Ribeiro (2004: 49) citando Burns (1979) definem “o autoconceito como uma variável psicológica clássica considerada como um fator com um papel determinante na integração da personalidade, na motivação do comportamento e na saúde mental”.

A formação do estudante deve preocupar-se com a relação entre teoria e prática como um projeto de formação cuja tarefa cabe à academia cumprir. A teoria, como elemento de reflexão da prática e esta prática como interrogadora da teoria, fazem parte de toda a experiência da formação profissional.

A prática prepara tecnicamente o estudante para o primeiro contato com o mundo do trabalho no processo de ajuda ao utente com as suas necessidades básicas afetadas. Esta estratégia é entendida como uma forma de valorizar a capacidade do estudante em desenvolver o seu raciocínio clínico ou seja, é no desempenho perante em contexto clínico que o estudante pode mobilizar os conhecimentos e os vários domínios das competências, já adquiridos, para solucionar, com eficácia e eficiência, a situação com que se depara.

Cada estudante de enfermagem é detentor da sua personalidade e identidade, a qual ao longo do curso se vai manifestando de acordo com as situações que cada estudante vivência. Quando ingressam no 1º ano apresentam valores, atitudes socioculturais e crenças sobre toque e intimidade que foram transmitidos pela própria família assim como pela sociedade onde estão inseridos. No decorrer do processo formativo em enfermagem, é necessário tocar utentes e realizar determinados procedimentos que podem transgredir o seu “background” social e cultural. Perante tais experiências, podem apresentar um sentimento confuso e vulnerável, que por vezes não manifestam, por medo da avaliação final, desenvolvendo mecanismos de “coping” para tentar ultrapassar estas situações e não demonstrar as suas dificuldades e/ou fragilidades ao professor (Costa & Leal, 2006; Pacheco, 2008; Custódio, Pereira & Seco, 2009, Nunes, 2013). Para diversos autores, estas práticas são geralmente privadas e ocorrem em relações de intimidade, que lhes podem provocar momentos de *stress*.

Na literatura consultada há uma preocupação atual em saber se os enfermeiros possuem determinada competência. No nosso entender, e ao nível da formação, é também necessário e fundamental perceber como se processa a aquisição dessas competências.

2.2 – COMPETÊNCIA UM CONCEITO POLISSÊMICO

Ao longo da pesquisa efetuada deparamo-nos com várias concepções e perspectivas de competências. Nesta revisão da literatura vamos revisitar algumas das principais perspectivas sobre as competências associadas à enfermagem, sem no entanto pretendermos ser demasiado exaustivos nesta exposição.

O termo competência em enfermagem, começou a ser delimitado no século XX, mais propriamente nos anos 70, quando o Competency-Based Teacher Education, nos EUA, aproximou os termos competência e desempenho. Já nos anos 90 procedeu-se à distinção entre competência de qualificação (Rebelo, Teixeira, Moura, Teixeira & Alves, 2005). No processo de “Tuning Educational Structures in Europe – Reference Point for the Design and Delivery of Degree programmes in Nursing” (Comissão Europeia, s/d) é feita a distinção entre resultados de aprendizagem e competências. Neste contexto, as competências são obtidas ou desenvolvidas durante o processo de aprendizagem do estudante e representam uma combinação dinâmica de conhecimentos, competências e habilidades desenvolvidas pelo estudante. Os resultados de aprendizagem são mensuráveis e permitem determinar o nível de competência que foi adquirido ou desenvolvido. Estes resultados não determinados para cada estudante, mas são indicações importantes para as instituições de ensino superior, que permitem avaliar se os estudantes têm um desenvolvimento de competência correspondente ao nível exigido (Wegewijs, Durkin, Wagenaar, González, Katherine, Donà dalle Rose & Gobbi, 2010).

A competência, tal como qualquer conceito, pode ter várias definições de acordo com o contexto utilizado e com cada autor, ou seja é um conceito polissémico, que se suporta em diferentes abordagens teóricas (Pires, 2002).

Epstein & Hundert (2002 *in* Frenk, 2010) afirmaram que, competência é o uso habitual e criterioso de comunicação, conhecimentos, habilidades técnicas, raciocínio clínico, emoções, valores e reflexão na prática diária para o benefício do utente e da comunidade.

Phaneuf (2005: 2) define competência como “o conjunto integrado de habilidades cognitivas, de habilidades psicomotoras e de comportamentos sócio afetivos que permite exercer, ao nível de desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho, um papel, uma função, uma tarefa ou uma atividade”. Esta autora valoriza os aspetos observáveis das

competências (desempenho), e uma abordagem “subjetivista”, que enfatiza a capacidade e as qualidades do sujeito (Pires, 2002).

Pola, Mesalles, e Carretero (2005), salientam que se pode definir competência, como um processo dinâmico e longitudinal no tempo, pelo qual uma pessoa utiliza os conhecimentos, habilidades, atitudes e julgamento, associados à sua profissão, com a finalidade de a desenvolver de forma eficaz em todas as situações que correspondam ao campo da sua prática.

De acordo com Ceitil (2007: 76) ”as competências são um conjunto de características que uma pessoa evidencia num determinado ambiente concreto e que gera altos níveis de *performance*, sendo apenas observáveis no ato em si numa ação dinâmica”.

Assim, podemos afirmar que a aquisição de competências se traduz num processo dinâmico, em que determinada competência mobiliza sempre vários recursos individuais (saber mobilizar os conhecimentos, atitudes, valores, capacidades, etc.) e é concretizada num determinado contexto. Sendo um processo dinâmico e em que existe uma interação entre a pessoa e o contexto em que esta é realizada, podemos afirmar que a competência está sempre em constante configuração e reconfiguração.

Por sua vez Ceitil (2007), identifica quatro perspectivas principais das competências, as quais passamos a referir:

- As competências como atribuições – são consideradas como constituintes extra-pessoais e são definidas como atributos, essencialmente relacionadas com estatuto que existem independentemente da *performance* individual;

- As competências como qualificações – também são consideradas como constituintes extra-pessoais e são definidas como atributos, ou seja como um conjunto de domínios de execução técnica que se pode adquirir por via formal ou institucional e que existem também independentemente da *performance* individual;

- As competências como traços ou características pessoais – São consideradas como características intrapessoais e são definidas como capacidades ou seja como fatores inerentes à personalidade de cada indivíduo, mais ou menos estruturadas ao longo da sua vida;

- As competências como comportamentos ou ações – são consideradas como fenómenos interpessoais e são definidas como resultados concretos de um desempenho ou como ações concretas que as pessoas desenvolvem no seu quotidiano profissional.

A competência “também se articula com a autoimagem (*self-concept*), que vai sendo construída através da experiência e em função do sistema de valores do sujeito e do seu meio. Uma imagem de si positiva ou negativa influencia fortemente a implicação na situação, bem como a confiança nos seus próprios recursos e capacidades” (Pires, 2002: 255). Também Nunes (2013) salienta que a através da experiência e da formação, desenvolvemos conhecimentos, capacidades e habilidades, que se agregam em padrões éticos e legais os quais determinam uma prática competente.

Face à multiplicidade de conceitos de competência e tendo em conta o contexto do nosso estudo, interessa fundamentalmente compreender a forma como os estudantes adquirem as competências relacionais durante o curso de enfermagem e é nessas que centraremos, de seguida, a nossa análise.

Pola, Mesalles & Carretero (2005) utilizando a pirâmide de Miller (1990) (figura 2), referem que há quatro níveis de evolução por ordem de complexidade das competências profissionais de um enfermeiro, “o desempenho profissional competente requer um saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos no âmbito da formação, onde a experiência assume também uma grande relevância, sobretudo em contextos de trabalho. Na enfermagem, o saber-fazer incorpora em si o saber-fazer relacional, retratando a valorização da componente relacional na prestação de cuidados” (Madeira & Lopes, 2007: 49).

Figura 2 - Pirâmide de Miller



Fonte: Adaptado de Pola, Mesalles & Carretero (2005)

De fato, para um profissional ser considerado competente na sua área deve possuir conhecimentos, mas o mais importante é que saiba mobilizar e adequar esses conhecimentos na prestação de cuidados. Na medida em que os profissionais colocam constantemente em ação saberes teóricos e saberes práticos, é desta convergência que surgem novas competências, ou seja devem possuir um repertório de meios, como conhecimentos, capacidades cognitivas, capacidades relacionais, e saber mobilizar as suas capacidades pessoais para a situação.

Benner (2001), realizou uma pesquisa onde utilizou o Modelo Dreyfus para descrever como é que um estudante adquire e desenvolve as competências de cuidar, “um estudante passa por cinco níveis sucessivos de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito” (Benner, 2001: 43). No nível 1 – Iniciado, os estudantes não tem nenhuma experiencia das situações reais com que se vão confrontar, ou seja apresentam dificuldades em transpor para a prática os conceitos teóricos adquiridos. No nível 2 – Iniciado avançado, neste nível os estudantes já vivenciaram situações reais para perceberem que fatores significativos se reproduzem em situações idênticas. No nível 3 – Competente, o estudante torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos de forma consciente. No nível 4 – Proficiente, neste nível os estudantes avaliam as situações na sua globalidade e não em aspetos isolados, aprendem pela experiencia o que pode acontecer numa determinada situação. No último nível, o nível 5 – Perito, os estudantes tem uma grande experiência, devem compreender de maneira intuitiva cada situação e fazem o diagnóstico da situação diretamente sem se perder em diagnósticos prováveis (Benner, 2001).

No entanto, na opinião de Le Boterf (2006), será necessário ativar três dimensões da competência (figura 3), para se ser reconhecido com uma determinada competência: “primeiro, a dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, competências comportamentais) que ele pode mobilizar para agir; depois, surge a dimensão da ação e dos resultados que ela produz, isto é, a das práticas profissionais e do desempenho. Finalmente, há a dimensão da reflexividade, que é a do distanciamento em relação às duas dimensões anteriores” (Le Boterf, 2006: 61).

Figura 3 - Aquisição de competências



Fonte: Adaptado de Ceitil (2007)

Por outro lado Bloom (1956) criou a taxonomia cognitiva para a aquisição e desenvolvimento de competências, a qual é descrita em seis níveis (Gobbi, Hollos, Dale & Jaccarani, s/d):

- Nível 1 – Conhecimento básico - Definir, declarar, contar reconhecer;
- Nível 2 – Compreensão - Formular conhecimento através das suas próprias palavras, explicar, mostrar diferenças;
- Nível 3 – Aplicação - Demonstrar, explicar, fazer uso do conhecimento;
- Nível 4 – Análise - Encontrar peças no todo e conexões, discernir, criticar e fazer comparações;
- Nível 5 – Síntese - Tirar conclusões, encontrar conexões, fazer comparações;
- Nível 6 – Avaliação - Tirar conclusões, defender e tomar decisões.

O conhecimento em enfermagem tem que passar por diversos níveis até se atingir a competência pretendida, ou seja é necessário passar por um conhecimento consciente e objetivo para que num momento posterior passe a ser involuntário e que seja utilizado em todas as intervenções do enfermeiro de forma automática.

As competências podem ainda ser divididas em transversais e específicas (Ceitil, 2007). As competências transversais são as mais universais ou seja, são aquelas que devem existir

em circunstâncias mais amplos e diversificadas (pautadas pela ausência de especificidade e adaptação a qualquer que seja o contexto) e devem ser transferíveis porque são obtidas no âmbito de uma unidade curricular, mas passíveis de serem exercidas naturalmente num domínio diferente. As competências específicas são aquelas que são exigidas para atividades ou contextos mais restritos, geralmente associadas a domínios técnicos e instrumentais.

Ceitel (2007), ao longo da sua pesquisa, salienta a necessidade de mobilização de vários tipos de saberes para se atingir determinada competência. Esses saberes são os saberes teóricos, saberes do meio, saberes procedimentais, saberes-fazer operacionais, saberes-fazer experienciais, saberes-fazer sociais ou relacionais e saberes-fazer cognitivos.

A questão do conhecimento individual que o estudante de enfermagem tem através de experiências pessoais, de valores, de informações contextuais e até da capacidade de interpretação são também aspetos que devem ser valorizados, na aquisição de determinada competência. Assim, “a mobilização dos saberes mais pertinentes para uma dada situação não depende apenas dos recursos cognitivos, da representação operatória da situação, mas também do nível de confiança do próprio sujeito em si mesmo, nas suas capacidades e no seu potencial de evolução. A forma como este se aprecia e autoavalia é de grande relevância, na medida em que se reflete na atividade” (Pires, 2002: 258).

Para Le Boterf (2005) a competência comporta duas dimensões indissociáveis, a dimensão individual e a dimensão coletiva. Phaneuf (2005) também afirma que “sem a aquisição de uma certa competência pessoal” a “competência profissional não pode ser atingida”. A competência pessoal ou individual, baseia-se essencialmente nas qualidades individuais de cada estudante e “representa mais do que a soma dos nossos saberes e das nossas capacidades”(Phaneuf, 2005: 2).

As competências individuais têm determinadas características associadas a cada enfermeiro e ao ambiente em que se desenrola o processo de cuidar ou seja, são dinâmicas, são observáveis e são tangíveis (Ramos & Bento *in* Ceitel, 2007). Além disso, são transversais a outras dimensões, tais como a competência técnica e a competência relacional.

A aquisição da competência relacional não é tão rápida como as outras dimensões da competência, pois esta dimensão é dificultada pela interação do estudante com o utente, que exige que se mobilizem os conhecimentos relacionais e os conhecimentos éticos. O estudante de enfermagem durante o processo de cuidar, por vezes, tem dificuldade em utilizar todas as dimensões da competência, nomeadamente a dimensão relacional e ética, o que faz com que

o cuidar perca humanização Face a esta situação “o movimento pela humanização dos cuidados, adverte para a urgente necessidade de equilíbrio entre a tecnologia e humanismo” (Simões, Rodrigues e Salgueiro, 2008: 98). Portanto a competência técnica não pode ser completamente atingida sem a contribuição do aspeto relacional dos cuidados, o que significa que as competências do cuidado não podem ser atingidas de forma coerente sem a inclusão destes dois aspetos.

A competência em enfermagem além de envolver os conhecimentos teóricos e as habilidades técnicas tem que estar sempre assente na inter-relação que se estabelece com a outra pessoa, o que vai permitir o cuidar de excelência. Portanto, um estudante de enfermagem pode possuir competências a nível teórico e técnico, mas a nível relacional não conseguir atingir o desejado patamar, pois está mais centrado na execução correta da técnica, descurando a relação com o utente. Como salienta Phaneuf “os cuidados de enfermagem, o trabalho relacional com a pessoa cuidada deveria ser primordial uma vez que é o veículo de toda a intervenção” (Phaneuf, 2005: 10).

Para se conseguir avaliar a aquisição de cada um dos tipos de competências, nos estudantes de enfermagem, é necessário utilizar vários tipos de instrumentos, pois não há um único método de avaliação que consiga proporcionar toda a informação necessária para julgar a aquisição de todos os níveis de competências.

Para se dizer que um estudante de enfermagem adquiriu competências é necessário que este desenvolva um conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais ao longo da sua formação, as quais vai atualizando através da introdução das melhorias necessárias de forma a prestar cuidados de qualidade.

3 – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DURANTE O PERCURSO FORMATIVO

Nos estudantes de enfermagem as competências não se podem testemunhar diretamente, mas sim serem deduzidas através do seu desempenho e traduzem-se numa combinação de habilidades e conhecimentos necessários para realizar uma intervenção específica.

O processo de aquisição e desenvolvimento de competências relacionais em enfermagem deve refletir sobre o modo como o próprio estudante vivenciou o seu processo de vinculação na satisfação das suas necessidades físicas e emocionais no seu processo retrospectivo vivencial, pois todo este conjunto se vai refletir na sua autoestima.

A aquisição de competências pelo estudante de enfermagem engloba determinados fatores como o desenvolvimento de competências pessoais, a mobilização dos saberes adquiridos ao longo do curso e a sua aplicação durante os ensinamentos clínicos. As competências vão-se desenvolvendo paulatinamente ao longo da formação, através de um processo evolutivo, à medida que se conseguem mobilizar os conhecimentos adquiridos.

O conhecimento em enfermagem tem que passar por diversos níveis desde um conhecimento consciente e objetivo para (num momento posterior) um conhecimento involuntário, o qual é utilizado em todas as intervenções inerentes ao processo de cuidar de forma “automática”.

Para se atingir a aquisição e o desenvolvimento de uma competência é necessário que cada comportamento (conhecimentos, habilidades e destrezas, atitudes e interesses, motivação e meios e recursos) esteja associado a uma determinada competência (fazer), o qual é produzido pelo efeito dos cinco componentes descritos na figura 4 (Ramos & Bento *in* Ceitil, 2007).

Figura 4 - Componentes das competências



Fonte: Adaptado de Ramos & Bento (in Ceitil, 2007).

Os estudantes de enfermagem no final da sua formação deverão estar preparados para dominarem as competências do enfermeiro de cuidados gerais, para atuarem em todos os contextos de vida das pessoas e em todos os níveis de prevenção (Ordem dos Enfermeiros, 2012). No entanto não podemos esquecer que a aquisição de conhecimentos e competências deve ser um processo contínuo ao longo da vida. Neste contexto a aquisição e desenvolvimento de competências surge como uma articulação em diferentes momentos que permite formalizar o “saber fazer” e o “saber estar”.

O desenvolvimento de competências, no entender de Pires (2002: 267) “não pode ser apenas perspetivado a partir do contributo de um contexto específico, delimitado espacial ou temporalmente, pois ocorre no cruzamento e na inter-relação entre os diversos contextos de vida da pessoa, e ao longo de toda a sua vida”. Partilhando esta perspetiva, avaliámos o

desenvolvimento das competências relacionais ao longo do processo de ensino aprendizagem do CLE e em vários contextos da ação, ou seja nas várias etapas desde o primeiro contato com a prática clínica.

O modelo de desenvolvimento de competências de Wittorski (1998) evidencia a existência de diferentes estratégias de pensamento e de ação, para melhor compreender o processo de aquisição de competências. Considera ainda, que a competência é uma combinação de cinco componentes articulados em três níveis: os componentes cognitivos, culturais, emocionais, sociais e praxeológica Estes cinco componentes articulam-se em três níveis (Wittorski, 1998):

- O componente cognitivo é dado pelo nível micro (a pessoa), o qual é composto por dois elementos, as representações cognitivas (conhecimento adquirido através da formação) e a representação do contexto e do ambiente;

- O componente emocional é um dos determinantes das competências, reagrupa três elementos: a autoimagem, que pode ser valorizada ou desvalorizada, o investimento emocional na ação e a motivação. Este componente é influenciado pelo nível do ambiente imediato (nível meso ou social).

- A componente social da competência inclui o reconhecimento efetivo do ambiente imediato (nível meso ou social), ou da organização (nível macro) da prática do indivíduo ou do grupo.

- O componente cultural da competência é a forma como a cultura da organização em que o indivíduo se insere vai imprimir forma às competências adquiridas. Este componente vem da influencia dos níveis meso e macro sobre o nível micro.

- O componente praxeológico refere, o aspeto da competência visível, isto é, a prática na qual o produto (desempenho) é o objeto de uma avaliação social. Esta é realmente a parte visível observável da competência.

No quadro 1 apresentam-se esquematicamente os processos de desenvolvimento de competências de Wittorski (1998) e as cinco vias de desenvolvimento de competências.

A lógica da ação é a via pela qual o estudante adquire a competência por ajustes sucessivos e adaptação gradual de comportamentos reflexivos sem acompanhamento. A combinação da ação e reflexão sobre a ação, através da interação entre o processo de tentativa e erro e uma postura de pensar/questionar em relação à situação e à ação produzida, conduzem ao desenvolvimento da competência. A aquisição de conhecimentos teóricos por

"integração/assimilação" de novos conhecimentos, é um processo que é muitas vezes acompanhado de uma implementação desse conhecimento (Wittorski, 1998).

Quadro 1 - Tipologia do processo de desenvolvimento de competências de Wittorski

Processos de desenvolvimento de competências	
Pela ação, treinamento, por ajustes sucessivos e adaptação de comportamentos não acompanhados de reflexão.	Lógica da ação
Por interação entre a transmissão de conhecimentos teóricos em sala de aula e a produção de competências na prática. A combinação da ação e reflexão sobre a ação.	Raciocínio lógico e ação
Por reflexão retrospectiva sobre a ação e transforma-las em conhecimento	Lógica da reflexão sobre a ação
Por reflexão antecipadora da mudança sobre a ação.	Lógica da reflexão para a ação
Por aquisição controlada de conhecimentos teóricos.	Lógica da integração/ assimilação

Fonte: Adaptado de Wittorski (1998).

A formação em enfermagem assenta na transmissão, na interação e na reflexão para que sejam adquiridas competências em todos os domínios, numa lógica da integração/assimilação e na transmissão de conhecimentos centrada nos saberes do domínio teórico e disciplinar.

O estudante de enfermagem necessita de adquirir e desenvolver ao longo do CLE as competências nas suas várias dimensões, no entanto não se pode esquecer que um dos aspetos mais importantes desta aquisição e desenvolvimento de competências é a gestão entre as várias dimensões da competência, nomeadamente saber gerir a competência técnica com a competência relacional, pois no processo de cuidar não pode haver dissociação das várias dimensões da competência.

Com a implementação das estratégias do Processo de Bolonha, muitos currículos foram alterados com a preocupação de proporcionar aos estudantes conhecimentos multidisciplinares com o objetivo de lhe proporcionar a melhor formação em enfermagem. No entanto, devemos questionar se estas estratégias de ensino são relevantes para a aquisição e desenvolvimento das competências que um estudante de enfermagem deve possuir no final do seu trajeto formativo.

Tal como já referido anteriormente foi elaborado no ano 2000 um projeto denominado «Tuning – Sintonizar as estruturas educativas da Europa» o qual aborda várias das linhas de ação acordadas em Bolonha, em particular a adoção de um sistema de títulos facilmente reconhecíveis e comparáveis, a adoção de um sistema baseado em dois ciclos e o

estabelecimento de um sistema de créditos. O projeto “Tuning” contribuiu também para a realização dos demais objetivos fixados em Bolonha, tendo sido definidas competências específicas para a enfermagem, as quais estão descritas no site oficial do projeto “Tuning”⁸ (ANEXO A) e que vão de encontro às competências definidas pela OE para os enfermeiros de cuidados gerais. Este projeto define três tipos de competências - competências instrumentais, competências interpessoais e competências sistêmicas -, as quais são importantes para estabelecer a comparação e definir os ciclos de estudos (Direção-Geral do Ensino Superior, 2000).

Sendo um dos principais objetivos do Projeto “Tuning” conseguir uma definição de cada ciclo de estudos, foram definidos os Descritores de Dublin (quadro 2) desenvolvidos pelo “Joint Quality Initiative Informal Group (JQI) com o objetivo de se produzir um documento que permitisse a comparação dos dois ciclos de uma forma uniforme.

Quadro 2 - Descritores de Dublin para o 1º ciclo

1º Ciclo
Atribuição do grau aos estudantes que tenham atingido:
➤ Conhecimento e capacidade de compreensão
Tenham demonstrado possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que: - Sustentando-se nos conhecimentos de nível secundários, os desenvolva e aprofunde - Corresponda e se apoie em livros de texto de avançado - Em alguns domínios da área de estudo, se situe ao nível dos conhecimentos de ponta na área científica respetiva.
➤ Aplicação de conhecimentos e compreensão
Saibam aplicar os conhecimentos e a capacidade de compreensão adquiridas, de forma a evidenciarem uma abordagem profissional ao trabalho desenvolvido na sua área vocacional.
➤ Realização de julgamento/tomada de decisões
- Comprovem capacidade de resolução de problemas no âmbito da sua área de estudo, e de constituírem e fundamentarem a sua própria argumentação. - Mostrem capacidade de recolher, selecionar e interpretar informação relevante, particularmente na sua área de estudo, que os habilite a fundamentarem as soluções que preconizam e os juízos que emitem, incluindo na análise os aspetos sociais científicos e éticos relevantes.
➤ Comunicação
Sejam dotados de competências que lhes permitam comunicar informação, ideias, problemas e soluções, tanto a públicos constituídos por especialistas como não especialistas.
➤ Competências de autoaprendizagem
Tenham desenvolvido as competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, com elevado grau de autonomia.

Fonte: DGES - Direção-Geral do Ensino Superior. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (2000).

⁸ <http://www.unideusto.org/tuningeu/competences/specific/nursing.html>

Em Portugal foi criada a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) a qual tem como missão a “promoção e garantia da qualidade do ensino superior”, sendo que esta foi instituída pelo Estado em 2007 (Portugal, 2007b) com o objetivo de “proporcionar a melhoria da qualidade do desempenho das instituições de ensino superior e dos seus ciclos de estudos e garantir o cumprimento dos requisitos básicos do seu reconhecimento oficial” (A3ES). A A3ES terminou em abril de 2012 a avaliação de ciclos de estudos em funcionamento em que estava incluído o curso de licenciatura em enfermagem e iniciando-se ainda este ano o “primeiro ciclo regular de cinco anos em que o sistema de avaliação/acreditação vai ser aplicado aos 3541 ciclos de estudos que receberam anteriormente uma acreditação preliminar e se mantêm em funcionamento” (A3ES). Como resultado do processo de avaliação a A3ES no seu relatório concedeu acreditação preliminar ao curso de enfermagem em ambas as escolas onde foi desenvolvido o presente estudo em 12 e 13-12-2011.

Na reformulação dos planos curriculares dos cursos assistiu-se a um aumento da componente teórica e de prática laboratorial, em detrimento do contato com a prática clínica. Nalgumas escolas o início da componente prática inicia-se no 2º ou 3º ano do curso. As competências adquirem-se e desenvolvem-se na interação com o contexto prático e também podem ser simuladas em laboratório, mas é em ensino clínico que os estudantes desenvolvem tanto as competências pessoais como as profissionais. A consulta das matrizes curriculares, permite verificar que cada escola se preocupa em aproximar as competências exigidas aos estudantes do primeiro ciclo com as competências exigidas para o exercício profissional dos enfermeiros.

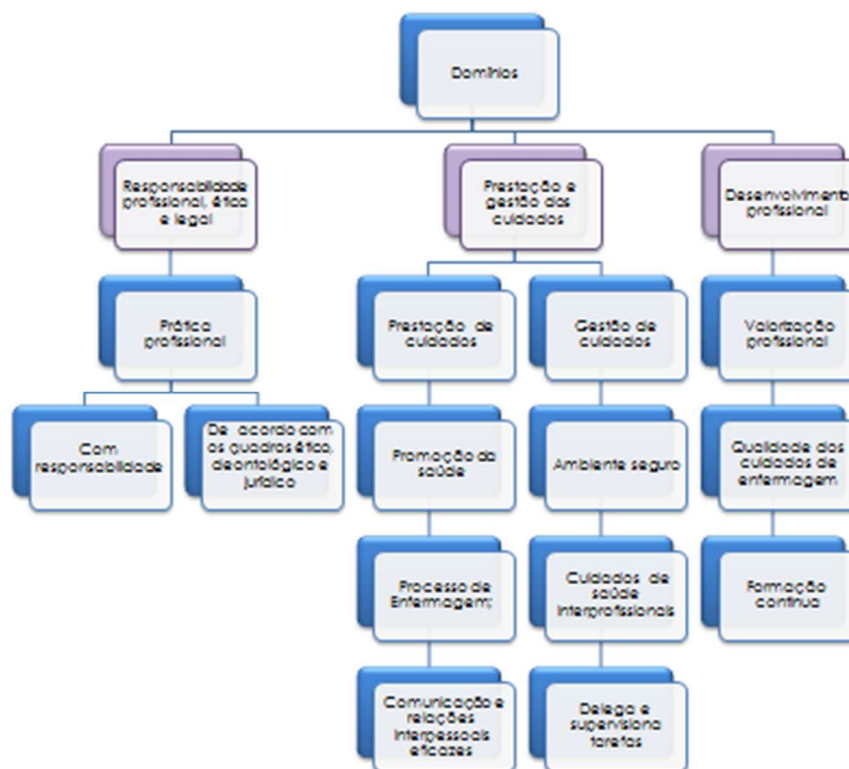
A Ordem dos Enfermeiros (2003: 16), através do Conselho de Enfermagem define competência do enfermeiro de cuidados gerais, como “um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar”.

Em 2011 foi aprovado pela OE o regulamento que define o perfil das competências dos enfermeiros de cuidados gerais, que foi publicado em agosto de 2012 (Ordem dos Enfermeiros, 2012), o qual “visa prover um enquadramento regulador para a certificação das competências (...) e assegura que o enfermeiro possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que lhe permitem ponderar as necessidades de saúde ao grupo-

alvo e atuar em todos os contextos de vida das pessoas, em todos os níveis de prevenção” (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 07).

A Ordem dos Enfermeiros define três domínios para as competências dos enfermeiros de cuidados gerais, que são a responsabilidade profissional ética e legal, a prestação e gestão dos cuidados e o desenvolvimento profissional, os quais estão mais explícitos na figura 5.

Figura 5 - Perfil de competências dos enfermeiros de cuidados gerais



Fonte: Adaptado de Ordem dos Enfermeiros (2012).

No documento anexo ao regulamento das competências do enfermeiro de cuidados gerais, para cada domínio das competências é apresentado um descritivo, onde a competência é “decomposta em segmentos menores, podendo descrever os conhecimentos, as habilidades e operações devem ser desempenhadas e aplicadas em distintas situações de trabalho” (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 08) e os critérios de competência, os quais são “os elementos que devem ser entendidos como evidência do desempenho profissional competente” (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 08).

Relativamente à formação em enfermagem, nos planos curriculares de cada escola são descritos as competências que os estudantes devem atingir no final do curso e que estão

formalizadas de acordo com as diretivas emanadas pela união europeia (77/452/CEE, 77/453/CEE e 89/48/CEE). Estas, foram substituídas pela diretiva 2005/36/CE e perspetivam que, no final do curso, cada estudante deve estar preparado para exercer a profissão de acordo com o referencial de competências emanadas pela OE e que devem estar de acordo com o estabelecido pela diretiva 2005/36/CE relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais.

3.1 – COMPETÊNCIAS RELACIONAIS

As competências são designadas e caracterizadas em diferentes domínios, consoante a abordagem e o contexto em que são desenvolvidas. A Ordem dos Enfermeiros agrupou as competências dos enfermeiros de cuidados gerais em três domínios: prática profissional, ética e legal; prestação e gestão de cuidados e desenvolvimento profissional (2003: 12,13). Ao longo do nosso estudo vamos debruçar-nos nas competências relacionais que consideramos transversais a todos os domínios das competências que um enfermeiro deve possuir.

As competências relacionais para alguns autores, nomeadamente Dias (2006), determinam um saber-ser e incluem as competências sociais, afetivas, relacionais e ético-morais. Embora, tenham ocorrido algumas alterações ao nível do ensino da enfermagem, no sentido do desenvolvimento das competências transversais à enfermagem, de acordo com Dias (2006), parece manter-se a problemática do défice de competências relacionais do enfermeiro com o grau de licenciado.

O desenvolvimento de competências relacionais é antes de mais um “processo de transformação individual na tripla dimensão do saber (conhecimentos), saber-fazer (habilidades) e do saber-ser (atitudes e valores éticos)” (Dias, 2006: 14).

Neste contexto, podemos afirmar que o processo de cuidar em enfermagem, assenta na capacidade de estabelecer relações interpessoais de confiança e que implica o desenvolvimento de capacidades de compreensão dos outros e das suas formas de interagir numa dinâmica biopsicossocial. Além disso, “o cuidado concretiza-se numa relação interpessoal entre a pessoa e o enfermeiro e, sendo de natureza profissional, toma como objeto da relação o outro e as necessidades de cuidado do outro. É, por isso, uma relação que

não subtraindo a personalidade dos dois intervenientes, se dirige de forma terapêutica à ajuda do outro” (Deodato, Martins & Carneiro, 2008: 46). Também Lopes, Azevedo & Rodrigues (2013), acentuam que o fundamento dos cuidados de enfermagem está centrado na relação interpessoal estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa que necessita de cuidados, aspeto defendido em inúmeras teorias de enfermagem. Igualmente Lopes (2011) salienta no seu estudo que a relação é especialmente importante, nomeadamente porque são os enfermeiros os que permanecem em contacto mais tempo com os utentes e por outro lado este contacto adquire em diversas circunstâncias um grau de intimidade inquietante. Portanto a relação estudante/utente não implica necessariamente uma presença constante, mas sim uma presença atenta durante todo o processo de cuidar.

Sendo as competências relacionais o pilar da enfermagem, a comunicação é uma ferramenta fundamental para que estas competências se desenvolvam adequadamente. A componente relacional estudante-utente, é realizada através da comunicação. Esta, habilidade do ser humano em comunicar com outras pessoas é intrínseca à conduta humana e uma peça fundamental na componente da relação de ajuda. A comunicação pode ser verbal e não-verbal e para acontecer exige a aquisição de competências e atitudes de interação por parte do estudante do CLE.

Phaneuf (2005: 23) define comunicação como “um processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas. A comunicação transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não-verbal, e de maneira mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”. Portanto, as capacidades para interagir são essenciais no estabelecimento de uma componente relacional do estudante com o utente, pois estas habilidades podem influenciar esta relação já que a forma “como” transmite a mensagem pode invadir a intimidade do outro quer no modo como olha, como toca o utente, assim como na distância que mantém quando comunica com o utente. Porém, é necessário não esquecer que cada utente tem emoções, sentimentos, personalidades e cultura diferentes.

Há condutas demarcadas que favorecem ou prejudicam o estabelecimento de uma componente relacional entre o estudante e o utente durante o processo de cuidar e que podem invadir ou não a intimidade do utente. Phaneuf (2005) enuncia determinados comportamentos que favorecem ou prejudicam a comunicação durante o processo de cuidar e que são “a postura e as atitudes corporais; os gestos; a distância; o contacto visual; a

expressão facial; a voz; a respiração; o silêncio; a aparência geral e o tocar” (Phaneuf, 2005: 30).

Em todo o processo de cuidar a comunicação interpessoal é utilizada na enfermagem. Assim, é importante que esta comunicação ocorra sem distorções e da forma mais adequada não ponha em causa a intimidade do utente. Esta comunicação que pode ser verbal e não-verbal, e que são complementares, constitui a base para o desenvolvimento das competências relacionais do estudante/utente. Estas formas de comunicação apresentam características e limites de que cada estudante deve ter conhecimento para que durante o processo de cuidar consiga prestar cuidados de enfermagem de qualidade tendo sempre presente a preservação da intimidade do utente.

A comunicação verbal, “é a forma que tomam as nossas trocas quando fazemos intervir a palavra” (Phaneuf, 2005: 82), por meio de linguagem escrita ou falada. Em enfermagem, por vezes, a forma de comunicar oralmente não é utilizada de forma reconfortante para o utente, mas de uma forma sociabilizada, ou seja vamos “rotinizando” a nossa linguagem. É como se dispuséssemos de um conjunto de frases que se adaptam a todos os utentes e situações, independentemente da individualidade que está perante nós.

A dificuldade em desenvolver a competência relacional do estudante está relacionada com as dificuldades que este apresenta na comunicação verbal que tem que estabelecer com o utente. Este comprometimento da comunicação associa-se também com as questões centrais e as bases da relação de ajuda que podem estar pouco interiorizadas, nomeadamente a dificuldade em estabelecer uma relação empática, em ser autêntico e em respeitar as opiniões do utente. Estes aspetos e até mesmo o ambiente onde ocorre esta comunicação são fatores que podemos considerar como facilitadores da invasão da intimidade do utente. A forma como o estudante do CLE procede e comunica com o utente no processo de cuidar pode ser revelador da sua capacidade de respeitar, ou não, o utente na sua globalidade. A forma de se expressar é essencial para que se consiga a preservação da intimidade do utente, ou seja deve ser de forma clara, simples, breve, apropriada ao tempo e às circunstâncias e adaptável às reações do utente e ao contexto (Phaneuf, 2005). A comunicação verbal em enfermagem é um instrumento fundamental no processo de cuidar, pois é utilizada em múltiplas situações, nomeadamente na confirmação da identificação, na orientação espaço temporal, na manifestação de sintomatologia e no conforto do utente.

A comunicação não-verbal é uma troca sem palavras, que esconde uma ampla visão de expressões corporais e de comportamentos que suplantam, auxiliam e sustentam a comunicação verbal (Phaneuf, 2005). Está associada aos gestos, silêncios, expressões faciais, entoação e timbre da voz, toque, aparência física, condições ambientais, posturas corporais, posição e distância interpessoal mantida entre os intervenientes. Esta forma de comunicar é tão importante para o utente quanto para o estudante de enfermagem. Para o estudante, é fundamental que perceçione os sentimentos do utente e muitas vezes interprete o significado de mensagens que o utente não manifesta verbalmente. Por outro lado, é também importante para o utente, para este efetivar a sua relação com o cuidador. A comunicação desempenha uma importante ferramenta no processo de cuidar, nomeadamente, “para exprimir as sensações, as emoções e os sentimentos; para regular as trocas; para confirmar, para apoiar as palavras; para manter a autoimagem e para estabelecer laços significativos com os outros e mantê-los” (Phaneuf, 2005: 69). As competências de interação do estudante de enfermagem com o utente, ao nível da comunicação, podem realmente comprometer a preservação da intimidade do utente, pois a postura, os gestos, a distância interpessoal, o olhar e o toque são comportamentos que podem interferir de forma negativa nesta inter-relação.

O estudante, na componente relacional do processo de cuidar, deve ter em atenção os comportamentos e atitudes que adota para que durante o seu contato com o utente atinja o objetivo ético e deontológico de não invadir a intimidade e, simultaneamente compreenda que transmitir através dos sentidos, não é mais do que prolongar o nosso cuidado (Phaneuf, 2005).

A comunicação não-verbal pode ser dividida em paralinguagem (qualquer som produzido que não faça parte do sistema sonoro que não se traduzem em palavras (Martins & Araújo, 2005); cinésica (linguagem do corpo); proxémica (distância entre as pessoas); tacésica (linguagem do toque) e as características físicas (forma e aparência). O papel dos órgãos dos sentidos no processo de cuidar, pelo estudante, requer que este entenda que a sua utilização lhe permite comunicar. De fato, “comunicar consiste em primeiro lugar em partilhar um olhar com a pessoa com a qual estamos em relação (...)” (Phaneuf, 2005: 35), a visão e a audição representam os dois sentidos mais utilizados na colheita de informações no processo de comunicação com os utentes (Oliveira, Fenili, Zampieri & Martins, 2006). O contato visual e a forma como se observa o utente pode comprometer a preservação da

intimidade, pois enquanto se prestam cuidados a forma de olhar pode ser desconfortável para o utente. O “olhar franco e direto da enfermeira é o indício de uma comunicação honesta e autêntica” (Phaneuf, 2005: 35), o olhar com insistência ou atrevido não deve existir numa relação estudante-utente. O olhar em enfermagem pode ser tanto traiçoeiro em termos de intimidade como indispensável numa relação onde a confiança e a observação do utente tem tanta importância. Phaneuf (2005) diz-nos, de forma inesperada, o significado que a palavra «olhar» em cuidados de enfermagem pode adquirir pela sua ligação etimológica da sua raiz latina ao termo «servir», “a capacidade de manter o contacto visual de maneira conveniente aprende-se ao exercitar-se a sustentar o olhar do outro ou a visualizar situações implicando uma pessoa que impressiona ou domina” (Phaneuf, 2005: 36).

Através do toque também comunicamos de forma não-verbal e por vezes este toque é confundido com o toque terapêutico. O toque, em si, está presente em todo o processo de cuidar na realização de procedimentos técnico-científicos. Phaneuf (2005: 45), diz-nos que “o tocar torna-se uma experiência de caráter íntimo e pessoal” e tem como finalidade demonstrar empatia e proximidade com o utente. Para não interferir na intimidade do utente, o toque deve ser antes um fator de conforto e de aceitação, tendo o enfermeiro de estar atento às manifestações não-verbais de consentimento por parte do utente. “Todo o toque envolve um aspeto afetivo que se faz presente a partir da maneira como nos aproximamos para tocar, o tempo usado no contato, o local onde tocamos as pessoas e a pressão que exercemos no mesmo” (Paes da Silva, 2002: 80). Assim, é fundamental estabelecer limites ao tocar o utente, ou seja “utilizar uma forma de tocar aceitável para a pessoa, não impor uma forma de intimidade que não convém à pessoa ou à situação” (Phaneuf, 2005: 47).

Há três tipos de toque em enfermagem, cada um deles com as suas características e finalidades. O toque instrumental que é o toque necessário para realizar os procedimentos no processo de cuidar, o toque afetivo que é realizado com o objetivo de demonstrar empatia, apoio e segurança e o toque terapêutico que se traduz numa “técnica de terapia complementar que consiste num toque sem toque”, pois não há necessariamente um toque direto na pele do utente (Castro, Santos, Silva & Morita, 2007).

O toque está presente ao longo do ciclo vital, ou seja “desde o nascimento, em que constitui o primeiro modo de entrar em relação com os outros, até à morte, em que representa frequentemente o último modo de contacto, quando as palavras escasseiam” (Chalifour, 2008: 137).

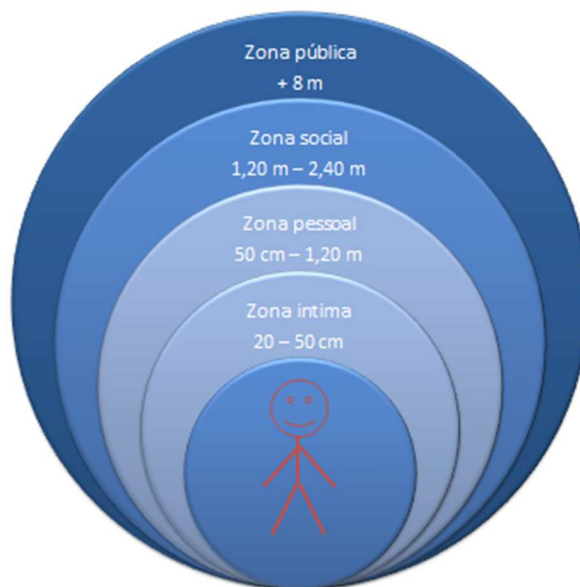
O toque envolve sempre uma invasão do pessoal do utente, o qual pode ser interpretado de diferentes maneiras. Alguns utentes percebem o toque como conforto, enquanto outros percebe-o como invasivo e desconfortável, ainda há quem o entenda com conotações sexuais. Estas perceções têm sido atribuídas à cultura, socialização, classe social, idade e sexo (Williams, 2001a).

Outro dos aspetos que o estudante de enfermagem deve ter em atenção na relação que estabelece com o utente, para preservar a intimidade, é a distância mantida entre o utente. Esta deve atender ao nível de relação necessária durante o processo de cuidar para que a comunicação seja eficaz. Edward T. Hall, estudou o espaço no relacionamento interpessoal na comunicação e a teoria proxémica que desenvolveu estuda o significado social do espaço (Sawada, Zago, Galvão, Ferreira & Barichello, 2000). Na comunicação interpessoal, a distância que se estabelece é diferente segundo o carácter de intimidade desta relação (Phaneuf, 2005). Há quatro zonas no espaço da comunicação interpessoal entre o estudante e o utente, que devem ser preservadas de acordo com a teoria de Hall: a distância íntima, a distância pessoal, a distância social e a distância pública (Pierson, 2003). O estudo da proxémia em enfermagem revelou-a como um dos fatores que pode ser preditor da invasão da intimidade dos utentes. Alguns desses estudos foram realizados por Paes da Silva (1989); Sawada, Zago, Galvão, Ferreira & Barichello (2000); Prochet & Silva (2008a,b) e Briga (2010).

A invasão do espaço íntimo do utente pode desencadear diversas reações por parte deste e no processo de cuidar deve-se ter atenção aos limites de cada distância. Hall, na sua teoria fala em bolha de reação pessoal. Pierson (2003) também refere as quatro distâncias da proxémia entre os interlocutores: zona íntima que corresponde ao registo da confiança; zona pessoal que remete para a convivência; zona social que aponta para o registo de neutralidade; zona pública que é o registo de carisma (figura. 6).

A zona íntima corresponde ao espaço “onde o contacto físico é possível, o calor humano e a transmissão dos odores” (Prochet e Silva, 2008b: 322). É um espaço reservado às pessoas com as quais se mantem um vínculo de afeto (Phaneuf, 2005). Os enfermeiros durante o processo de cuidar e nas numerosas intervenções que desenvolvem em que é necessário “ter acesso ao corpo” do utente, invadem frequentemente esta zona de proxémia.

Figura 6 - As zonas de proxémia



Fonte: Adaptado de Pierson (2003)

A zona pessoal é “utilizada na maior parte das interações face-a-face” (Prochet e Silva, 2008b: 322) com o utente. Esta distância apesar de ser uma zona íntima é uma zona que pode provocar uma reação de mal-estar e de afastamento, ou pelo contrário pode favorecer as trocas entre o enfermeiro e o utente, podendo ocorrer o toque, o aperto de mão ou a troca de olhares (Phaneuf, 2005).

A zona social, corresponde à zona “onde não ocorre contacto físico, porem existe o contacto visual com o interlocutor” (Prochet e Silva, 2008b: 322). Esta zona, permite as trocas verbais, mas devido à distância pode diminuir o impacto do olhar e interditar o contacto físico entre o enfermeiro e o utente (Phaneuf, 2005). Este é o espaço que separa pessoas que não se conhecem, mas que se relacionam num determinado contexto.

A zona pública, “onde o contacto visual não é individual, e sim, coletivo” (Prochet e Silva, 2008b: 322), é caracterizada pela distância entre pessoas que na maioria das vezes não se conhecem. Nesta zona é importante a utilização de gestos e do olhar.

A invasão do território e espaço pessoal do utente pode levar a reações adversas como ansiedade, inquietação, luta ou fuga (Allekian citado por Sawada, NO; Galvão, CM; Mendes, IAC; Coleta, JAD, 1998). Esta reação geralmente depende da percepção do indivíduo para determinada situação que frequentemente resulta de uma multiplicidade de fatores como necessidade individual, experiências anteriores de vida e pressões culturais. Segundo Sawada et all (1998) citando Dugas, é necessário observar a distância entre o profissional e

o utente e o enfermeiro deve conhecer e respeitar as variações da distância que deve ser mantida nas diferentes situações de interação de forma que ambos se sintam confortáveis.

Tal como a proxémia, a postura também é um componente que possui muita influência na forma como o enfermeiro comunica e mantém a relação com o utente. “Um corpo com uma postura descontraída acalma também o espírito” (Phaneuf, 2005: 33), tanto da parte do enfermeiro como da parte do próprio utente. Já uma postura desadequada podemos estar a entrar na intimidade do ser cuidado. Os gestos que o enfermeiro faz são igualmente importantes na interação com o utente e se há gestos que acompanham e ilustram o que expressa verbalmente, também há gestos que contradizem o que é afirmado verbalmente. Por outro lado, deve-se estar atento aos gestos realizados pelo utente, pois neste caso podem ser reveladores do que a pessoa está a sentir intimamente.

Em enfermagem a competência para comunicar está assim intimamente interligada com as competências relacionais, pois este domínio das competências não é possível ser atingido sem a comunicação, nas suas diversas formas. Tal como refere Phaneuf (2005), o enfermeiro em interação com o utente deve ter atenção à forma como se exprime, tanto verbal como não-verbalmente, ou seja deve exprimir-se de forma simples, clara, breve, apropriada ao tempo e aos contextos e apropriada às reações do utente. A par destas características da comunicação, existem habilidades que devem ser desenvolvidas pelos estudantes de enfermagem durante a interação com o utente. De acordo com Lazure (1994), durante o processo de cuidar devem desenvolver-se as seguintes capacidades de forma a possibilitar a participação do utente neste processo de inter-relação:

- ◊ Escuta;
- ◊ Clarificar e de ajudar na clarificação;
- ◊ Respeitar a si próprio e de respeitar o utente;
- ◊ Ser congruente consigo próprio e com o utente;
- ◊ Ser empático consigo próprio e com o utente.

As competências relacionais são um instrumento básico para o cuidar com qualidade em enfermagem, as quais podem interferir na intimidade dos utentes durante todo o processo de cuidar. Para que o processo de desenvolvimento de competências relacionais ocorra ele deve ser ativo, exige reflexão, utilidade, empenho e motivação, devendo a cooperação e participação entre o docente e o estudante serem uma constante.

3.2 – ESTRATÉGIAS ADOTADAS NO PERCURSO FORMATIVO

A reflexão acerca do contexto onde se processa a formação em enfermagem é imperativa neste estudo, pois é o local onde são transmitidos os saberes, adquiridas as competências e se preparam os estudantes para a vida profissional. Durante o percurso formativo, tal como referido anteriormente, os estudantes de enfermagem têm a possibilidade de adquirirem e desenvolverem as competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes. Em pesquisas realizadas aos planos curriculares de algumas escolas, constatamos que o tema competências relacionais e preservação da intimidade consta dos conteúdos das unidades curriculares. No entanto, verificámos que há unidades curriculares específicas para abordarem essas temáticas ao longo do processo formativo, tanto no período teórico como durante o período de prática clínica. Por outro lado, também durante o período de prática clínica se observou a existência várias metodologias na orientação dos estudantes e consequentemente no processo de aquisição de competências.

No contexto atual, verifica-se que cada instituição de ensino elaborou o seu plano curricular de acordo com as suas conceções e pelas conceções definidas pelas diretrizes emanadas pela Comunidade Europeia e adaptadas ao Processo de Bolonha, tendo sempre em atenção as orientações do International Council of Nurses e da Ordem dos Enfermeiros.

A análise sobre o processo de desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidados pelos estudantes, através da consulta dos planos curriculares, revelou que a metodologia utilizada em cada escola de enfermagem, é diferente nomeadamente no que diz respeito ao início da prática clínica, assim como na orientação dos estudantes, nessa mesma prática clínica. Tal como referimos anteriormente, as competências pressupõem um conjunto de saberes, o saber-saber, o saber-fazer, o saber-ser e o saber-estar.

Um profissional competente não é aquele que possui apenas conhecimentos, é aquele que os sabe mobilizar em contexto específico. Nos estudantes de enfermagem, este saber mobilizar os conhecimentos começa durante o período formativo, durante a prática clínica e prosseguirá o desenvolvimento de competências como profissional (Rua, 2009). Tal como refere Benner (2001), no nível de perito, a experiência é essencial para compreender de forma intuitiva a situação a qual resulta no saber agir em situação.

Os conteúdos da aprendizagem são aspetos do desenvolvimento pessoal e social do estudante que visam promover uma socialização adequada, a qual deve ser realizada de forma individualizada e que as escolas devem atender (Carvalho, 2004). É a partir destes conteúdos que se adquirem as competências, as quais serão desenvolvidas nos contextos práticos. Decorrente do Processo de Bolonha, as aprendizagens dos estudantes são centralizadas na autonomia destes em aprofundar novos conhecimentos, sobressaindo a importância que se deve dar aos conteúdos da aprendizagem, pois exige-se que os estudantes aprendam cada vez mais, mas que aprendam de forma autónoma, no âmbito de uma nova cultura da aprendizagem, de uma nova forma de criar e orientar o conhecimento. As escolas de enfermagem atualmente não oferecem aos estudantes um conhecimento concluído, mas ajudam-nos a construir o seu próprio conhecimento e a sua visão do conhecimento, fomentando para isso o diálogo e a descoberta de novos conhecimentos. Vivemos numa sociedade com um ritmo de mudança científica que é cada vez mais acelerado e competitivo e nesse sentido impõe-se preparar e oferecer aos estudantes estratégias de aprendizagem adequadas para enfrentar as necessidades contínuas e inesperadas ao nível do conhecimento.

Os conteúdos de aprendizagem, no curso de enfermagem, devem abranger todas as dimensões das competências ou seja, não só as competências necessárias ao cuidado em enfermagem, mas também as competências para a gestão do conhecimento, nomeadamente, competências para aquisição, interpretação e compreensão do conhecimento pesquisado. Todas estas alterações a nível do processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, também requer mudança na forma de ensinar dos professores. O modelo de ensino comum deve dar lugar a um novo processo em que é valorizada a reflexão, pois é uma das ferramentas mais influentes para a gestão do conhecimento em enfermagem. Também as metodologias são importantes para o desenvolvimento destas competências, nomeadamente, aquelas que se centram na reflexão com supervisão e o “role-playing” - as metodologias reflexivas.

No curso de enfermagem, os conteúdos da aprendizagem devem conter referência a todas as dimensões das competências, pelo que devem apresentar conteúdos verbais, procedimentais e atitudinais (Carvalho, 2004). Estes conteúdos devem estar interrelacionados, pois não se consegue prestar cuidados aos utentes sem a presença destes três tipos de conteúdos, com maior ou menor peso de cada um deles, dependendo da situação. Os conteúdos verbais dizem respeito aos factos, conceitos e princípios de cada disciplina, portanto “os factos são simplesmente dados que os alunos devem memorizar, os conceitos

integram os factos requerendo também a compreensão e atribuição de sentido que advém da interpretação e relação com outros conhecimentos e experiências” (Carvalho, 2004: 90). Os conteúdos procedimentais dizem respeito ao saber-fazer incluído numa aprendizagem reflexiva integradora de conhecimentos (Carvalho, 2004). Estes conteúdos podem traduzir-se em procedimentos de destreza e procedimentos de natureza cognitiva, pois não basta saber-fazer, é importante saber relacionar o saber-fazer com o saber-saber. Um estudante de enfermagem, perante um utente, não pode pôr em prática apenas o saber-fazer, tem que ter sempre presente o saber-saber. A sua atuação no processo de cuidar baseia-se sempre no processo de enfermagem e este pressupõe uma atuação com uma metodologia de reflexão em várias etapas. Por fim e não menos importantes, temos os conteúdos atitudinais, que tal como refere Carvalho (2004: 96), “são de grande transversalidade ou generalidade e têm como objetivo desenvolver determinados valores, mais do que regular atitudes”. Este tipo de conteúdos tem um elemento cognitivo (conhecimento e crenças), um elemento afetivo (emoções e afeições) e um elemento condutal (atitudes e intenções).

A “articulação entre estes componentes é fundamental” (Carvalho, 2004: 97), pois trata-se de um processo formativo que tem uma componente prática muito grande e o contacto direto com pessoas é constante. Se este elemento não é conduzido adequadamente ao longo do percurso formativo, facilmente os estudantes, em prática clínica, podem invadir o espaço íntimo/privado da pessoa, sem que se apercebam conscientemente desse fato.

Os vários conteúdos estão presentes no processo de ensino-aprendizagem em enfermagem, no entanto verificámos na estrutura curricular consultada que os conteúdos atitudinais têm relevância diferente, consoante a escola em causa.

Anteriormente, já mencionámos que o desenvolvimento das competências relacionais, na maioria das situações fica renegado em função das competências instrumentais, no entanto tal como pudemos verificar nas competências dos enfermeiros de cuidados gerais definidas pela Ordem dos Enfermeiros, esta dimensão das competências está presente nos três domínios das competências. Passando à análise de cada domínio definido enquanto “uma esfera de ação compreendendo um conjunto de competências com linha condutora semelhante e um conjunto de elementos agregados” (Ordem dos Enfermeiros, 2012: 08) verificámos, que em cada um estão presentes critérios de competência relacionados com a temática em estudo. Relativamente aos estudantes, esta aprendizagem é resultante de um

processo que envolve o próprio estudante, o docente/orientador e o contexto onde decorre esse processo, ou seja a escola ou o local onde decorre a componente prática.

Nesta dimensão das competências, o local onde decorre a componente prática é de grande importância, pois esta sucede aos períodos teóricos onde são ministrados os conteúdos e é durante o ensino clínico, em contacto com o real, que se desenvolvem as competências, pois aqui não há apenas um relacionamento estudante-docente, mas um relacionamento onde estão envolvidos não só o estudante e o docente, mas toda uma equipa multidisciplinar e os próprios utentes e familiares, o que certamente provoca no estudante alguma ansiedade. Assim, “apesar dos conhecimentos teóricos, teórico-práticos e mesmo práticos que adquiriu em sala de aula ou em sala de técnica, tudo é novo para o aluno (...) um ensino clínico é feito com o contacto com pessoas, saudáveis ou doentes, mas certamente com uma envolvimento única” (Carvalho, 2004: 74), já que existe quase sempre alguma disparidade entre o que se estuda e o que se passa na realidade.

Tal como é ainda referido por Carvalho (2004), é necessário que a aprendizagem através da prática seja considerada. No curso de enfermagem verifica-se este pressuposto, no entanto “este facto por si só não é garantia do desenvolvimento de qualquer competência” (Carvalho, 2004: 66). É portanto necessário que durante o ensino clínico os estudantes tenham uma orientação pedagógica adequada que lhes permita através da reflexão das suas práticas o desenvolvimento das competências.

O planeamento de um ensino clínico é complexo e deve ter em atenção vários aspetos, nomeadamente o local onde este se realiza, o momento do curso em que ocorre, o tipo de acompanhamento científico-pedagógico e ainda os objetivos e os resultados da aprendizagem preconizados (Carvalho, 2004). Cada um destes aspetos deve ser muito bem ponderado e planeado, pois todos têm a sua importância no desenvolvimento de competências, nomeadamente das competências relacionais. Importa ter sempre presente que o ensino clínico tem sempre no topo o contato do estudante com o utente e esta particularidade é de fundamental importância no processo de cuidar. Dos aspetos referenciados anteriormente em termos de planeamento do ensino clínico, realço a importância do tipo de acompanhamento científico-pedagógico, pois este parece ser decisivo na forma como os estudantes desenvolvem as competências relacionais.

O tipo de acompanhamento científico-pedagógico dos estudantes durante o ensino clínico, tal como já referido anteriormente, tem sofrido também alterações de acordo com as

adaptações que o ensino da enfermagem tem sofrido, no entanto este tipo de “acompanhamento que os professores fazem aos seus alunos é motivo de reflexão” (Carvalho, 2004: 72). Nas escolas, passou-se de uma presença permanente do professor no local onde se realizava o ensino clínico, para um acompanhamento permanente pelos enfermeiros da clínica e onde os professores marcam presença através da orientação à distância e com presenças pontuais no contexto clínico. Nalgumas situações, no entanto, são ainda os professores que, nos primeiros ensinamentos clínicos, fazem um acompanhamento presencial permanente, diminuindo essa permanência com o avanço do curso.

Salienta-se, por fim, que todas as estratégias adotadas para o desenvolvimento de competências durante o percurso formativo são fundamentais para que os estudantes sejam preparados para conciliar todos os domínios das competências e prestar cuidados adaptados a cada utente em cada situação específica.

PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO

*A competência não é nem o saber isolado, nem somente a ação;
é um saber em atos, responsável e organizado em função de uma finalidade”.*

Phaneuf (2005: 4)

1 - METODOLOGIA

Para a realização de um trabalho de investigação é indispensável a utilização do método científico, sendo este, aquele que permite a aquisição de conhecimentos pretendidos pelo estudo, tal como é afirmado por Fortin (2009: 19) “a metodologia da investigação pressupõe ao mesmo tempo um processo racional e um conjunto de técnicas ou de meios que permitem realizar a investigação”. A investigação em educação em enfermagem, tem como fundamento mostrar algo que venha a trazer benefícios, ou então procura solucionar um problema concreto que se tenha detetado na formação dos enfermeiros (Sousa, 2009). Para isso é necessário traçar o caminho mais adequado para atingir os objetivos a que nos propomos.

O progresso científico obriga à necessidade de investigação como meio de apresentar novos saberes, progredir na educação e na prática profissional, contribuindo decisivamente para a melhoria da formação de enfermeiros. Tal como nos diz Sousa (2009) o problema a investigar surge devido à necessidade de esclarecer metodologias e técnicas educacionais relacionadas com as competências relacionais e a intimidade dos utentes.

No quadro concetual desenvolvemos o fenómeno em estudo desde o processo de cuidar em enfermagem, passando pela intimidade dos utentes, terminando com a evolução da aprendizagem dos estudantes de enfermagem. Procurou-se compreender como se processa a construção do conhecimento e da prática em enfermagem, em termos relacionais. No estudo empírico procuraremos descrever e compreender o fenómeno, de forma a construir conhecimento que possa ser utilizado por outros, pois a investigação na área da educação “não pode pretender apenas desenvolver um trabalho de investigação, mas terá necessariamente que mudar as práticas pela educação de todos os envolvidos no processo” (Carvalho, 2004: 153).

Nesta perspetiva, a metodologia utilizada pretende confrontar o material pesquisado com os dados recolhidos com o objetivo de criar conhecimento científico.

1.1 - TIPO DE ESTUDO

A definição do tipo de estudo a utilizar depende essencialmente da questão para a qual o estudo se dirige. Trata-se de um estudo descritivo – correlacional de abordagem quantitativa e qualitativa.

Um estudo descritivo - correlacional “visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes (...), é utilizado quando existe pouco ou nenhum conhecimento sobre um determinado assunto. O estudo descritivo tem como principal finalidade definir as características de uma população ou de um fenómeno. A investigação correlacional apoia-se nos estudos descritivos e visa estabelecer relações entre conceitos ou variáveis.” (Fortin, 2009: 34-35)

Optámos pela combinação simultânea de métodos de investigação de natureza quantitativa e qualitativa, “porque acontece que os tipos de conhecimento que eles permitem adquirir se completam” (Fortin, 2009: 34). Os métodos de natureza quantitativa são operacionalizados pela aplicação de um questionário e de uma escala, os métodos de natureza qualitativa irão ser operacionalizados pelas observações em meio natural e as entrevistas. No final procedeu-se a uma triangulação de métodos.

O questionário com perguntas abertas e fechadas, proposto aos estudantes teve por base, na sua construção, quer o quadro conceptual quer as questões de investigação formuladas assim como a escala utilizada, que foi concebida para estudantes. As suas respostas foram analisadas com recurso ao *Software IBM® SPSS® Statistic (Statistical Package for Social Sciences)* de onde se fez uma análise dedutiva. Para o tratamento dos dados obtidos através das questões abertas do questionário recorreu-se ao uso da técnica de análise de conteúdo com recurso ao *Software webQDA⁹ Software de Apoio à Análise Qualitativa versão 1.4.3.*

Determinados pelas questões de investigação e conduzidos pela revisão da literatura efetuada, o guião da entrevista semiestruturada pretendeu transportar para os entrevistados um papel mais de informantes do que de respondentes, ao promoverem a livre expressão de factos e opiniões na própria linguagem destes.

Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos entrevistados e as suas respostas analisadas com recurso ao *Software Alceste 2010 (Analyse Lexicale par Contexte*

⁹ www.webqda.com

d'un Ensemble de Segments de Texte), de análise de dados qualitativos, de forma a fazer uma análise de conteúdo imparcial. A análise de conteúdo efetuada foi construída conjugando um sistema de categorias identificadas pela revisão da literatura e a divisão/categorização efetuada pelo *Software*.

1.2 - AMOSTRA POPULACIONAL

Antes de definir a amostra importa precisar qual a nossa população, “conjunto de elementos que tem características comuns” (Fortin, 2009: 311). A população acessível, foram os estudantes da licenciatura em enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem integrada numa Universidade (A) e de uma Escola Superior de Saúde integrada num Instituto Politécnico (B). Cada uma das escolas apresenta objetivos precisos para a sua formação em enfermagem. Na escola A os objetivos¹⁰ definidos pela instituição são:

- Proporcionar ao formando as condições que permitam o desenvolvimento das competências necessárias à prestação de cuidados gerais a pessoas em qualquer momento do ciclo de vida e em qualquer contexto;
- Dotar o formando de capacidade crítica e reflexiva que lhe permita o desenvolvimento pessoal e profissional.

Na escola B os objetivos¹¹ são:

- Prestar cuidados de enfermagem de forma holística, individualizada, fomentando o autocuidado do indivíduo, família, grupos, em situação de crise evolutiva, de crise accidental (perturbação ou doença aguda ou crónica), de risco/oportunidade, de fim de vida, de doença aguda ou crónica, e em situações de urgência;
- Trabalhar em equipas multiprofissionais, interdisciplinares e intersectoriais visando a resposta às necessidades de saúde da população, aos três níveis de prevenção, nos diferentes contextos de trabalho;
- Gerir os cuidados de enfermagem com os indivíduos, famílias e grupos pelos quais é responsável;

¹⁰ Plano de estudos do curso de licenciatura em enfermagem da Escola Superior de Enfermagem S: João de Deus/Universidade de Évora (Portugal, 2008).

¹¹ De acordo com o documento “Curso de licenciatura em enfermagem: conceção do curso. Referências e documentos. Instituto Politécnico de Setúbal. Escola Superior de Saúde. (2007-2012).

- Assumir a responsabilidade pelos seus atos de acordo com os princípios deontológicos da profissão;
- Responsabilizar-se pela sua autoformação e colaborar na formação dos seus pares e outros técnicos;
- Gerir e adequar a sua prática profissional à evolução técnica e científica bem como às políticas sociais e de saúde;
- Colaborar na gestão do serviço/unidade onde insere a sua ação.

Definimos como critério de inclusão dos estudantes o ano de início da prática clínica, o que numa escola aconteceu logo no 1º ano enquanto na outra escola apenas se iniciou no 2º ano do curso. A opção por estas instituições de ensino deveu-se ao facto de apresentarem uma diferença no início dos ensinamentos clínicos e devido à acessibilidade geográfica por parte do investigador. A nossa população inclui ainda os docentes das referidas escolas, os quais estão “vivenciando o fenómeno” (LoBiondo-Wood & Haber, 2001: 124) em estudo e que aceitaram participar no mesmo.

A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo e deve ser representativa da mesma. A nossa amostra foi constituída por todos os estudantes de enfermagem das referidas escolas a partir do ano em que iniciam o primeiro ensino clínico. Em relação à amostra dos docentes, esta enquadra-se nos estudos qualitativos, nos quais se interroga um número limitado de pessoas e em que “o critério que determina o valor da amostra passa a ser a sua adequação aos objetivos da investigação, tomando como princípio a diversidade das pessoas interrogadas e garantindo que nenhuma situação importante fosse esquecida” (Albarelo, Digneffe, Hiernaux, Maroy, Ruquoy, Saint-Georges, 1997: 103).

O tipo de amostragem utilizado com os estudantes para a aplicação dos instrumentos (questionário, escala e observação), foi uma amostragem aleatória simples em que a partir da população definida foi retirada a amostra (LoBiondo-Wood & Haber, 2001).

Em relação à amostra do grupo de docentes de ambas as escolas, esta é uma amostragem não-probabilística por conveniência, ou seja foi o grupo de docente que estava acessível na altura em que foram efetuadas as entrevistas e que aceitou participar no estudo.

1.3 - VARIÁVEIS E QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Neste estudo foram definidas variáveis dependentes e independentes, uma vez que também se aplica no contexto dos estudos descritivos – correlacionais já que “este tipo de estudo permite determinar quais as variáveis associadas ao fenómeno estudado... As relações que forem descobertas entre as variáveis poderão servir para a formulação de hipóteses, as quais serão verificadas em estudos posteriores” (Fortin, 2009: 244). Segundo a mesma autora, “serão as questões de investigação que guiam o estudo e não as hipóteses” (Fortin, 2009: 244). As questões de investigação delineadas foram as seguintes:

Q 1 – Será que existe relação entre a capacidade de adaptação dos estudantes do CLE e as variáveis sociodemográficas?

Q 2 - Será que o início do ensino clínico influencia a aquisição das competências relacionais?

Q 3 - Será que o tipo de acompanhamento em ensino clínico influencia a aquisição e desenvolvimento de competências relacionais?

Q 4 - Como é que o estudante de enfermagem ao longo do CLE lida com a intimidade do utente?

Q 5 - Como é que os estudantes do CLE desenvolvem competências relacionadas com a preservação da intimidade/privacidade durante o processo de cuidar?

Q 6 – Quais as variáveis que são preditoras do desenvolvimento das dimensões das competências relacionais na preservação da intimidade do utente?

Q 7 – Qual a perceção dos docentes de enfermagem sobre a aquisição e desenvolvimentos de competências relacionais dos estudantes?

Q 8 - Qual a percepção dos docentes de enfermagem sobre a forma como os estudantes de enfermagem preservam a intimidade dos utentes?

Neste contexto, foram definidas as seguintes variáveis:

- ✓ **Variáveis Independentes** – são as que são independentes dos procedimentos da investigação e que o investigador recorrendo à sua manipulação pode observar os efeitos produzidos nas variáveis dependentes (Sousa, 2009). No nosso estudo foram para os estudantes: ano do curso; idade; sexo; escola a que pertence e habilitações literárias. Para os docentes, considerámos a idade, sexo, grau académico, categoria profissional, tempo na docência e escola a que pertencem.
- ✓ **Variáveis Dependentes** – são as que dependem dos procedimentos da investigação ou seja, aquelas que procuramos como resposta ao resultado obtido com os procedimentos da investigação (Sousa, 2009), neste estudo definimos: competências relacionais (competências genéricas, competências empáticas, competências de comunicação e competências de contacto) e a preservação da intimidade do utente.
- ✓ **Variável “tipo de orientação/acompanhamento”** – “é uma variável extrínseca, uma das mais importantes a ser considerada em investigação em educação, onde existirá sempre uma importante ação pessoal do professor” (Sousa, 2009: 62). No nosso estudo considerámos o tipo de orientação/acompanhamento em ensino clínico, pois esta variável poderia influenciar o desempenho dos estudantes relativamente às variáveis dependentes.

1.4 - INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A escolha do procedimento de colheita dos dados depende da categoria de investigação, do género do fenómeno ou de variável e dos instrumentos disponíveis (Fortin, 2009). No nosso estudo utilizámos a metodologia da triangulação em que fomos “observar o fenómeno de três (ou mais) pontos diferentes, por diferentes observadores e com diferentes instrumentos” (Sousa, 2009: 173).

Os instrumentos de recolha de dados foram um questionário de caracterização dos estudantes e do contexto clínico, um Inventário de Competências Relacionais de Ajuda

(ICRA), uma Grelha de Observação para os estudantes e de uma entrevista semiestruturada para os docentes.

A recolha dos dados aos estudantes foi realizada em dois momentos do curso. Assim, foi feita a recolha de dados através do questionário e do ICRA durante o período teórico e a recolha de dados através da grelha de observação durante o Ensino Clínico. As recolhas de dados foram feitas acordo com o quadro 3.

Quadro 3- Tempos da recolha de dados aos estudantes

Ano/Semestre		Instrumento
1º/2º/3º/4º Ano	1º Semestre	- Aplicação de um questionário de caracterização dos estudantes e do contexto clínico - Aplicação do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA)
	2º Semestre	- Observação no EC
Final do curso (última reunião realizada na escola)		- Aplicação do Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA)

Fonte: própria

O questionário foi construído com o objetivo de nos oferecer uma caracterização pessoal do estudante, de caracterizar a sua situação sócio demográfica e o contexto clínico. É constituído por 13 questões abertas e fechadas (Apêndice A).

Outro dos instrumentos de recolha de dados que utilizámos é o Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA), de Ferreira, Tavares e Duarte (2006: 58) que é um instrumento de autorresposta que visa avaliar a aquisição de competências relacionais dos estudantes do CLE na preservação da intimidade no processo de cuidar (Anexo B). Foi solicitada autorização à primeira autora para a utilização do ICRA, através de correio eletrónico sendo a resposta positiva (Apêndice B).

O terceiro instrumento de recolha dos dados foi a observação em meio natural, ou seja, durante o ensino clínico dos estudantes. A utilização da observação “consiste em recolher dados por meio da observação e constitui frequentemente o meio privilegiado de medir comportamentos humanos ou acontecimentos” (Fortin, 2009: 371). A observação em educação visa essencialmente pesquisar problemas, procurar respostas para questões que surgem e ainda para ajudar na compreensão do processo pedagógico (Sousa, 2009).

A observação durante o ensino clínico foi efetuada de forma estruturada ou sistemática, mediante uma grelha de observação, a qual foi construída partindo do Instrumento de Identificação de Comportamentos de Cuidados (ICC). Este instrumento de observação foi construído por Bobroff (2003) para ser utilizado pelo professor no acompanhamento de estudantes em ensino clínico (Anexo C). Foi contactada a autora, via correio eletrónico, para solicitar a sua autorização, a qual foi positiva (Apêndice B). A observação foi não-participante, uma vez que o investigador teve apenas um papel de “espectador isento, presenciando os factos mas sem participar nem se deixar envolver por eles (Sousa, 2009: 113).

Através da observação pode-se recolher muito material identificativo do processo ensino-aprendizagem que o estudante está a experienciar, nomeadamente, como gere o processo de cuidados e a sua relação com o utente, pois cuidar “engloba sempre duas dimensões: a técnico-instrumental e a afetivo-expressiva, as quais estão sempre presentes no momento de cuidar, embora nem sempre com o mesmo grau de intensidade” (Bobroff, 2003: 119). Apesar das duas dimensões serem indissociáveis, neste estudo limitamo-nos à observação da dimensão afetivo-expressiva, na relação estudante-utente, no processo de cuidar.

A entrevista pode ser definida como uma reunião entre duas pessoas, com o objetivo de que uma delas consiga esclarecimentos a respeito de determinada matéria (Marconi & Lakatos, 1990), ou seja são um método de colheita de dados em que o entrevistador faz perguntas verbais ao sujeito da pesquisa (LoBiondo-Wood & Haber, 2001). A entrevista é um importante instrumento de pesquisa muito utilizada em ciências sociais e humanas, tendo diversas vantagens, nomeadamente poder-se obter dados que não se encontram noutra fontes.

O guião da entrevista semiestruturada, foi construído tendo por base uma análise sumária dos outros instrumentos, dos objetivos da investigação, assim como a pesquisa bibliográfica efetuada. O guião de entrevista está orientado por dimensões e objetivos. Para cada dimensão foi definido um objetivo e para cada objetivo várias perguntas associadas sequencialmente (Apêndice C). A utilização de um guião de entrevista serviu de orientação para o desenvolvimento da entrevista, permitindo assim que todos os participantes respondessem às mesmas perguntas, permitindo ainda um tratamento de dados mais sistematizado, o que torna mais objetivas as conclusões do estudo (Sousa, 2009).

Todas as entrevistas foram realizadas pela investigadora, tendo sido gravadas em suporte áudio, mediante autorização aos participantes. As entrevistas realizadas na Escola A, foram efetuadas nos gabinetes de cada docente, tendo como objetivo manter o contexto e ambiente que lhe são familiares e proporcionar privacidade e conforto. Na Escola B foram realizadas num espaço de práticas laboratoriais, por ser um local espaçoso e arejado mas também acolhedor e agradável. Em ambos os locais a entrevistadora e os participantes ficaram frente a frente, existindo entre ambos a secretária de trabalho. Foi sempre dado o espaço suficiente de forma a não entrar demasiado na zona pessoal do participante, ficando apenas na zona social entre os dois intervenientes (Pierson, 2003). Em ambos os locais procuramos garantir a privacidade, o conforto e a serenidade indispensáveis, promovendo assim a atmosfera pretendida.

1.5 – PRÉ- TESTE

Organizados os instrumentos de investigação, a conduta que normalmente é seguida para indagar a sua validade é o pré-teste, o qual consiste em testar os instrumentos da pesquisa sobre uma pequena parte da amostra, antes de ser aplicado definitivamente e garantir resultados isentos de erros (Marconi & Lakatos, 1990).

Após a elaboração do questionário a ser utilizado pelos estudantes foi submetido a um pré-teste, assim como o guião das entrevistas a realizar aos docentes. O questionário foi aplicado a 10 estudantes do 2º, 3º e 4º ano da escola (A), por serem os que estavam acessíveis e terem as características idênticas às da nossa amostra. No que diz respeito ao guião da entrevista, foi realizada uma entrevista, também a um docente da escola (A), pelos mesmos motivos. Em ambas as situações tentámos aferir o tempo de duração da entrevista, a clareza e a facilidade de compreensão dos instrumentos, assim como a inutilidade ou incompreensão de alguma questão.

Após a análise do pré-teste, verificámos que cumpriu os objetivos definidos. No questionário apenas se realizaram alguns ajustes na forma, pois inicialmente ocupava três páginas, passando a ocupar apenas uma página o que facilita em termos económicos e também a perceção de não ser muito extenso, única referência relatada pelos participantes.

Em relação ao guião das entrevistas, apenas suprimimos a pergunta “qual a sua situação profissional”, que se tornava repetitiva com a pergunta “qual a sua categoria profissional”.

1.6 – PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS E ASPETOS ÉTICOS

Para a recolha de dados foram realizados vários procedimentos de forma a cumprir a componente ética e legal da pesquisa em enfermagem com seres humanos. Inicialmente foi pedido um parecer à Comissão de Ética de Saúde e Bem-estar da Universidade de Évora, o qual foi positivo para a realização do trabalho (Anexo D). De seguida foi feito o pedido individual ao diretor da escola A e à diretora da escola B tendo sido autorizada a realização do estudo em ambas as escolas (Anexo E). Como a observação em meio natural ocorreu em instituições de saúde, foi também realizado o pedido ao conselho de administração de cada instituição onde ocorreu a observação dos estudantes durante o ensino clínico, o qual também mereceu parecer positivo das respetivas entidades.

Em relação aos participantes, foi pedido o consentimento informado para a sua participação no estudo (Apêndice D), o qual informava a cerca do estudo, dos seus objetivos e âmbito, salvaguardando sempre o anonimato, a confidencialidade e o abandono do estudo em qualquer etapa, sem qualquer dano para o envolvido. Após estes procedimentos ético-legais, foi realizada a recolha de dados.

1.7 – VALIDADE E CONFIABILIDADE DO INVENTÁRIO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DE AJUDA (ICRA)

Em termos de validade do instrumento utilizado (ICRA), esta foi assegurada, pois o instrumento foi concebido para ser aplicado em estudantes de enfermagem e, no nosso estudo, a amostra utilizada para validação do ICRA foi constituída por 224 estudantes de enfermagem do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) de duas escolas Públicas, uma Escola Superior de Enfermagem integrada numa Universidade (A) e de uma Escola Superior de Saúde integrada num Instituto Politécnico (B). O critério de inclusão na amostra foi o ano em que iniciavam o primeiro ensino clínico, o que numa escola aconteceu logo no 1º ano

enquanto na outra escola apenas ocorreu no 2º ano do curso. O ICRA, assim como o questionário de caracterização da amostra, foram aplicados durante o período letivo em cada escola superior de enfermagem.

ESTUDO PSICOMÉTRICO DO ICRA

Um instrumento de colheita de dados deve ter sempre avaliadas as qualidades psicométricas, para isso necessitamos de efetuar estudos de fiabilidade e validade, que, no seu conjunto, nos indicam o grau de generalização que os resultados poderão alcançar (Ferreira et al, 2006).

Para validarmos a fidelidade ou precisão da investigação fomos calcular a consistência interna dos resultados obtidos. Refira-se que a “fiabilidade de uma medida refere a capacidade desta ser consistente” (Marôco e Garcia-Marques, 2006: 66).

A confiabilidade de um instrumento de pesquisa “é definida como a medida em que o instrumento produz os mesmos resultados sobre medidas repetidas” (LoBiondo-Wood & Haber, 2001: 192) ou seja, diz respeito à estabilidade, equivalência e homogeneidade dos dados.

Para validarmos a confiabilidade ou precisão da investigação fomos calcular a consistência interna dos resultados obtidos e que é definida como “a proporção da variabilidade nas respostas que resulta de diferenças nos inquiridos” (Pestana e Gageiro, 2000: 414).

Para o estudo da homogeneidade dos itens foi realizado o cálculo do *Alpha de Cronbach* que “é uma das medidas mais usadas para verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens) (...) varia entre 0 e 1. Considera-se como indicador de boa consistência interna ser superior a 0,8” (Pestana e Gageiro, 2000: 415) através de dois passos:

- Determinação do coeficiente de *Alpha de Cronbach*;
- Determinação do coeficiente de *Alpha de Cronbach* para os diferentes itens.

Na nossa amostra o *Alpha de Cronbach* para a escala aplicada é de 0,930, pelo que podemos afirmar que estamos perante uma boa consistência interna, o que vai de encontro ao que autores obtiveram através do método das metades – *Split-half* (Ferreira, Tavares e Duarte, 2006). Para sabermos o efeito de cada item na consistência interna da escala, calculamos o *Alpha de Cronbach* (se item excluído) e verificámos que eliminando qualquer um dos itens, o valor do *Alpha de Cronbach* iria variar entre 0,928 e 0,932. Assim,

concluimos que todos os itens são importantes para a homogeneidade global do ICRA (Quadro 4).

Quadro 4 - Relações entre cada item e as competências relacionais de ajuda

ITEM	Escala média (se item excluído)	Alpha de Cronbach (se item excluído)
2	264,29	,929
3	263,78	,930
4	263,67	,929
5	263,97	,930
7	263,41	,930
13	263,97	,929
14	263,64	,929
17	264,43	,930
20	264,38	,929
21	264,39	,929
23	264,29	,929
24	264,77	,929
25	264,98	,929
26	265,68	,930
27	264,71	,931
28	263,97	,929
29	265,74	,932
30	265,44	,930
34	263,63	,929
37	264,53	,929
38	264,41	,929
39	264,09	,929
40	264,53	,928
41	264,57	,929
42	263,67	,929
44	264,05	,929
46	263,99	,929
47	264,40	,930
51	264,85	,929
52	264,77	,929
53	264,39	,928
54	264,19	,928
55	264,44	,928
56	264,02	,928
57	263,95	,928
58	264,07	,928
64	265,73	,931

66	264,58	,928
72	264,59	,929
73	264,77	,929
78	264,48	,929
80	264,31	,929
82	264,29	,929
83	264,46	,928
84	264,46	,928
85	264,56	,928
86	265,17	,930
87	264,53	,928
88	264,77	,929
89	264,25	,929
90	263,82	,929

Fonte: SPSS

Podemos dizer que a escala apresenta elevada consistência interna, mantendo assim as qualidades globais na nossa amostra.

Passamos de seguida à análise fatorial “que possibilita organizar a maneira como os sujeitos interpretam as coisas, indicando as que estão relacionadas entre si e as que não estão (...) permitindo certificar a validade das questões que integram a escala” (Pestana & Gageiro, 2000: 389-412). Realizámos o teste *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO), “que varia entre zero e um, e compara as correlações simples com as parciais observadas entre as variáveis” (Pestana & Gageiro, 2000: 397), o qual apresentou um valor $KMO=0,80$ para esta amostra, valor que considera a análise fatorial boa, admitindo a continuação dessa mesma análise (quadro 5).

Quadro 5 - Teste Kaiser-Meyer-Olkin e Teste Bartlett's

Teste	Valores	
Kaiser-Meyer-Olkin Medida de adequação da amostra	,798	
Teste de esfericidade de Bartlett	Aprox. Chi-Square	380,691
	df	6
	Sig.	,000

Fonte: SPSS

Os itens do ICRA foram divididos em quatro dimensões temáticas pelos autores, conforme quadro 6.

Quadro 6 - Distribuição dos itens do ICRA pelas dimensões temáticas

Dimensões temáticas	Itens
Competências genéricas	# 20 Itens (2, 3, 4, 5, 7, 13, 14, 17, 20, 34, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 44, 46, 72, 78)
Competências empáticas	# 13 Itens (64, 66, 73, 80, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90)
Competências de comunicação	# 9 Itens (47, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58)
Competências de contacto	# 9 Itens (21, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30)
Total	51 Itens

Fonte: Ferreira, Tavares & Duarte (2006: 60)

Continuamos o estudo psicométrico do instrumento, verificando também a matriz das correlações para cada subescala, “a qual mede a associação linear entre as variáveis através do coeficiente de correlação de *Pearson*” (Pestana e Gageiro, 2000: 396). As correlações correspondentes foram moderadas (0,47 a 0,68) e significativas entre as dimensões (quadro 7). O teste de esfericidade de *Bartlett* tem associado um nível de significância de 0,000, mostrando que existe correlação significativa entre as variáveis (quadro 5).

Quadro 7 - Matriz das correlações

		Competências genéricas	Competências empáticas	Competências de comunicação	Competências de contacto
Correlações	Competências genéricas	1,000	,650	,676	,625
	Competências empáticas	,650	1,000	,605	,600
	Competências de comunicação	,676	,605	1,000	,474
	Competências de contacto	,625	,600	,474	1,000
Sig. (1-tailed)	Competências genéricas		,000	,000	,000
	Competências empáticas	,000		,000	,000
	Competências de comunicação	,000	,000		,000
	Competências de contacto	,000	,000	,000	

Fonte: SPSS

De acordo com os dados anteriores, continuámos a análise fatorial e procedemos de seguida à análise fatorial exploratória, que “trata da relação entre variáveis” (Pestana e Gageiro, 2000: 389) e decompõe a variância das variáveis analisáveis em duas partes, uma que é necessária aos fatores comuns e a outra que é necessária aos fatores únicos. A primeira que verificámos é denominada por comunalidade da variável, “que é a variância total da variável explicada pelos fatores comuns” (Pestana e Gageiro, 2000: 391). Neste estudo

verificámos que as comunalidades iniciais foram de 1, existindo tantas componentes principais quantas as variáveis. Após a extração, variam entre 0 e 1. A percentagem da variância de cada variável explicada pelos fatores comuns extraídos é superior a 50% para todas as variáveis (quadro 8) o que quer dizer que “todas as variáveis tem uma forte relação com o fator retido” (Pestana e Gageiro, 2000: 398). Ou seja, estes valores indicam “a quantidade de variância de uma variável que é partilhada pelo menos com outra variável do conjunto” (Pestana e Gageiro, 2000: 391).

Quadro 8 - Comunalidades

	Inicial	Extração
1 - Competências genéricas	1,000	,781
2 - Competências empáticas	1,000	,726
3 - Competências de comunicação	1,000	,673
4 - Competências de contacto	1,000	,638
Método de extração: Análise de Componentes Principais.		

Fonte: SPSS

De acordo com a regra de retenção dos fatores com valores próprios superiores a 1, foi retido um fator, o que é confirmado pelo *Scree Plot* que explica cerca de 70% da variabilidade total (Figura 7), ou seja é o que corresponde à maior inclinação da reta.

Figura 7 - Gráfico Scree Plot



Fonte: SPSS

Na análise do quadro 9, verificamos que há um valor próprio (*eigenvalues*) maior que 1. Podemos reter esse fator pelo critério de *Kaiser*, o qual é corroborado como vimos, pelo gráfico da figura 7.

Quadro 9 - Variância total explicada

Fatores	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings		
	Total	% da variância	%Cumulativa	Total	% da variância	%Cumulativa
1	2,819	70,463	70,463	2,819	70,463	70,463
2	,529	13,234	83,697			
3	,369	9,219	92,916			
4	,283	7,084	100,000			

Método de extração: Análise de Componentes Principais

Fonte: SPSS

No quadro 9 é ainda apresentada a percentagem explicada por cada fator do ICRA antes e após a rotação, enquanto a variância total explicada pelo fator retido (70,463%) não varia com a rotação. Verificámos que esse fator (competências genéricas) explica 70% da variância total das 4 variáveis. O fator 2 (competências empáticas) explica 13% da variância total e o fator 3 (competências de comunicação) explica 9% da variância total. Por fim o fator 4 (competências de contacto) apresenta uma variância explicada de 7%.

Fazendo uma análise do quadro 10, podemos observar que o nível de competências adquiridas pode variar em média 5,288 com um máximo de 6,29 e um mínimo de 3,96. A variância média do ICRA é de 1,497. Verifica-se assim que existe uma correlação alta entre os itens com uma variação de (0,851), no entanto a sua média apresenta uma associação baixa (0,228).

Quadro 10 - Resumo das estatísticas do ICRA

	Media	Mínimo	Máximo	Varição	Máxima / Mínima	Varição	N de Itens
Medias dos Item	5,288	3,962	6,288	2,327	1,587	,273	51
Variações de item	1,497	,564	3,573	3,010	6,339	,454	51
Correlações Inter-item	,228	-,072	,779	,851	-10,826	,013	51

Fonte: SPSS

Avaliámos também a correlação entre cada um dos itens com os restantes (*Corrected Item-Total Correlation*) e a maior correlação observada é moderada (0,656), ocorrendo entre

o item 84 e os restantes. A menor correlação (0,264 - baixa) verifica-se entre o item 29 e os restantes.

A *Squared Multiple Correlation* indica a percentagem de variação nas respostas de um item que é explicado pelos restantes. Podemos observar que 73,5% da variabilidade observada no item 40 pode ser explicada pelos outros itens.

Sendo o instrumento uma escala de medida, além dos procedimentos realizados pela análise fatorial, vamos realizar a “verificação da consistência interna de cada fator e criação de índices” (Pestana & Gageiro, 2000: 412). Para esta análise tivemos em conta as “características de cada item quanto à sua média e desvio padrão, assim como a correlação dos itens que integram o fator” (Pestana & Gageiro, 2000: 416).

As dimensões do ICRA foram analisadas separadamente e na dimensão Competências genéricas (quadro 11), o *Alpha de Cronbach* é 0,863, revelando boa consistência interna. Podemos ainda observar que o nível de competências genéricas adquiridas pode variar em média 5,6 com um máximo de 6,3 e um mínimo de 5,1, sendo a variância média de 1,166. A correlação entre os itens pode variar entre 0,042 e 0,607 ou seja, varia de uma associação muito baixa a uma associação moderada, mas em média verifica-se uma associação baixa (0,251).

Quadro 11 - Resumo das estatísticas do item - Competências genéricas

	Media	Mínimo	Máximo	Varição	Máxima / Mínima	Varição	N de Itens
Medias dos Item	5,600	5,110	6,303	1,193	1,233	,138	20
Variações de item	1,166	,562	1,922	1,360	3,418	,140	20
Covariâncias Inter-item	,280	,058	,789	,731	13,627	,013	20
Correlações Inter-item	,251	,042	,607	,565	14,521	,010	20

Fonte: SPSS

Na análise das Competências empáticas (quadro 12), verificámos que o *Alpha de Cronbach* (0,835) também nos mostra que há uma boa consistência interna entre os itens desta dimensão. Nesta dimensão observa-se que a média de competências pode variar em média 5,1 com um máximo de 5,9 e um mínimo de 3,9. A correlação entre os itens pode variar entre 0,024 e 0,664, o que significa que varia de uma associação muito baixa a uma associação moderada, mas em média verifica-se uma associação baixa (0,303).

Quadro 12 - Resumo das estatísticas do item - Competências empáticas

	Media	Mínimo	Máximo	Varição	Máxima / Mínima	Varição	N de Itens
Medias dos Item	5,095	3,936	5,853	1,917	1,487	,219	13
Variações de item	1,556	,955	2,868	1,914	3,005	,349	13
Covariâncias Inter-item	,436	,041	,919	,877	22,283	,024	13
Correlações Inter-item	,303	,024	,664	,640	27,631	,014	13

Fonte: SPSS

No que se refere à análise da dimensão das Competências de comunicação (quadro 13) podemos verificar que o *Alpha de Cronbach* (0,839) também nos mostra que há uma boa consistência interna entre os itens desta dimensão. Verifica-se nesta dimensão que a média de competências pode variar em média 5,35 com um máximo de 5,75 e um mínimo de 4,85. A correlação entre os itens pode variar entre 0,089 e 0,774. Embora estejamos perante uma variação entre uma associação muito baixa e uma associação alta, em média verifica-se uma associação baixa (0,390).

Quadro 13 - Resumo das estatísticas do item - Competências de comunicação

	Media	Mínimo	Máximo	Varição	Máxima / Mínima	Varição	N de Itens
Medias dos Item	5,348	4,854	5,749	,895	1,184	,103	9
Variações de item	1,374	,994	2,254	1,260	2,267	,196	9
Covariâncias Inter-item	,504	,123	1,375	1,252	11,164	,042	9
Correlações Inter-item	,390	,089	,774	,685	8,681	,026	9

Fonte: SPSS

Na análise da última dimensão do ICRA, a dimensão das Competências de contacto (quadro 14), verificámos que o *Alpha de Cronbach* é 0,708, o que nos mostra que há boa consistência interna entre os itens desta dimensão das competências, embora menor que os valores obtidos nas anteriores.

Na análise desta dimensão podemos ver que a média de competências pode variar em média 4,81 com um máximo de 5,72 e um mínimo de 3,94. A correlação entre os itens pode variar entre 0,044 e 0,753 ou seja, varia de uma associação muito baixa a uma associação alta, mas em média verifica-se uma associação baixa (0,220).

Quadro 14 - Resumo das estatísticas do item - Competências de contacto

	Media	Mínimo	Máximo	Variação	Máxima / Mínima	Variação	N de Itens
Medias dos Item	4,809	3,941	5,717	1,776	1,451	,399	9
Variações de item	2,329	1,122	3,607	2,484	3,213	,688	9
Covariâncias Inter-item	,494	,107	2,509	2,402	23,444	,174	9
Correlações Inter-item	,220	,044	,753	,709	17,091	,021	9

Fonte: SPSS

Após a análise de cada dimensão podemos concluir que as correlações em média apresentam uma associação baixa e estatisticamente significativa, entre os itens de cada dimensão do ICRA o que vai de encontro com a correlação do ICRA global e que segundo os autores é sinal de uma boa validade do Inventário.

Analogamente ao estudo da escala por dimensões, verificámos que apresentam boa consistência interna, tal como se pode ver no quadro 15.

Quadro 15 - Consistência interna do ICRA

ICRA	Alpha de Cronbach
Competências genéricas	0,863
Competências empáticas	0,835
Competências de comunicação	0,839
Competências de contacto	0,708
Escala Total (ICRA)	0,930

Fonte: própria

Foi realizada ainda correlação de *Pearson* entre os diversos itens e verificámos que existem correlações moderadas, como se pode verificar no quadro 16, com diferenças estatisticamente significativas, “indicando que os fatores são sensíveis a aspetos diferentes do mesmo constructo” (Melo, Silva, Parreira & Ferreira, 2011: 1393).

Quadro 16 - Correlação de Pearson entre os vários itens do ICRA

		Competências genéricas	Competências empáticas	Competências de comunicação	Competências de contacto
Competências genéricas	Correlação de Pearson	1	,661**	,675**	,598**
	Significância (2-tailed)		,000	,000	,000
Competências empáticas	Correlação de Pearson	,661**	1	,598**	,599**
	Significância (2-tailed)	,000		,000	,000
Competências de comunicação	Correlação de Pearson	,675**	,598**	1	,485**
	Significância (2-tailed)	,000	,000		,000
Competências de contacto	Correlação de Pearson	,598**	,599**	,485**	1
	Significância (2-tailed)	,000	,000	,000	
**. Correlação é significativa ao nível de 0,01 (2-tailed).					

Fonte: SPSS

Importa igualmente verificar a normalidade da distribuição da variável dependente (competências relacionais), a qual foi calculada através do teste de *Kolmogorov-Smirnov*. De acordo com o quadro 17 verificou-se que segue uma distribuição normal com $p > 0,05$. Tal como se pode verificar no referido quadro, calculámos também o nível de distribuição para cada dimensão da variável dependente, o que nos leva a concluir que também as várias dimensões da variável seguem uma distribuição normal com valores elevados na significância $p > 0,05$, exceto a dimensão das competências de comunicação e de contacto que não seguem uma distribuição normal, na escola A.

Quadro 17 - Teste One-Sample Kolmogorov-Smirnov

ICRA	Escola	Kolmogorov-Smirnov ^a		
		Estatística	df	Significância
Competências genéricas	Escola A	,086	102	,062
	Escola B	,056	106	,200*
Competências empáticas	Escola A	,085	102	,069
	Escola B	,076	106	,150
Competências de comunicação	Escola A	,096	102	,022
	Escola B	,082	106	,077
Competências de contacto	Escola A	,093	102	,029
	Escola B	,075	106	,172
Escala Total	Escola A	,057	102	,200*
	Escola B	,057	106	,200*
a. Lilliefors Significado Correção				
*. Este é um limite inferior do verdadeiro significado				

Fonte: SPSS

Foi também necessário verificar se as variâncias da variável dependente eram idênticas nos grupos estudados. Para “testar a homogeneidades das variâncias o teste de *Levene* é um dos mais potentes” (Marôco, 2011: 185). Após o cálculo do teste de *Levene*, verificámos que as variâncias populacionais estimadas a partir das duas amostras de estudantes são homogêneas, tal como se pode verificar no quadro 18. Este resultado baseou-se na Mediana, visto que a variável dependente não segue uma distribuição normal em todas as dimensões em estudo (Marôco, 2011). Concluímos que os valores do teste de *Levene*, com base na mediana ajustada, apresentam valores de $p\text{-value} \geq 0,05$.

Quadro 18 - Teste de homogeneidade e de variância

ICRA		Levene estatística	df1	df2	Significância
Competências genéricas	Baseado na média	,002	1	206	,969
	Baseado na Mediana	,000	1	206	,989
	Com base na mediana e com df ajustado	,000	1	205,600	,989
	Com base na média aparada	,002	1	206	,968
Competências empáticas	Baseado na média	,096	1	206	,757
	Baseado na Mediana	,060	1	206	,806
	Com base na mediana e com df ajustado	,060	1	203,712	,806
	Com base na média aparada	,092	1	206	,762
Competências de comunicação	Baseado na média	2,128	1	206	,146
	Baseado na Mediana	2,217	1	206	,138
	Com base na mediana e com df ajustado	2,217	1	204,090	,138
	Com base na média aparada	2,135	1	206	,145
Competências de contacto	Baseado na média	,094	1	206	,759
	Baseado na Mediana	,085	1	206	,771
	Com base na mediana e com df ajustado	,085	1	199,734	,771
	Com base na média aparada	,088	1	206	,768
Escala Total	Baseado na média	,281	1	206	,597
	Baseado na Mediana	,279	1	206	,598
	Com base na mediana e com df ajustado	,279	1	205,982	,598
	Com base na média aparada	,293	1	206	,589

Fonte: SPSS

Verificámos que o estudo psicométrico do ICRA na nossa amostra, revelou uma validade e homogeneidade idênticas aos resultados dos autores do ICRA, o que nos dá segurança e exatidão na informação que podemos extrair da sua aplicação. Os dados recolhidos seguem uma distribuição normal, exceto a dimensão das competências de comunicação e de contacto na Escola A, apresentando no entanto uma variância homogênea entre as duas amostras de estudantes.

No próximo capítulo apresentamos o tratamento e análise dos dados recolhidos.

2 - ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados é uma das etapas importantes de um estudo de investigação, pois permite conceder interpretação aos dados colhidos pelo investigador. O tratamento dos dados obtidos através do questionário, do ICRA e da Grelha de observação foi realizado informaticamente, utilizando o *Software IBM® SPSS® Statistic*, versão 18 e 20.

Foram construídas as bases de dados para cada instrumento e introduzidos os dados. Recorreu-se à estatística descritiva [frequências absolutas e percentuais, medidas de tendência central (média, moda) e medidas de dispersão (desvio padrão, variância)] e a estatística inferencial onde foram aplicados testes paramétricos (análise de variância ANOVA, correlação de *Pearson*, correlação de *Spearman* e testes de significância, ...). Todos os testes foram aplicados ao nível de significância de 5% ($p < 0,05$ – significativo e $p > 0,05$ – não significativo).

Para o tratamento dos dados obtidos através das questões abertas do questionário recorreu-se ao uso da técnica de análise de conteúdo com recurso ao *Software webQDA*¹² - *Software de Apoio à Análise Qualitativa versão 1.4.3*. Este *Software* foi desenvolvido em parceria, entre a empresa Esfera Crítica e o Centro de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF) do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro. Trata dados não numéricos e não estruturados (texto, imagem, vídeo, áudio) em análise qualitativa, que podem ser utilizados por vários investigadores, num ambiente de trabalho colaborativo e distribuído como a internet pode oferecer.

Para a análise das entrevistas recorreremos ao *Software Alceste (Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte)* 2010, versão Windows, desenvolvido por Max Reinert em França na década de 80 e que foi introduzido no Brasil por Camargo em 1998.

O Alceste é um *software* de “análise de dados textuais, parte importante da análise de conteúdo, utiliza a linguagem escrita ou transcrita” (Camargo, 2005: 511), o qual permite

¹² www.webqda.com

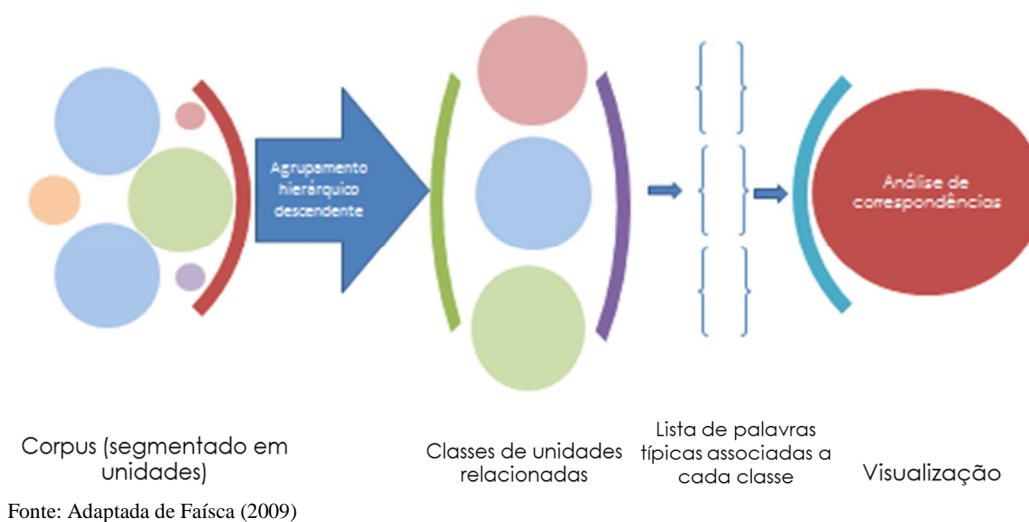
realizar de maneira automática a análise de entrevistas com o objetivo de quantificar um texto para extrair as estruturas mais significativas. Atualmente, é usado nas ciências humanas e sociais, para analisar textos que preservam a qualidade dos fenômenos estudados. Algumas das vantagens do recurso a este *software* (Faísca, 2009), são:

- Rigor na categorização;
- Imunidade a “contaminações” subjetivas;
- Imunidade a problemas relacionados com o volume do texto ou com as limitações de tempo e consequentes inconsistências;
- Processa texto “em bruto”;
- Permite análise automática (sem interferência humana);
- Baseia-se na informação lexical;
- Análise “cega” ao significado mas significativa.

Este *software*, “utiliza uma classificação hierárquica descendente, permite uma análise lexicográfica do material textual, oferece contextos (classes lexicais) que são caracterizadas pelo seu vocabulário e pelos segmentos de texto” (Camargo, 2005: 512).

A análise textual efetuada pelo *Alceste*, segue determinados passos, que estão descritos na figura 8.

Figura 8 - Análise textual efetuada pelo *ALCESTE*



Passamos de seguida a análise de dados interpretando-os para a sua redação e divulgação, segundo a orientação de Sousa (2009: 375), o qual cita Good e Hatt (1969) que refere que o objetivo da investigação consiste em “dar às pessoas interessadas o resultado

completo do estudo, com pormenores suficientes e dispostos de modo a permitir que o leitor compreenda os dados e determine para si a validade das conclusões”.

2.1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA DE ESTUDANTES

A amostra foi constituída por 299 estudantes de enfermagem do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) de duas escolas Públicas, uma Escola Superior de Enfermagem integrada numa Universidade (A) e de uma Escola Superior de Saúde integrada num Instituto Politécnico (B).

Em termos de local de recolha de dados, verificámos que 48,5% pertence à escola A e 51,5% pertence à escola B.

Dos 299 estudantes incluídos no estudo 11,4 % frequentavam o 1º ano, 22,4 % frequentavam o 2º, a mesma percentagem frequentava o 3º ano e 18,7 % dos estudantes frequentava o 4º ano do CLE e ainda 25,1% são estudantes finalistas do CLE¹³ (quadro 19).

A maioria dos estudantes é do sexo feminino com 86,3% e apenas 13,7% do sexo masculino, o que encontra a sua justificação no facto de a enfermagem ser ainda uma profissão maioritariamente feminina (quadro 19). De acordo com dados de 2012 da Ordem dos Enfermeiros, existiam em Portugal 65.467 enfermeiros em que destes 53.301 (81,4%) eram do sexo feminino e 12.166 (18,6%) eram do sexo masculino. Justifica-se também pelo facto de ainda haver uma percentagem de mulheres superior à percentagem de homens, matriculadas no ensino superior, a nível de Portugal (53,3%) em 2010, a nível europeu não existem dados disponíveis referente a 2010, mas referente a 1998 essa tendência era idêntica tanto a nível nacional como europeu (Pordata, 2012a). Verificámos também que por área de educação é o sexo feminino que está maioritariamente inscrito na área da Saúde e Proteção Social (77,4%), logo a seguir à área da educação (82,8%) em 2010, a nível europeu apenas são disponibilizados dados referentes a 1998 sendo que esta tendência se mantinha (Pordata, 2012b).

¹³ Dados colhidos aos estudantes na última reunião realizada em cada escola no final do curso.

Em termos da naturalidade verificou-se que 16 % dos estudantes são naturais de Évora, 13,7 % são naturais de Lisboa e 12,6 % são naturais de Setúbal, os restantes 57,7% da amostra são naturais, na sua maioria, de concelhos limítrofes ao local de implantação das referidas Escolas. Verificou-se ainda que 98,6% dos estudantes são de nacionalidade Portuguesa e apenas 1,4% dos estudantes referem ter outra nacionalidade, nomeadamente Brasileira e Angolana (quadro 19).

Quadro 19 - Características sociodemográficas dos inquiridos (n=299)

Variáveis	n	%
Ano		
1º Ano	34	11,4
2º Ano	67	22,4
3º Ano	67	22,4
4º Ano	56	18,7
Finalistas	75	25,1
Sexo		
Feminino	258	86,3
Masculino	41	13,7
Idade		
<19	47	15,7
20-29	232	77,6
30-39	19	6,4
Estado Civil		
Solteiro	279	93,9
Casado	8	2,7
Divorciado/Separado	2	0,7
União de Facto	7	2,4

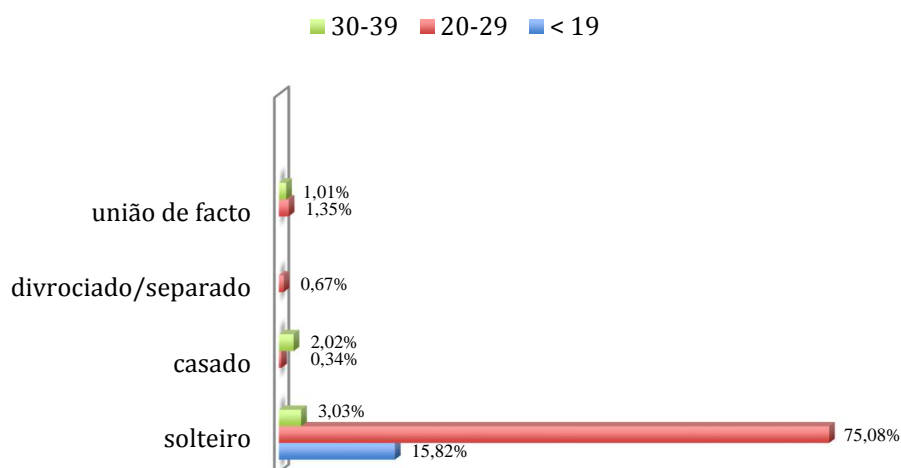
Fonte: SPSS

Relativamente à variável idade dos estudantes, esta encontra-se entre os <19 e os 39 anos, situando-se a maioria no intervalo dos 20-29 anos com 77,6%, seguido do intervalo dos <19 anos com 15,7% e apenas 6,4% no intervalo dos 30-39 anos. Este último intervalo de idades deve-se à nova modalidade de entrada de estudantes no ensino superior, “Maiores de 23”. A moda situa-se no intervalo 20-29 anos (quadro 19).

Quanto ao estado civil dos estudantes inquiridos, verificou-se que a maioria (93,9 %) é solteiro, 2,7 % são casados e 2,4% vive em união de facto. Verificou-se ainda que 0,7% referem ser divorciados/separados.

Verificámos também que os estudantes com o estado civil casado, se situam na sua maioria no intervalo de idade dos 30-39 anos, enquanto os estudantes com o estado civil divorciado/separado (0,7%) se encontram no intervalo dos 20-29 anos (Figura 9).

Figura 9 - Gráfico relação entre o estado civil e a idade



Fonte: SPSS

Nas habilitações académicas verificou-se que a maioria (93,7%) dos estudantes possui o 12º ano de escolaridade e 6,3% dos estudantes possui já uma licenciatura ou frequência de cursos na área das ciências sociais, da saúde e da biologia.

Quadro 20 - Habilitações académicas

Habilitações académicas	Percentagem
12º Ano de Escolaridade	93,7
Parte do curso - Bioquímica	0,3
Parte do curso - Sociologia	0,3
Parte do curso - Biologia e Recursos Humanos	0,3
Parte do curso - Biologia Marinha e Biotecnologia	0,3
Parte do curso - Desporto	0,3
Parte do curso - Psicologia	0,3
Bacharelato Segurança Social	0,3
Parte do curso Enfermagem noutra instituição	0,3
Parte do curso - Relações Públicas e Comunicação empresarial	0,3
Parte do curso -Curso Profissional de Fisioterapia	0,3
Licenciatura em Cardiopneumologia	0,3
Parte do curso Terapia da Fala	0,3
Licenciatura em Biotecnologia	0,7
Licenciatura em Biotópica, anatomia Patológica, Citológico e tanatológico	0,7

Fonte: SPSS

Em termos da atividade profissional, 87,7% dos estudantes encontra-se apenas a estudar enquanto 9,2% dos estudantes refere que se encontra a estudar e a trabalhar a tempo parcial. Constatou-se ainda que 3,1 % dos estudantes encontra-se a estudar e também a trabalhar a tempo inteiro durante o período letivo. Dos 12,3 % dos estudantes que referem estar a estudar e a trabalhar a tempo parcial ou inteiro, apenas 5,5 % usufruem do estatuto de trabalhador estudante, tal como se pode ver no quadro 21.

Quadro 21 - Distribuição dos estudantes segundo a atividade profissional/estatuto de trabalhador estudante

			Estatuto de trabalhador-estudante			Total
			Sim	Não	Sem resposta	
Atividade profissional	Só a estudar	frequência	1	245	11	257
		% de Total	,3%	83,6%	3,8%	87,7%
	A estudar e a trabalhar a tempo parcial	frequência	6	21	0	27
		% de Total	2,0%	7,2%	,0%	9,2%
	A estudar e a trabalhar a tempo inteiro	frequência	9	0	0	9
		% de Total	3,1%	,0%	,0%	3,1%
Total	frequência	16	266	11	293	
	% de Total	5,5%	90,8%	3,8%	100,0%	

Fonte: SPSS

Relativamente à escolha do curso de enfermagem, verificou-se que em 91% dos estudantes foi a sua 1ª opção. Para 6,7% dos estudantes foi a 2ª opção e a 4ª opção para 1% dos estudantes. No que se refere à sua preferência pela escola onde se encontra matriculado, para 71,8% dos estudantes foi a sua 1ª opção de escola, para 14,4% dos estudantes foi a 2ª opção, foi a 4ª opção de escola para 6,7% dos estudantes e a 3ª opção para 6,4% dos estudantes (quadro 22).

Quadro 22 - Distribuição dos estudantes segundo a opção pelo curso e pela escola

			Opção de escolha do curso de enfermagem				Total
			1ª Opção	2ª Opção	4ª Opção	Sem resposta	
Opção de escolha da Escola em que se encontra matriculado	1ª Opção	frequência	194	15	2	3	214
		% de Total	65,1%	5,0%	,7%	1,0%	71,8%
	2ª Opção	frequência	42	1	0	0	43
		% de Total	14,1%	,3%	,0%	,0%	14,4%
	3ª Opção	frequência	18	1	0	0	19
		% de Total	6,0%	,3%	,0%	,0%	6,4%
	4ª Opção	frequência	17	2	1	0	20
		% de Total	5,7%	,7%	,3%	,0%	6,7%
	Sem resposta	frequência	0	1	0	1	2
		% de Total	,0%	,3%	,0%	,3%	,7%
	Total	frequência	271	20	3	4	298
		% de Total	90,9%	6,7%	1,0%	1,3%	100,0%

Fonte: SPSS

Relativamente às questões abertas, as respostas foram codificadas com recurso ao *Software webQDA*, tendo-se concluído que os estudantes da amostra tiveram como motivo principal para a escolha deste curso a “realização pessoal/interesse pessoal”, seguido de quererem “ajudar o outro” e pretendem um curso na “área da saúde/enfermagem”, tal como se pode ver na figura 10.

Figura 10 - Motivo por que escolheu o Curso de Enfermagem

Nome		Tipo	Referências
Motivo	<input type="checkbox"/>	Codificação	0
Emprego	<input type="checkbox"/>	Codificação	7
Realização pessoal / Interesse pessoal	<input type="checkbox"/>	Codificação	73
Ajudar o outro	<input type="checkbox"/>	Codificação	71
Profissão de família	<input type="checkbox"/>	Codificação	2
Area da saúde/enfermagem	<input type="checkbox"/>	Codificação	70
Comunicação	<input type="checkbox"/>	Codificação	3
Relação com o outro	<input type="checkbox"/>	Codificação	41
cuidar do outro	<input type="checkbox"/>	Codificação	45
vocação	<input type="checkbox"/>	Codificação	7
queria medicina ou outro curso da area da saúde	<input type="checkbox"/>	Codificação	9
Não sabe	<input type="checkbox"/>	Codificação	2

Fonte: <https://www.webqda.com/software/>

Quando perguntámos quais as maiores apreensões em relação a este Curso, a resposta maioritariamente obtida foi “falhar nos cuidados/prejudicar o utente” seguido do “não atingir os objetivos/competências” do curso, tal como podemos ver na figura 11. No entanto o “errar” e o “negligenciar” podem-se cruzar com a resposta mais referenciada.

Figura 11 - Medo/apreensão relacionada com o curso

▼ medo/apreensão	<input type="checkbox"/>	Codificação	0
negligenciar	<input type="checkbox"/>	Codificação	15
falhar nos cuidados/prejudicar o doente	<input type="checkbox"/>	Codificação	50
errar	<input type="checkbox"/>	Codificação	22
não atingir objetivos/competencias	<input type="checkbox"/>	Codificação	43
adaptação á profissão	<input type="checkbox"/>	Codificação	13
encarar a morte	<input type="checkbox"/>	Codificação	5
curso não corresponder ás expectativas	<input type="checkbox"/>	Codificação	10
contacto/utente	<input type="checkbox"/>	Codificação	12
nada	<input type="checkbox"/>	Codificação	6
não conseguir emprego	<input type="checkbox"/>	Codificação	24
reprovar	<input type="checkbox"/>	Codificação	15
má profissional	<input type="checkbox"/>	Codificação	18
ensinos clinicos	<input type="checkbox"/>	Codificação	18
não conseguir terminar o curso	<input type="checkbox"/>	Codificação	10
não estar preparada/maturidade	<input type="checkbox"/>	Codificação	10
preceptor/professor	<input type="checkbox"/>	Codificação	4
pouco reconhecimento social	<input type="checkbox"/>	Codificação	4
deixar de ter tempo para outras coisas	<input type="checkbox"/>	Codificação	1
area da saúde mental	<input type="checkbox"/>	Codificação	1

Fonte: <https://www.webqda.com/software/>

2.2 – DADOS RECOLHIDOS ATRAVÉS DO ICRA

O Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) é constituído por uma escala de Likert. Estas escalas de medida “são formas de autoavaliação que são constituídas por vários enunciados ou itens, lógica e empiricamente ligados, entre si e que são destinados a medir um conceito ou uma característica do indivíduo” (Fortin, 2009: 388).

O inventário de competências relacionais de ajuda é “um instrumento de autorresposta, constituído por 51 itens. As respostas situam-se numa escala tipo Likert de 1 a 7 e cotadas de forma, a que quanto maior for a pontuação obtida, mais competências relacionais de ajuda têm os sujeitos. A nota global pode ir de um mínimo de 51 a um máximo de 357” (Ferreira, Tavares & Duarte, 2006: 59).

Esta escala chama-se de diferenciação semântica e é uma variante da escala de Likert, “este tipo de escala é utilizada para avaliar a significação atribuída por um indivíduo a uma atitude ou a um dado objeto (...) e medir diferentes aspetos dessa atitude” (Fortin, 2009: 391).

O ICRA tem por base conceptual quatro dimensões temáticas, descritas no quadro 23.

Quadro 23 - Base conceptual do ICRA

Sub-escala	Conceitos	Exemplo de itens
Competências Genéricas	<p>CONHECIMENTOS – O saber refere-se à capacidade científica de atender as necessidades em cuidados de enfermagem específicos a cada pessoa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Conhecimentos de si - Conhecimentos profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Como enfermeiro a minha ajuda ao outro é um processo dinâmico que evolui no tempo e no espaço.
Competências de Contacto	<p>HABILIDADES DE INTERAÇÃO – O modo como o enfermeiro coloca, comunica e toca no utilizador dos cuidados de saúde influencia o conteúdo das trocas entre ambos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Olhar - Toque - Distâncias - Escuta - Meios de Comunicação 	<ul style="list-style-type: none"> - A distância que adoto com o utilizador dos cuidados de saúde é reveladora da importância que ele tem para mim. - No decurso da relação de ajuda, uso o silêncio como meio de comunicação com o utilizador dos cuidados de saúde.
Competências de Comunicação		
Competência Empática	<p>ATTITUDES DE INTERAÇÃO – Atitude pela qual o enfermeiro reconhece o utilizador dos cuidados de saúde como único, compreende o seu ponto de vista e aceita o seu mundo.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compreensão empática - Respeito caloroso - Autenticidade - Especificidade 	<ul style="list-style-type: none"> - Na compreensão empática procuro apreender os dados obtidos como sendo o próprio utilizador dos cuidados de saúde.

Fonte: Ferreira, Tavares, Duarte (2006: 52)

Os itens da versão final do ICRA estão agrupados de acordo com a dimensão temática da base conceptual definida anteriormente, apresentada no quadro 6.

A escala ICRA foi aplicada a estudantes do 1º, 2º, 3º e 4º ano. Embora não existam referências explícitas nos currículos do CLE pré-Bolonha à aquisição e desenvolvimento de competências, o processo de aquisição das mesmas pelos estudantes tem sido uma preocupação constante em todo o processo de formação, principalmente as competências técnico-científicas (Dias, 2006).

Atualmente, com o processo de Bolonha “exige a implementação de uma nova tecnologia educativa, com nova dinâmica de organização dos recursos humanos, recursos materiais e financeiros, com novos conceitos e novos métodos” (Ceitil, 57: 2007). É

necessário a cada passo percorrido por um estudante de enfermagem perceber se há conjugação das competências técnico-científicas e das competências relacionais, pois o “saber-fazer” deve ser orientado pelo “saber-ser”.

Depois de realizada a caracterização da amostra com recurso à estatística descritiva, o passo seguinte é inferir os dados recolhidos através do ICRA de acordo com as características apresentadas pelas amostras, ou seja “este processo designa-se por inferência estatística” (Marôco, 2011: 35). Neste sentido, temos que verificar duas condições para decidirmos o tipo de teste a utilizar. Primeiro temos que verificar se a variável dependente possui distribuição normal e saber se as variâncias populacionais são homogéneas, pois estamos a comparar duas populações.

Para testar a normalidade utilizámos o teste de *Kolmogorov-Smirnov* ($n \geq 50$) para saber se a escala ICRA e cada uma das dimensões seguem uma distribuição normal e para testar a homogeneidade das variâncias utilizámos o teste de *Levene* (Marôco, 2011). Pela análise do teste utilizado podemos inferir que a amostra segue uma distribuição normal ($p\text{-value} \geq 0,05$) no total do ICRA, exceto na dimensão das competências de comunicação e de contacto que não seguem uma distribuição normal na escola A (quadro 17).

Uma outra condição que é necessário verificar é se a variância populacional é homogénea. Para o verificar utilizámos o teste de *Levene*. De acordo com o quadro 18, concluímos que existe homogeneidade entre as duas amostras populacionais - existe homocedasticidade.

Com os dados relativamente às características da distribuição, normalidade e homogeneidade, partimos para a análise da variável dependente e das suas relações com as variáveis independentes.

Relativamente à variável dependente Aquisição e Desenvolvimento de Competências Relacionais no processo de cuidar, os valores obtidos com a aplicação da escala ICRA, podemos verificar que a soma total se situa entre os 191- 337 pontos, com uma média de 269,70 pontos e um desvio padrão de 29,47, que é uma média superior à dos valores normais da escala. De acordo com os autores da escala (quadro 24) a soma desta poderia situar-se entre 51 – 357 pontos e que quanto maior for a pontuação obtida, mais competências relacionais de ajuda têm os sujeitos.

Quadro 24 - Possíveis Valores da Escala ICRA

	Mínimo	Máximo	Média
Escala Total (ICRA)	51	357	204
Competências genéricas	20	140	80
Competências empáticas	13	91	52
Competências de comunicação	9	63	36
Competências de contacto	9	63	36

Fonte: Ferreira, Tavares & Duarte (2006)

Assim é possível inferir que os estudantes inquiridos possuem competências relacionais de ajuda acima da média. Em relação às dimensões de competências genéricas, empáticas, de comunicação e de contacto verificámos igualmente que estes estudantes possuem competências relacionais de ajuda dentro dos limites médios para cada dimensão, tal como se pode verificar no quadro 24. Para percebermos melhor o nível de competências dos estudantes calculamos as médias ponderadas do total da escala e de cada uma das dimensões e verificámos que os valores são acima do valor intermédio (4) que poderiam ter, visto que cada item variava de 1 a 7. Logo, os valores das médias ponderadas variam de 4,87 e 5,68, em que o valor mais baixo foi obtido na dimensão das competências de contacto e o valor mais alto na dimensão das competências genéricas (quadro 25).

Quadro 25 - Valores da Escala (ICRA) e de cada dimensão de Competências

	N	Nº itens	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Média Ponderada
Escala Total (ICRA)	299	51	122	357	274,34	33,497	5,37
Competências genéricas	299	20	43	140	113,61	13,039	5,68
Competências empáticas	299	13	29	91	67,67	10,311	5,21
Competências de comunicação	299	9	23	63	49,29	7,530	5,47
Competências de contacto	299	9	15	63	43,82	7,657	4,87

Fonte: SPSS

Verificámos, no entanto, que na soma da escala, ou seja nas competências relacionais de ajuda, há diferenças significativas ($p=0,000$) entre os estudantes das duas escolas.

Os estudantes da escola A obtiveram entre 122 – 357 pontos na soma da escala, com uma média de 263,75 pontos e um desvio padrão de 35,59, enquanto os estudantes da escola B obtiveram entre 223 – 345 pontos com uma média de 284,31 pontos e um desvio padrão

de 28,45, tal como se pode observar no quadro 26, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre as duas escolas.

Estas diferenças poderão ser suportadas pelo facto de os estudantes da escola A só iniciarem o contacto direto com os utentes no 2º ano, enquanto os estudantes da escola B iniciam este contacto logo no 1º ano do curso.

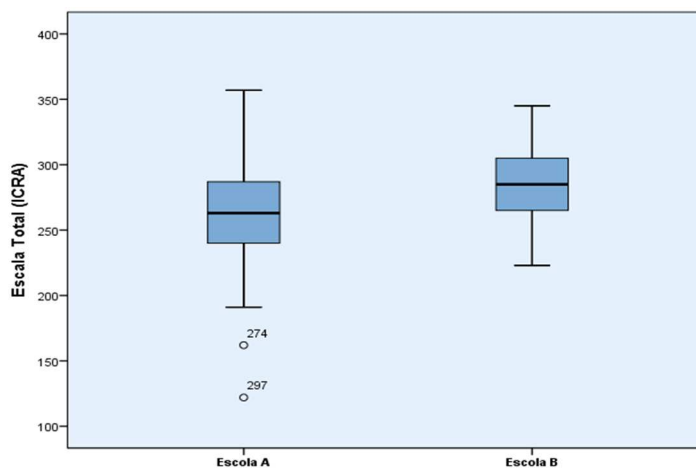
Quadro 26 - Valores das médias do ICRA nas duas escolas

	Escola	N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão
Escala Total (ICRA)	A	145	263,75	35,258	2,928
	B	154	284,31	28,446	2,292
	Total	299	274,34	33,497	1,937
Competências genéricas	A	145	110,18	13,876	1,152
	B	154	116,84	11,324	,912
	Total	299	113,61	13,039	,754
Competências empáticas	A	145	65,03	10,563	,877
	B	154	70,16	9,446	,761
	Total	299	67,67	10,311	,596
Competências de comunicação	A	145	46,94	7,830	,650
	B	154	51,51	6,522	,526
	Total	299	49,29	7,530	,435
Competências de contacto	A	145	41,63	7,910	,657
	B	154	45,88	6,821	,550
	Total	299	43,82	7,657	,443
Intervalo de confiança a 95%					

Fonte: SPSS

Na figura 12 podemos observar a representação dos valores das competências relacionais de ajuda obtidas pelos estudantes de cada escola. Aí, observamos um menor desvio padrão dos valores da Escola B em relação à Escola A, sendo também observado uma média superior nessa escola.

Figura 12 - Valores das médias do Escala Total (ICRA) nas duas escolas



Fonte: SPSS

Estatisticamente, observámos, ao comparar médias entre os dois locais de recolha de dados que os estudantes da escola B apresentam nas dimensões de competências, médias mais elevadas que os estudantes da escola A, com diferenças significativas ($p=0,000$) em todas as dimensões de competências (quadro 27).

Quadro 27 - ANOVA entre a Escola e as dimensões do ICRA

		Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	F	p-value
Escala Total (ICRA)	Entre os grupos	31569,103	1	30,963	,000
	Dentro dos grupos	302810,101	297		
	Total	334379,204	298		
Competências genéricas	Entre os grupos	3317,399	1	20,810	,000
	Dentro dos grupos	47345,598	297		
	Total	50662,997	298		
Competências empáticas	Entre os grupos	1964,071	1	19,629	,000
	Dentro dos grupos	29718,149	297		
	Total	31682,221	298		
Competências de comunicação	Entre os grupos	1558,751	1	30,185	,000
	Dentro dos grupos	15336,935	297		
	Total	16895,686	298		
Competências de contacto	Entre os grupos	1343,964	1	24,749	,000
	Dentro dos grupos	16128,283	297		
	Total	17472,247	298		

Fonte: SPSS

Relativamente à relação entre a variável dependente, aquisição de competências relacionais de ajuda e a variável independente Escola A e B constatámos pela análise das médias ao nível das competências relacionais de ajuda totais e das dimensões de competências relacionais de ajuda, que os estudantes da escola B apresentam médias superiores às encontradas para os estudantes da escola A. Assim utilizámos o Teste t-Student para amostras independentes e verificámos que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p=0,00$) para as competências relacionais de ajuda total e para as dimensões de competências relacionais de ajuda (quadro 28). Na dimensão das competências de comunicação, que segue uma distribuição normal nas duas amostras, utilizámos a estatística que não assume a “Igualdade de variâncias”. Nas restantes dimensões (sem distribuição normal) utilizámos o teste *T-Student* que assume a “Igualdade de variâncias”.

Quadro 28 - Teste t-Student para duas amostras independentes

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste t para a igualdade de médias (Intervalo de confiança a 95%)		
		F	p-value	t	Graus de liberdade	p-value
Escala Total (ICRA)	Igualdade de variâncias assumida	2,842	,093	-5,564	297	,000
	Igualdade de variâncias não assumida			-5,529	276,757	,000
Competências genéricas	Igualdade de variâncias assumida	2,552	,111	-4,562	297	,000
	Igualdade de variâncias não assumida			-4,534	278,238	,000
Competências empáticas	Igualdade de variâncias assumida	,867	,353	-4,430	297	,000
	Igualdade de variâncias não assumida			-4,416	288,538	,000
Competências de comunicação	Igualdade de variâncias assumida	6,062	,014	-5,494	297	,000
	Igualdade de variâncias não assumida			-5,464	280,810	,000
Competências de contacto	Igualdade de variâncias assumida	,698	,404	-4,975	297	,000
	Igualdade de variâncias não assumida			-4,953	284,826	,000

Fonte: SPSS

Da análise realizada entre a variável sexo e as competências relacionais de ajuda totais e por dimensão de competências, através do *Teste t-Student* para duas amostras independentes “compara-se a média de uma variável num grupo com a média da mesma variável noutro grupo” (Pestana & Gageiro, 2000: 159). Pretendemos então saber se a média de competências relacionais de ajuda é diferente entre o sexo dos estudantes. Da análise das médias encontradas podemos verificar que no geral as mulheres apresentam valores maiores de competências relacionais em todas as dimensões, exceto na dimensão das competências empáticas, em que os estudantes do sexo masculino parecem patentear, ainda que ligeiramente, maior valor médio nesta dimensão das competências relacionais de ajuda, tal como se pode observar no quadro 29.

Quadro 29 - Competências relacionais de ajuda/sexo dos estudantes

	Sexo	N	Media	Desvio Padrão	Erro padrão da média
Escala Total (ICRA)	Feminino	258	274,35	33,675	2,096
	Masculino	41	274,27	32,767	5,117
Competências genéricas	Feminino	258	113,84	13,119	,817
	Masculino	41	112,15	12,579	1,964
Competências empáticas	Feminino	258	67,34	10,380	,646
	Masculino	41	69,73	9,731	1,520
Competências de comunicação	Feminino	258	49,33	7,659	,477
	Masculino	41	49,02	6,736	1,052
Competências de contacto	Feminino	258	43,92	7,500	,467
	Masculino	41	43,20	8,658	1,352
Intervalo de confiança a 95%					

Fonte: SPSS

No entanto, não se verificou diferença estatisticamente significativa entre as diferenças de médias apresentadas pelos dois sexos para a aquisição e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda com $p > 0,05$ (quadro 30).

Quadro 30 - Valores do Teste t-Student para as variáveis Sexo/ICRA

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste t para a igualdade de médias (Intervalo de confiança a 95%)		
		F	p-value	t	Graus de liberdade	p-value
Escala Total (ICRA)	Igualdade de variâncias assumida	,006	,937	,015	297	,988
	Igualdade de variâncias não assumida			,015	54,316	,988
Competências genéricas	Igualdade de variâncias assumida	,000	,987	,774	297	,439
	Igualdade de variâncias não assumida			,798	54,769	,428
Competências empáticas	Igualdade de variâncias assumida	,318	,573	-1,381	297	,168
	Igualdade de variâncias não assumida			-1,448	55,490	,153
Competências de comunicação	Igualdade de variâncias assumida	1,165	,281	,244	297	,808
	Igualdade de variâncias não assumida			,267	57,747	,790
Competências de contacto	Igualdade de variâncias assumida	2,475	,117	,561	297	,575
	Igualdade de variâncias não assumida			,506	49,997	,615

Fonte: SPSS

De seguida analisámos o comportamento da variável dependente (competências relacionais - ICRA) com as variáveis independentes sexo dos estudantes e a Escola e verificámos “o efeito não só de cada um dos fatores mas e também a possível influencia que cada um dos fatores pode exercer sobre a resposta da variável dependente ao outro fator” (Marôco, 2011: 223). Realizámos uma ANOVA (Análise de Variância) a dois fatores (two-way) e podemos concluir que existem diferenças significativas entre os valores das competências relacionais nos estudantes das duas escolas ($p=0,000$). O fator escola tem efeito significativo sobre a aquisição de competências relacionais e não existem diferenças significativas entre o sexo dos estudantes e as competências relacionais ($p=0,749$). Assim, pode-se afirmar, com uma probabilidade de erro de 5%, que não existe interação significativa entre o fator escola e o fator sexo dos estudantes ($p=0,993$), pelo que o sexo não influencia a resposta da variável dependente ao fator escola (ou vice-versa).

Quadro 31 - ANOVA two-way (Escola/Sexo)

Origem	Soma dos quadrados Tipo III	Graus de liberdade	Quadrados médios	F	p-value	Poder observado ^b
Modelo corrigido	31675,096 ^a	3	10558,365	10,290	,000	,999
Interceto	1,053E7	1	1,053E7	10265,968	,000	1,000
Escola	14910,747	1	14910,747	14,531	,000	,967
Sexo	105,463	1	105,463	,103	,749	,062
Escola * Sexo	,080	1	,080	,000	,993	,050
Erro	302704,108	295	1026,116			
Total	2,284E7	299				
Total corrigido	334379,204	298				

a. R Squared = ,095 (R Squared Ajustado = 0,086) b Computadorizada usando alpha = 0,05

Fonte: SPSS

Observámos na análise entre a variável dependente e a idade dos estudantes que são aqueles que estão na faixa etária dos 20-29 anos que apresentam maiores valores de competências relacionais de ajuda e o mesmo acontece para cada dimensão de competências, exceto na dimensão das competências de contacto em que são os da faixa etária dos 30-39 que apresentam uma ligeira diferença superior. Verifica-se ainda que os da faixa etária abaixo dos 19 anos são os que apresentam, em média, valores mais baixos, exceto na dimensão das competências genéricas em que apresentam em média, valores superiores aos da faixa etária dos 30-39 anos, tal como se pode constatar no quadro seguinte (quadro 32) para um intervalo de confiança a 95%.

Quadro 32 - Relação idade/competências relacionais

	Idade	N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão
Escala Total (ICRA)	<19	47	269,83	36,545	5,331
	20-29	232	275,47	32,145	2,110
	30-39	19	270,89	42,490	9,748
	Total	299	274,34	33,497	1,937
Competências genéricas	<19	47	112,98	13,396	1,954
	20-29	232	113,92	12,645	,830
	30-39	19	110,89	16,967	3,892
	Total	299	113,61	13,039	,754
Competências empáticas	<19	47	67,38	11,232	1,638
	20-29	232	67,72	10,144	,666
	30-39	19	67,68	10,812	2,480
	Total	299	67,67	10,311	,596
Competências de comunicação	<19	47	46,91	7,923	1,156
	20-29	232	49,89	7,310	,480
	30-39	19	47,63	8,335	1,912
	Total	299	49,29	7,530	,435
Competências de contacto	<19	47	42,77	9,106	1,328
	20-29	232	44,00	7,217	,474
	30-39	19	44,16	9,311	2,136
	Total	299	43,82	7,657	,443

Fonte: SPSS

A análise das variáveis aquisição de competências relacionais de ajuda (ICRA)/idade, foi realizada através da ANOVA two-way (quadro 33) e verificamos que existem diferenças significativas entre os valores das competências relacionais nos estudantes das duas escolas ($p=0,000$), e ainda que existem também diferenças significativas entre a idade dos estudantes e as competências relacionais ($p=0,005$). Fazendo o teste em cada subescala da variável dependente, verificamos que existem diferenças significativas entre a idade e as dimensões de competências, exceto na dimensão de competências empáticas ($p=0,111$). No entanto, podemos afirmar, com uma probabilidade de erro de 5%, que não existe interação significativa entre o fator idade e o fator escola ($p=0,153$), ou seja a escola não influencia a resposta da variável dependente ao fator idade.

Quadro 33 - ANOVA two-way (Escola/Idade)

Origem	Soma dos quadrados Tipo III	Graus de liberdade	Quadrados médios	F	p-value	Poder observado ^b
Modelo corrigido	45486,073 ^a	6	7581,012	7,663	,000	1,000
Interceto	1669871,272	1	1669871,272	1687,830	,000	1,000
Escola	18639,070	1	18639,070	18,840	,000	,991
Idade	12959,985	3	4319,995	4,366	,005	,869
Escola * Idade	3739,061	2	1869,530	1,890	,153	,392
Erro	288893,131	292	989,360			
Total	2,284E7	299				
Total corrigido	334379,204	298				

a. R Squared = ,136 (R Squared Ajustado = 0,118) b. Computadorizada usando alpha = 0,05

Fonte: SPSS

Continuando a análise das relações da variável dependente ICRA com as variáveis independentes, seguimos para a variável independente ano do curso e observamos que são os estudantes finalistas que apresentam em média valores superiores de competências relacionais, assim como em cada subescala de competências, seguidos dos estudantes do 1º ano do CLE, exceto na subescala de competências de comunicação em que são os estudantes do 3º ano que aparecem em segundo lugar. Constatamos que são os estudantes do 2º ano que apresentam, em média, valores mais baixos de competências relacionais no geral e em todas as subescalas de competências, tal como se pode observar no quadro seguinte (quadro 34).

Quadro 34 - Relação ano do curso/competências relacionais

	Ano	N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão
Escala Total (ICRA)	1º Ano	34	276,21	33,767	5,791
	2º Ano	67	258,70	33,061	4,039
	3º Ano	67	275,40	25,352	3,097
	4º Ano	56	270,98	24,281	3,245
	Finalistas	75	289,03	39,657	4,579
	Total	299	274,34	33,497	1,937
Competências genéricas	1º Ano	34	115,68	12,813	2,197
	2º Ano	67	107,88	12,348	1,509
	3º Ano	67	114,18	10,968	1,340
	4º Ano	56	112,50	8,743	1,168
	Finalistas	75	118,12	16,056	1,854
	Total	299	113,61	13,039	,754
Competências empáticas	1º Ano	34	67,79	11,023	1,890
	2º Ano	67	64,76	9,821	1,200
	3º Ano	67	67,13	8,809	1,076
	4º Ano	56	65,84	8,638	1,154
	Finalistas	75	72,05	11,546	1,333
	Total	299	67,67	10,311	,596
Competências de comunicação	1º Ano	34	47,85	7,676	1,316
	2º Ano	67	45,72	7,263	,887
	3º Ano	67	49,70	6,548	,800
	4º Ano	56	48,80	6,462	,864
	Finalistas	75	53,13	7,609	,879
	Total	299	49,29	7,530	,435
Competências de contacto	1º Ano	34	45,21	7,442	1,276
	2º Ano	67	40,34	8,550	1,045
	3º Ano	67	44,49	5,788	,707
	4º Ano	56	43,88	7,014	,937
	Finalistas	75	45,65	8,008	,925
	Total	299	43,82	7,657	,443
Intervalo de confiança a 95%					

Fonte: SPSS

Apresentamos graficamente estes resultados de forma a ficar mais visível a diferença entre cada escola e o ICRA Total (Figura 13), como em cada dimensão das competências (Figuras 14, 15, 16 e 17).

Figura 13 – Gráfico da relação entre o ano de curso em cada escola e o ICRA Total

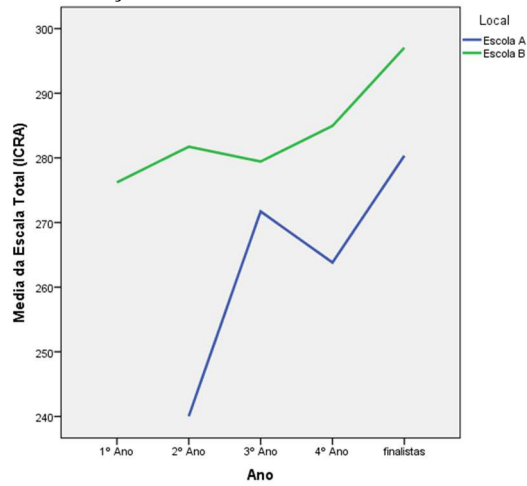


Figura 14 – Gráfico da relação entre o ano de curso em cada escola e a dimensão das competências empáticas

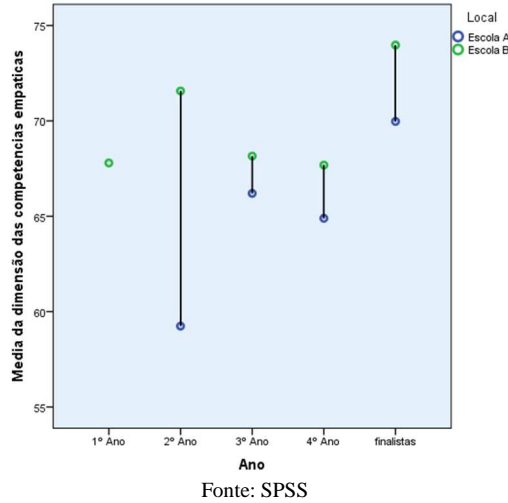


Figura 15 – Gráfico da relação entre o ano de curso em cada escola e a dimensão das competências de comunicação

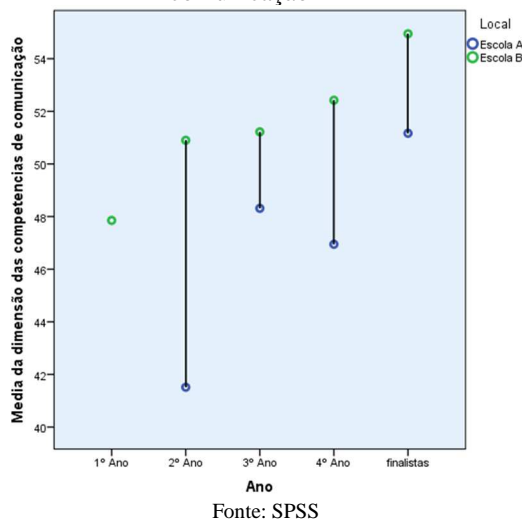


Figura 16 - Gráfico da relação entre o ano de curso em cada escola e a dimensão das competências genéricas

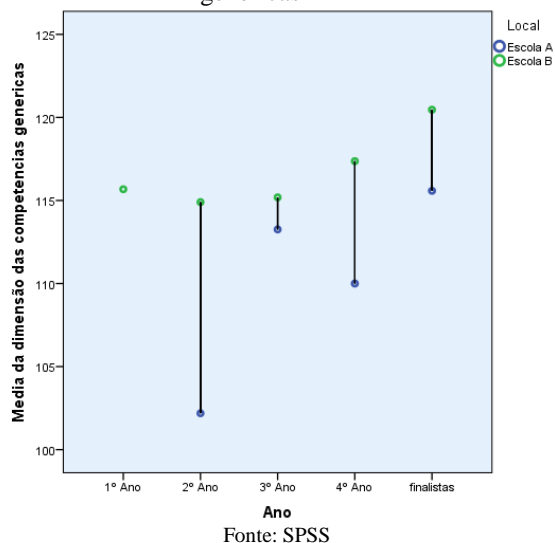
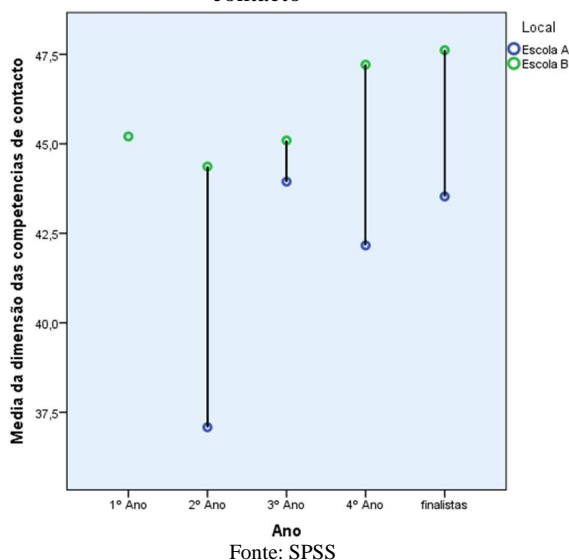


Figura 17 - Gráfico da relação entre o ano de curso em cada escola e a dimensão das competências de contacto



Verificámos também que existem diferenças significativas entre os valores das competências relacionais nos estudantes das duas escolas e o ano de curso ($p=0,000$). Podemos afirmar, com uma probabilidade de erro de 5%, que existe interação significativa entre o fator ano de curso e o fator escola ($p=0,010$) e que este influencia a resposta da variável dependente ao fator ano de curso (quadro 35). No entanto verificámos nas subescalas de competências que existem diferenças significativas entre o ano de curso e a variável dependente competências relacionais, existindo também interação significativa entre o fator ano de curso e o fator escola. Assim, o fator Escola influencia a resposta da variável competências relacionais ao fator ano de curso, exceto na subescala de

competências de contacto ($p=0,100$) e na subescala de competências genéricas ($p=0,072$) em que pudemos afirmar com 5% de probabilidade de erro, que não existe interação significativa entre o fator ano de curso e o fator escola. Neste caso, o fator escola não influencia a resposta da variável dependente ao fator ano de curso.

Quadro 35 - ANOVA two-way (Escola/Ano de curso)

Origem	Soma dos quadrados Tipo III	Graus de liberdade	Quadrados médios	F	p-value	Poder observado ^b
Modelo corrigido	74043,267 ^a	8	9255,408	10,310	,000	1,000
Interceto	2,155E7	1	2,155E7	24004,067	,000	1,000
Escola	30081,835	1	30081,835	33,510	,000	1,000
Ano	30253,004	4	7563,251	8,425	,000	,999
Escola * Ano	10365,139	3	3455,046	3,849	,010	,819
Erro	260335,937	290	897,710			
Total	2,284E7	299				
Total corrigido	334379,204	298				
a. R Squared = ,221 (R Squared Ajustado = 0,200); b. Computadorizada usando alpha = 0,05						

Fonte: SPSS

Fazendo a relação entre a variável dependente e as habilitações literárias dos estudantes verificámos que são os estudantes que tinham já frequentado um curso nomeadamente “relações públicas e comunicação empresarial” (312,00), “terapia da fala” (295,00), “segurança social” (287,00), “biologia e recursos humanos” (285,00), os que apresentam em média valores mais elevados de competências relacionais, aparecendo em 5º lugar os que têm o 12º ano de escolaridade (274,57).

Na relação entre a variável dependente e as suas subescalas e as variáveis independentes habilitações literárias e escola, verificámos que não existem diferenças significativas entre as habilitações literárias ($p=0,371$) e a variável competências relacionais, existindo diferenças significativas entre os valores das competências relacionais nos estudantes das duas escolas ($p=0,000$). Também nas subescalas de competências não existem diferenças significativas entre as habilitações literárias. Porém persistem sempre diferenças significativas entre as subescalas e a escola com $p=0,000$ (quadro 36).

Quadro 36 - ANOVA two-way (Escola/Habilitações Literárias)

Origem	Soma dos quadrados Tipo III	Graus de liberdade	Quadrados médios	F	p-value	Poder observado ^b
Modelo corrigido	47945,968 ^a	17	2820,351	2,775	,000	,997
Interceto	1497367,236	1	1497367,236	1473,056	,000	1,000
Escola	29765,429	1	29765,429	29,282	,000	1,000
HA	17618,976	16	1101,186	1,083	,371	,718
Escola* HA	,000	0
Erro	282588,086	278	1016,504			
Total	2,257E7	296				
Total corrigido	330534,054	295				

a. R Squared = ,145(R Squared Ajustado = ,093) b. Computadorizada usando alpha = ,05

Fonte: SPSS

Observámos no quadro 37, que são os estudantes que vivem em união de facto os que apresentam em média maiores valores de competências relacionais (285,29), exceto na subescala de competências genéricas, em que são os divorciados/separados que apresentam valores médios mais elevados (117,50) para um intervalo de confiança a 95%.

Quadro 37 - Relação ano do estado civil/competências relacionais

		N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão
Escala Total (ICRA)	Solteiro	279	274,63	32,761	1,961
	Casado	8	261,13	49,058	17,345
	Divorciado Separado	2	271,50	37,477	26,500
	União de Facto	7	285,29	42,449	16,044
	Total	297	274,34	33,483	1,943
Competências genéricas	Solteiro	279	113,69	12,536	,750
	Casado	8	111,75	23,873	8,440
	Divorciado Separado	2	117,50	16,263	11,500
	União de Facto	7	115,86	15,203	5,746
	Total	297	113,66	12,953	,752
Competências empáticas	Solteiro	279	67,78	10,282	,616
	Casado	8	64,50	11,097	3,923
	Divorciado Separado	2	64,00	9,899	7,000
	União de Facto	7	69,14	13,310	5,031
	Total	297	67,67	10,332	,600
Competências de comunicação	Solteiro	279	49,46	7,422	,444
	Casado	8	42,88	9,188	3,248
	Divorciado Separado	2	50,00	8,485	6,000
	União de Facto	7	50,71	7,566	2,860
	Total	297	49,27	7,545	,438
Competências de contacto	Solteiro	279	43,79	7,568	,453
	Casado	8	41,50	9,532	3,370
	Divorciado Separado	2	40,00	1,414	1,000
	União de Facto	7	49,43	8,638	3,265
	Total	297	43,80	7,671	,445

Fonte: SPSS

Verificando a relação entre a variável competências relacionais e o estado civil e a escola, podemos deduzir que não existem diferenças significativas entre o estado civil ($p=0,220$) e ainda que persistem diferenças significativas entre a escola ($p=0,033$) e a variável competências relacionais (ICRA). Podemos afirmar, com uma probabilidade de erro de 5%, que não existe interação significativa entre o fator estado civil e o fator escola ($p=0,741$). Ou seja, o fator escola não influencia a resposta da variável dependente ao fator estado civil (Quadro 38). Nas subescalas de competências, verificámos que existem diferenças significativas entre a subescala de competências genéricas e a escola ($p=0,033$), não se verificando diferenças significativas entre o estado civil ($p=0,220$), pelo que podemos afirmar, com uma probabilidade de erro de 5%, que não existe interação significativa entre o fator estado civil e o fator Escola ($p=0,457$). A escola não influencia a resposta da variável dependente ao fator estado civil. Na subescala de competências empáticas, não se verificam diferenças significativas entre a escola ($p=0,292$) e o estado civil ($p=0,679$), não existindo interação significativas ($p=0,681$). Na subescala de competências de comunicação e de contacto verificámos que existem diferenças significativas entre a subescala de competências de comunicação ($p=0,028$) e de contacto ($p=0,048$) e a escola, verificando-se diferenças significativas entre o estado civil ($p=0,049$) e ($p=0,031$) respetivamente, mas podemos afirmar, com uma probabilidade de erro de 5%, que não existe interação significativa entre o fator estado civil e o fator escola ($p=0,622$) e ($p=0,774$).

Quadro 38 - ANOVA two-way (Escola/Estado Civil)

Origem	Soma dos quadrados Tipo III	Graus de liberdade	Quadrados médios	F	p-value	Poder observado ^b
Modelo corrigido	37648,178 ^a	6	6274,696	6,185	,000	,999
Interceto	1212007,913	1	1212007,913	1194,663	,000	1,000
Escola	4648,905	1	4648,905	4,582	,033	,569
Estado Civil	5851,123	4	1462,781	1,442	,220	,446
Escola* Estado C.	111,257	1	111,257	,110	,741	,063
Erro	294210,475	290	1014,519			
Total	2,268E7	297				
Total corrigido	331858,653	296				
a. R Squared = ,113 (R Squared Ajustado = 0,095) b. Computadorizada usando alpha = ,05						

Fonte: SPSS

Verificámos ainda a relação entre a opção de escolha do curso e as competências relacionais (ICRA) e apurámos que os estudantes que escolheram o curso de enfermagem em 4^a opção apresentam valores médios mais elevados de competências relacionais do que

os outros. Este fato verifica-se no ICRA total e em cada subescala de competências, tal como se pode analisar no quadro 39.

Quadro 39 - Opção de escolha do curso de enfermagem

		Escala Total (ICRA)	Competências genéricas	Competências empáticas	Competências de comunicação	Competências de contacto
1ª Opção	Média	273,96	113,48	67,40	49,39	43,74
	N	272	272	272	272	272
	Desvio Padrão	33,683	13,131	10,283	7,626	7,683
2ª Opção	Média	281,55	115,90	72,00	48,25	45,65
	N	20	20	20	20	20
	Desvio Padrão	30,270	12,363	8,997	6,897	6,252
4ª Opção	Média	292,33	119,67	75,67	51,00	45,67
	N	3	3	3	3	3
	Desvio Padrão	21,548	11,240	4,619	2,646	8,505
Total	Média	274,34	113,61	67,67	49,29	43,82
	N	299	299	299	299	299
	Desvio Padrão	33,497	13,039	10,311	7,530	7,657

Fonte: SPSS

Através do *Test t-Student* para duas amostras (quadro 40), verificámos que as diferenças são estatisticamente significativas de acordo com a opção de escolha do curso.

Quadro 40 - Valores do Teste t-Student para as variáveis Opção de escolha do curso de enfermagem/ICRA

		Teste de Levene para Igualdade de Variâncias		Teste t para a igualdade de médias (Intervalo de confiança a 95%)		
		F	p-value	t	Graus de liberdade	p-value
Opção de escolha do curso	Igualdade de variâncias assumida	,591	,443	,283	297	,777
	Igualdade de variâncias não assumida			,280	246,763	,780
Escala Total (ICRA)	Igualdade de variâncias assumida	2,842	,093	-5,564	297	,000
	Igualdade de variâncias não assumida			-5,529	276,757	,000
Competências genéricas	Igualdade de variâncias assumida	2,552	,111	-4,562	297	,000
	Igualdade de variâncias não assumida			-4,534	278,238	,000
Competências empáticas	Igualdade de variâncias assumida	,867	,353	-4,430	297	,000
	Igualdade de variâncias não assumida			-4,416	288,538	,000
Competências de comunicação	Igualdade de variâncias assumida	6,062	,014	-5,494	297	,000
	Igualdade de variâncias não assumida			-5,464	280,810	,000
Competências de contacto	Igualdade de variâncias assumida	,698	,404	-4,975	297	,000
	Igualdade de variâncias não assumida			-4,953	284,826	,000

Fonte: SPSS

Realizámos ainda uma ANOVA a dois fatores (quadro 41) e verificámos que não existem diferenças significativas entre a opção de escolha do curso e a Escola, pelo que podemos afirmar com uma probabilidade de erro de 5% que o fator opção não influencia a resposta da variável dependente (competências relacionais - ICRA) ao fator Escola.

Quadro 41 - ANOVA two-Way (Escola/opção de escolha do curso)

Origem	Soma dos quadrados Tipo III	Graus de liberdade	Quadrados médios	F	p-value	Poder observado ^b
Modelo corrigido	37184,111 ^a	7	5312,016	5,201	,000	,998
Interceto	1600387,695	1	1600387,695	1567,027	,000	1,000
Escola	1831,321	1	1831,321	1,793	,182	,266
Opção	1704,066	3	568,022	,556	,644	,164
Escola * Opção	3500,995	3	1166,998	1,143	,332	,307
Erro	297195,093	291	1021,289			
Total	2,284E7	299				
Total corrigido	334379,204	298				

a. R Squared = ,111 (R Squared Ajustado = 0,090)
b. Computadorizada usando alpha = ,05

Fonte: SPSS

Verificámos de seguida a relação entre a variável dependente e a variável tipo de orientação/acompanhamento (quadro 42) e observámos que os valores médios das competências relacionais são mais elevados quando o acompanhamento em ensino clínico é realizado pela “enfermeira orientadora e a professora responsável da escola” (281,73), seguido do acompanhamento apenas pela “professora da escola” (276,21). Verificámos também em cada subescala de competências que os valores médios são diferentes de acordo com o tipo de acompanhamento em ensino clínico. Assim, nas subescalas de competências genéricas (115,68) e de contacto (45,21) os valores médios são mais elevados quando os estudantes estão acompanhados pela “professora da escola”. Nas subescalas de competências empáticas (71,57) e de comunicação (50,90), os valores médios são mais elevados quando o acompanhamento em ensino clínico é realizado pela “enfermeira orientadora e a professora responsável da escola”.

Quadro 42 - Relação ano do estado civil/competências relacionais

		N	Média	Desvio padrão	Erro Padrão
Escala Total (ICRA)	Professora da escola	34	276,21	33,767	5,791
	Enfermeira orientadora e a Professora responsável da escola	30	281,73	27,851	5,085
	Enfermeiros orientadores	235	273,13	34,104	2,225
	Total	299	274,34	33,497	1,937
Competências genéricas	Professor da escola	34	115,68	12,813	2,197
	Enfermeira orientadora e a Professora responsável da escola	30	114,90	11,339	2,070
	Enfermeiros orientadores	235	113,15	13,281	,866
	Total	299	113,61	13,039	,754
Competências empáticas	Professor da escola	34	67,79	11,023	1,890
	Enfermeira orientadora e a Professora responsável da escola	30	71,57	9,126	1,666
	Enfermeiros orientadores	235	67,15	10,282	,671
	Total	299	67,67	10,311	,596
Competências de comunicação	Professor da escola	34	47,85	7,676	1,316
	Enfermeira orientadora e a Professora responsável da escola	30	50,90	5,967	1,090
	Enfermeiros orientadores	235	49,29	7,671	,500
	Total	299	49,29	7,530	,435
Competências de contacto	Professor da escola	34	45,21	7,442	1,276
	Enfermeira orientadora e a Professora responsável da escola	30	44,37	8,307	1,517
	Enfermeiros orientadores	235	43,55	7,610	,496
	Total	299	43,82	7,657	,443
Intervalo de confiança a 95%					

Fonte: SPSS

Verificámos que não existem diferenças significativas entre o tipo de acompanhamento em ensino clínico ($p=0,154$) e a variável competências relacionais (ICRA) e ainda que existem diferenças significativas entre os valores das competências relacionais nos estudantes das duas escolas ($p=0,000$). Observámos nas subescalas de competências que existem diferenças significativas entre o tipo de acompanhamento em ensino clínico e ainda entre a escola ($p=0,000$) e a variável competências de comunicação ($p=0,001$). Nas restantes subescalas apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os valores das subescalas de competências relacionais nos estudantes das duas escolas ($p=0,000$) e sem diferenças significativas entre o tipo de acompanhamento em ensino clínico.

Quadro 43 - ANOVA two-Way (Escola/Acompanhamento em Ensino Clínico)

Origem	Soma dos quadrados Tipo III	Graus de liberdade	Quadrados médios	F	p-value	Poder observado ^b
Modelo corrigido	2248,991 ^a	3	749,664	15,099	,000	1,000
Interceto	420419,493	1	420419,493	8467,695	,000	1,000
Escola	2101,010	1	2101,010	42,317	,000	1,000
Acomp. EC	690,240	2	345,120	6,951	,001	,924
Escola * Acomp. EC	,000	0
Erro	14646,695	295	49,650			
Total	743346,000	299				
Total corrigido	16895,686	298				

a. R Squared = ,133 (R Squared Ajustado = 0,124); b. Computadorizada usando alpha = ,05
Variável dependente: competências de comunicação

Fonte: SPSS

Na análise de relação da variável dependente ou de resposta (ICRA) com as variáveis independentes ou preditoras, fomos prever o comportamento da variável dependente (e suas dimensões) a partir das variáveis independentes, informando sobre a margem de erro dessas previsões. Para tal, utilizámos o Modelo de Regressão Linear Múltipla (MRLM) (Pestana & Gageiro, 2000; Marôco, 2011). Este modelo consiste numa “técnica estatística, descritiva e inferencial, que permite a análise da relação entre a variável dependente e um conjunto de variáveis independentes” (Pestana & Gageiro, 2000: 474).

Com esta análise pretendemos estabelecer um modelo preditivo da aquisição e desenvolvimento das competências relacionais em estudantes da licenciatura em enfermagem, expressas pelo ICRA, e as variáveis independentes ano, escola, sexo, estado civil, idade, tipo de acompanhamento em EC, opção de escolha do curso e habilitações literárias. A preceder a estimação do modelo de regressão linear entre a variável dependente e as variáveis independentes, estabelecemos duas perguntas: será que é possível estimar o que influencia a aquisição/desenvolvimento das competências relacionais em função das variáveis independentes? Será que todas as variáveis preditoras têm interesse para o modelo?

Nesta fase da análise vamos proceder apenas à análise da regressão linear standard, pelo que usámos todas as variáveis (Método: Enter). No quadro seguinte (quadro 44) apresentamos um sumário do modelo e de acordo com o coeficiente de correlação ajustado ($R^2_a=0,180$) podemos afirmar que 18% da variabilidade total das competências relacionais é explicada pelas variáveis independentes presentes no modelo de regressão linear ajustado. Com a estatística de *Durbin-Watson* (d) podemos verificar quanto á independência dos resíduos, no nosso estudo podemos supor que os resíduos são independentes ou seja não

existe auto correlação dos resíduos, pois temos o valor da estatística $d=1,916$, próxima de 2^{14} .

Quadro 43 - Resumo do Modelo ^b

Modelo	Correlação múltipla (R)	Coefficiente de determinação (R)	Coefficiente de determinação ajustado (R ²)	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,450 ^a	,203	,180	30,292	1,916

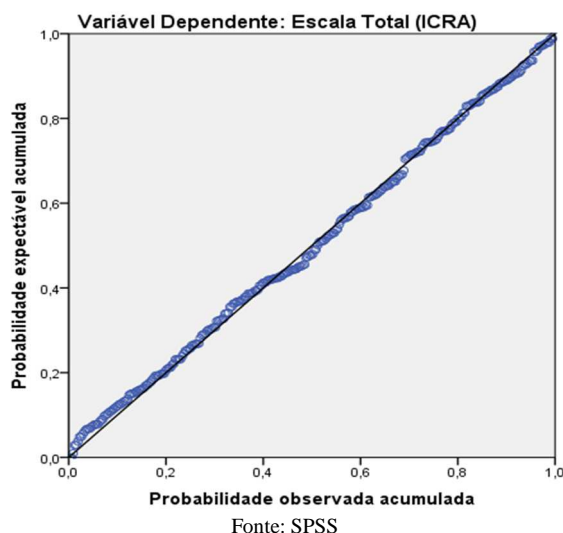
a. Preditoras: (Constante), Acompanhamento EC, Sexo, Estado Civil, Escola, Idade, Ano, Habilitações literárias, opção no curso
b. Variável Dependente: Escala Total (ICRA)

Fonte: SPSS

Na estatística descritiva dos resíduos podemos verificar que temos pelo menos um outlier¹⁵, que apresenta um valor mínimo de *Student Deleted Residual* de -5,496 com cerca de 5 desvios-padrão abaixo da média dos outros resíduos.

De acordo com a figura 18, podemos afirmar que os resíduos apresentam distribuição normal, pois a maioria dos pontos está em cima da linha diagonal principal sem desvios substanciais, logo os resíduos são considerados representativos de uma distribuição normal. A variável estatística de regressão satisfaz a hipótese de normalidade (Hair, Black, Babin, Anderson & Tatham, 2006).

Figura 18 - Gráfico da regressão padronizada residual

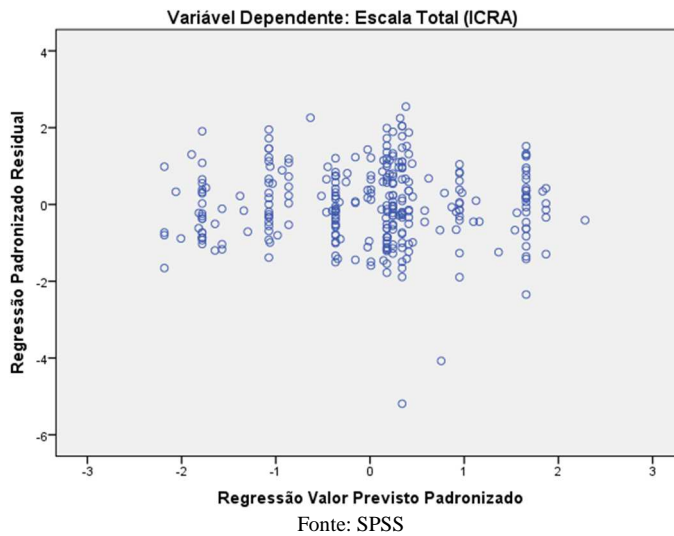


¹⁴ Valores do teste de Durbin-Watson: “valores próximos de 2, não existe autocorrelação dos resíduos; para valores próximos de 0 significa uma autocorrelação positiva; para valores próximos de 4 existe uma autocorrelação negativa” (Pestana & Gageiro, 2000: 467).

¹⁵ “Observações extremas, não características, que apresentam resíduos que são consideravelmente superiores, em valor absoluto, aos resíduos das outras observações (mais de dois desvios-padrão relativamente à média)” (Marôco, 2011: 695).

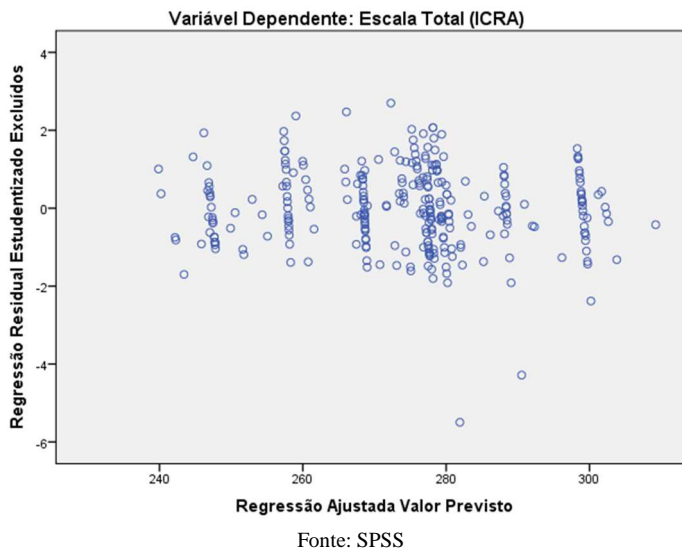
Na figura 19 podemos observar como os resíduos se distribuem de forma mais ou menos aleatória em volta do zero e já podemos observar a presença de dois *outliers*. No entanto é no gráfico seguinte que podemos obter mais informação, pois em amostras grandes os resíduos estandardizados e os resíduos estudantizados tomam valores muito semelhantes. Mas é nos resíduos estudantizados que se pondera a influência de cada observação no modelo (Marôco, 2011).

Figura 19 - Gráfico de dispersão



Neste último gráfico (Figura 20) dos resíduos estudantizados, é evidente a presença de dois *outliers*, o ponto padronizado residual excluído próximo de -4 e -6 e com valor previsto ajustado próximo de 290 e 280, respetivamente.

Figura 20 - Gráfico de dispersão



Fazendo os testes exatos à ocorrência de *outliers* e ao pressuposto da distribuição normal fizemos os estudantizados excluídos residual, no teste *Kolmogorov-Smirnov* o *p-value* é de 0,916, portanto a variável resíduos não padronizados segue distribuição normal.

Quadro 44 - Teste Kolmogorov-Smirnov

		Resíduos não padronizados
N		294
Parâmetros normais ^{a,b}	Média	,0000000
	Desvio Padrão	29,87582088
Diferenças mais extremas	Absoluto	,032
	Positivo	,032
	Negativo	-,030
Kolmogorov-Smirnov Z		,547
Significância bilateral (2-tailed)		,916
Ponto de Probabilidade		,000
a. Teste de distribuição é normal.		
b. Calculado a partir dos dados.		

Fonte: SPSS

Para sabermos se o modelo ajustado é significativo, calculámos a ANOVA da regressão (quadro 45), a qual permite dizer que pelo menos uma das variáveis independentes possui um efeito significativo sobre a variação da variável dependente. Podemos ainda afirmar que o modelo é altamente significativo, pois temos associado um valor de $F=9,058$ com 8 a 285 graus de liberdade, tendo associado um $p < 0,001$ ($p\text{-value} = 0,000$).

Quadro 45 - ANOVA da regressão^b

Modelo		Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Quadrados médios	F	p-value
1	Regressão	66491,751	8	8311,469	9,058	,000 ^a
	Residual	261521,449	285	917,619		
	Total	328013,201	293			
a. Preditoras: (Constante), Acompanhamento EC, Sexo, Estado Civil, Escola, Idade, Ano, Habilitações literárias, opção no curso de enfermagem; b. Variável Dependente: Escala Total (ICRA)						

Fonte: SPSS

Os resultados obtidos revelam que a análise dos valores absolutos dos coeficientes estandardizados Beta permite afirmar que as variáveis ano, escola e acompanhamento EC apresentam as maiores contribuições relativas para explicar o comportamento das

competências relacionais. Para uma significância ($p < 0,05$) podemos concluir que apenas as variáveis ano, escola e acompanhamento EC afetam significativamente a variável dependente. Mesmo usando a correção de *Bonferroni* ($p=0,01$) mantem-se a significância para estas variáveis.

Quadro 46 - Coeficientes de regressão ^a

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes estandardizados	t	p-value
		B	Erro padrão	Beta		
1	(Constante)	231,310	14,488		15,965	,000
	Ano	10,657	1,932	,428	5,516	,000
	Escola	19,829	4,156	,297	4,771	,000
	Sexo	3,172	5,216	,033	,608	,544
	Idade	6,053	5,132	,089	1,179	,239
	Habilitações acadêmicas	-,561	,660	-,047	-,850	,396
	Estado Civil	,200	2,773	,004	,072	,942
	opção no curso de enfermagem	-,526	1,793	-,016	-,293	,769
	Acompanhamento EC	-13,201	4,678	-,266	-2,822	,005

a. Variável Dependente: Escala Total (ICRA)

Fonte: SPSS

Passamos então à análise usando o método *Stepwise*, o qual permite a remoção de uma variável cuja importância no modelo é reduzida pela adição de outras variáveis (Marôco, 2011). As variáveis independentes que melhor predizem a variável dependente (Competências relacionais) são a Escola seguida do ano e do acompanhamento em ensino clínico. Os dados mostram que o modelo é altamente significativo.

Podemos ainda relatar que 9,3% da variação das competências relacionais no modelo 1 são explicadas pela Escola, 17,8% explicadas pela Escola/ano e 19,6% são explicadas pelo Escola/ano/tipo de acompanhamento em ensino clínico (quadro 47).

Quadro 47 - Resumo do Modelo ^d

Modelo	Correlação múltipla (R)	Coefficiente de determinação (R)	Coefficiente de determinação ajustado (R ²)	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,305 ^a	,093	,090	31,919	
2	,422 ^b	,178	,173	30,436	
3	,442 ^c	,196	,187	30,165	1,874

a. Preditora: (Constante), Escola; b. Preditoras: (Constante), Escola, Ano; c. Preditoras: (Constante), Escola, Ano, Acompanhamento EC; d. Variável Dependente: Escala Total (ICRA)

Fonte: SPSS

O método *Stepwise* identificou três preditores estatisticamente significativos: Escola, Ano, Acompanhamento em EC. No entanto antes de aceitarmos estes resultados de regressão

como válidos, devemos examinar o grau de multicolinearidade e o seu efeito sobre os resultados. No quadro 48, a Anova confirma os resultados acima relatados, pois a soma total dos quadrados para cada um dos modelos é explicada por cada uma das variáveis referentes a cada modelo. Para cada um deles com um nível de significância de 0,000, mostra que a contribuição de cada variável é significativa.

Quadro 48 - ANOVA^d

Modelo		Soma dos Quadrados	Graus de liberdade	Quadrados médios	F	p-value
1	Regressão	30509,561	1	30509,561	29,945	,000 ^a
	Residual	297503,639	292	1018,848		
	Total	328013,201	293			
2	Regressão	58443,084	2	29221,542	31,545	,000 ^b
	Residual	269570,117	291	926,358		
	Total	328013,201	293			
3	Regressão	64142,262	3	21380,754	23,498	,000 ^c
	Residual	263870,939	290	909,900		
	Total	328013,201	293			

a. Preditora: (Constante), Escola; b. Preditoras: (Constante), Escola, Ano; c. Preditoras: (Constante), Escola, Ano, Acompanhamento EC; d. Variável Dependente: **Escala Total (ICRA)**

Fonte: SPSS

Para obter o grau de multicolinearidade¹⁶ e o seu efeito nos resultados, utilizamos o processo onde fazemos comparações através das conclusões obtidas a partir de valores do fator de inflação de variância (VIF) e de tolerância da variável (T). Através da VIF fizemos o diagnóstico de multicolinearidade entre as variáveis independentes. Como os valores de VIF são inferiores a 5 não existe multicolinearidade entre as variáveis e quando T é próximo de zero, a variável pode escrever-se como uma combinação quasi-linear das outras variáveis independentes. Perante outras amostras aleatórias da mesma população, o coeficiente associado a esta variável pode tomar um valor completamente diferente do obtido para esta amostra. No nosso caso os valores de T estão, na maioria, perto de 1, exceto na variável acompanhamento em EC em que o valor de T está mais próximo de zero ($t=0,386$). Podemos então concluir que a colinearidade entre as variáveis é baixa, ou seja nenhum valor VIF excede a 10,0, e os valores de tolerância mostram que a colinearidade não explica mais do que 10% da variância de qualquer variável independente. Podemos ver no quadro 49, que os VIF e os valores de tolerância indicam colinearidade inconsequente¹⁷ no nosso estudo.

¹⁶ Associação entre as variáveis independentes (Marôco, 2011)

¹⁷ Valor de $VIF < 10,0$ e Valor de $T \leq 10\%$

Quadro 49 - Coeficiente de regressão da variável dependente Escala Total (ICRA)

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes estandardizados	t	p-value	Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
1	(Constante)	243,376	5,911		41,171	,000		
	Escola	20,376	3,723	,305	5,472	,000	1,000	1,000
2	(Constante)	213,303	7,859		27,141	,000		
	Escola	24,465	3,628	,366	6,744	,000	,958	1,044
	Ano	7,431	1,353	,298	5,491	,000	,958	1,044
3	(Constante)	238,293	12,664		18,817	,000		
	Escola	19,439	4,118	,291	4,720	,000	,730	1,370
	Ano	10,759	1,889	,432	5,697	,000	,483	2,070
	Acompanhamento EC	-10,533	4,209	-,212	-2,503	,013	,386	2,589

Fonte: SPSS

Para detetar a multicolinearidade (quadro 50) podemos utilizar os valores próprios (*eigenvalues*) da matriz das correlações entre as variáveis independentes. A conclusão acima referida é apoiada quando observamos os índice de condição, pois nenhum tem valores superiores a 30,0, mesmo usando um valor de referencia de 15 para o índice de condição. Assim não encontramos evidência de multicolinearidade nos resultados.

Quadro 50 - Diagnóstico da Colinearidade

Modelo	Dimensão	Eigenvalue	Índice de condição	Proporções de Variância			
				Constante	Escola	Ano	Acompanhamento EC
1	1	1,949	1,000	,03	,03		
	2	,051	6,189	,97	,97		
2	1	2,816	1,000	,01	,01	,02	
	2	,151	4,325	,00	,26	,54	
	3	,033	9,222	,99	,73	,45	
3	1	3,770	1,000	,00	,00	,00	,00
	2	,172	4,686	,00	,23	,13	,01
	3	,048	8,856	,09	,20	,59	,12
	4	,010	19,036	,91	,56	,27	,87

Variável Dependente: Escala Total (ICRA)

Fonte: SPSS

Após a utilização dos métodos de seleção de preditores (seleção de *Forward*, seleção *Backward* e seleção *Stepwise*) as nossas variáveis independentes preditoras são o ano, a escola e o tipo de acompanhamento em EC, as restantes foram excluídas (sexo, idade, estado civil e habilitações literárias).

De seguida calculámos a regressão linear para cada dimensão das competências relacionais (variável dependente), usando as mesmas variáveis independentes. Para a dimensão das competências genéricas as variáveis preditoras são o ano, a Escola e o tipo de acompanhamento em EC.

Verificámos no quadro 51 que a Escola é preditor do desenvolvimento das competências genéricas e que explica 6,5% da variabilidade nesta dimensão, que 1,17% é explicada pela variável Escola e ano e que o Escola, ano e o tipo de acompanhamento incrementam 1,32% da variabilidade nas competências genéricas. Assim estas três variáveis explicam da variabilidade encontrada no desenvolvimento de competências genéricas. Verificámos também, pelo teste F que apresenta um nível de significância de 0,000, que há diferenças significativas entre os coeficientes das variáveis.

Quadro 51 - Resumo do Modelo

Modelo	Correlação múltipla (R)	Coefficiente de determinação (R)	Coefficiente de determinação ajustado (R ²)	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,261 ^a	,068	,065	12,545	
2	,351 ^b	,123	,117	12,191	
3	,375 ^c	,141	,132	12,088	1,810

a. Preditoras: (Constante), Escola; b. Preditoras: (Constante), Escola, Ano; c. Preditoras: (Constante), Escola, Ano, Acompanhamento EC; d. Variável Dependente: Competências genéricas

Fonte: SPSS

Observámos através dos coeficientes de regressão (quadro 52) que nesta dimensão das competências relacionais não se verifica colinearidade entre as variáveis independentes.

Quadro 52 - Coeficiente de regressão da variável competências genéricas

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coefficientes estandardizados	t	p-value	Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
1	(Constante)	102,924	5,827		17,662	,000		
	Ano	3,583	,777	,371	4,610	,000	,466	2,148
	Escola	6,159	1,672	,238	3,684	,000	,723	1,383
	Acompanhamento EC	-4,566	1,882	-,237	-2,427	,016	,315	3,172
	Sexo	-,125	2,098	-,003	-,059	,953	,976	1,024
	Idade	1,070	2,064	,041	,518	,605	,486	2,058
	Habilitações académicas	-,027	,265	-,006	-,102	,919	,926	1,080
	Estado Civil	,274	1,115	,014	,246	,806	,869	1,150
Opção do curso	-,085	,721	-,006	-,117	,907	,985	1,016	

Fonte: SPSS

Para a dimensão competências empáticas, apenas foram removidas as variáveis estado civil e idade, o que faz com que as variáveis preditoras sejam o ano, a Escola o tipo de acompanhamento em EC e o sexo.

Na regressão múltipla com a seleção *Stepwise* tendo como variável dependente a dimensão competências empáticas, o modelo 4 é o que explica 13,8% da variabilidade do desenvolvimento das competências relacionais, com um valor de $d = 2,108$, que nos indica que os resíduos são independentes.

Quadro 53 - Resumo do Modelo

Modelo	Correlação múltipla (R)	Coefficiente de determinação (R)	Coefficiente de determinação ajustado (R ²)	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,245 ^a	,060	,057	10,011	
2	,342 ^b	,117	,111	9,721	
3	,369 ^c	,136	,127	9,630	
4	,387 ^d	,150	,138	9,571	2,108

a. Preditoras: (Constante), Escola; b. Preditoras: (Constante), Escola, Ano; c. Preditoras: (Constante), Escola, Ano, Acompanhamento EC; d. Preditoras: (Constante), Escola, Ano, Acompanhamento EC, 1. Sexo; e. Variável Dependente: Competências empáticas

Fonte: SPSS

Por outro lado, o modelo de regressão indica-nos que estas variáveis tem um poder significativo, pois o valor associado ao teste F é 0,000. No entanto, diz-nos ainda que a correlação é positiva para as variáveis Escola, ano e sexo e portanto quando uma aumenta a outra também aumenta, enquanto para o tipo de acompanhamento a correlação é positiva o que nos diz que quando esta aumenta, diminuem as competências empáticas, ou seja quando o tipo de acompanhamento é o enfermeiro orientador da unidade de cuidados (3) as competências empáticas diminuem.

No que se refere à correlação entre as variáveis independentes preditoras não verificámos colinearidade entre elas, tal como se pode observar no quadro 54.

Quadro 54 - Coeficiente de regressão da variável competências empáticas

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coefficientes estandardizados	t	p-value	Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
1	(Constante)	59,981	1,854		32,354	,000		
	Escola	5,046	1,168	,245	4,321	,000	1,000	1,000
2	(Constante)	52,424	2,510		20,886	,000		
	Escola	6,074	1,159	,295	5,242	,000	,958	1,044
	Ano	1,867	,432	,243	4,321	,000	,958	1,044
3	(Constante)	60,564	4,043		14,980	,000		
	Escola	4,437	1,315	,216	3,375	,001	,730	1,370
	Ano	2,951	,603	,384	4,895	,000	,483	2,070
	Acompanhamento EC	-3,431	1,344	-,224	-2,553	,011	,386	2,589
4	(Constante)	56,827	4,379		12,977	,000		
	Escola	4,496	1,307	,218	3,440	,001	,730	1,370
	Ano	3,011	,600	,392	5,019	,000	,482	2,074
	Acompanhamento EC	-3,630	1,339	-,237	-2,712	,007	,384	2,601
	Sexo	3,509	1,635	,117	2,146	,033	,991	1,009

Fonte: SPSS

Na dimensão das competências de comunicação, são variáveis preditoras apenas o ano e a Escola, todas as restantes são removidas pois não apresentam significância estatística. Também nesta dimensão das competências relacionais não se verifica colinearidade entre as variáveis preditoras (quadro 55).

Quadro 55 - Coeficiente de regressão da variável competências de comunicação

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes estandardizados	t	p-value	Estatísticas de colinearidade	
		B	Erro padrão	Beta			Tolerância	VIF
1	(Constante)	42,453	1,339		31,703	,000		
	Escola	4,485	,843	,297	5,317	,000	1,000	1,000
2	(Constante)	34,086	1,733		19,671	,000		
	Escola	5,623	,800	,372	7,030	,000	,958	1,044
	Ano	2,068	,298	,367	6,930	,000	,958	1,044

Fonte: SPSS

Na regressão linear múltipla da variável competências de comunicação, de acordo com os dados obtidos (quadro 56) podemos afirmar que 8,5% da variabilidade do desenvolvimento destas competências está associado à Escola onde os estudantes estão a estudar e 21,2% está associado ao ano do curso que frequentam, apresentando significância do teste F de 0.000. Este dado revela que podem ser preditoras do desenvolvimento desta dimensão das competências.

Quadro 56 - Resumo do Modelo

Modelo	Correlação múltipla (R)	Coeficiente de determinação (R)	Coeficiente de determinação ajustado (R ²)	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,297 ^a	,088	,085	7,231	
2	,466 ^b	,217	,212	6,711	1,600

a. Preditoras: (Constante), Escola; b. Preditoras: (Constante), Escola, Ano; c. Variável Dependente: competências de comunicação

Fonte: SPSS

Na última dimensão analisada, competências de contacto, verificámos que as variáveis preditoras são o ano e a escola, as quais explicam cerca de 10,7% da variabilidade do desenvolvimento desta dimensão das competências relacionais (quadro 57) com uma significância associada ao teste F de 0,000.

Quadro 57 - Resumo do Modelo

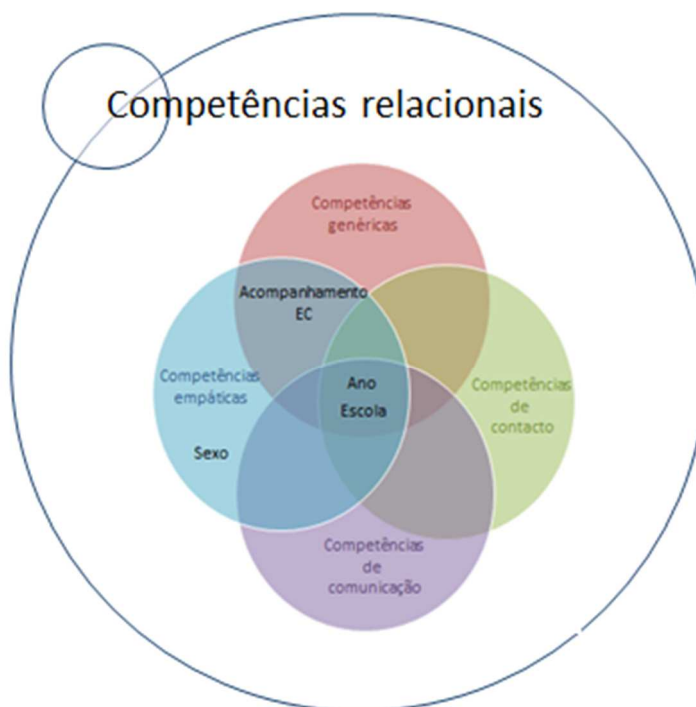
Modelo	Correlação múltipla (R)	Coeficiente de determinação (R)	Coeficiente de determinação ajustado (R ²)	Erro padrão da estimativa	Durbin-Watson
1	,272 ^a	,074	,071	7,383	
2	,336 ^b	,113	,107	7,240	1,837

a. Preditoras: (Constante), Escola; b. Preditoras: (Constante), Escola, Ano; c. Variável Dependente: competências de contacto

Fonte: SPSS

Fazendo a análise do resultado da regressão linear múltipla entre a variável dependente (competências relacionais), as suas dimensões e as variáveis independentes, verificámos que se evidenciaram as variáveis independentes ano, escola, acompanhamento em EC e o sexo dos estudantes, tal como se pode ver na figura 21.

Figura 21 - Variáveis predictoras das competências relacionais e suas dimensões



Fonte: própria

Concluindo esta análise, podemos dizer que as variáveis ano do curso e escola (A ou B) são variáveis predictoras das competências relacionais em todas as dimensões dessas competências, o que significa que têm poder explicativo no desenvolvimento das competências relacionais nos estudantes de enfermagem analisados.

2.3 – DADOS RECOLHIDOS ATRAVÉS DA GRELHA DE OBSERVAÇÃO

A observação direta em meio natural, é uma técnica de recolha de dados privilegiada que permite a obtenção de dados, sem estar condicionada pela opinião dos participantes, que por vezes são difíceis de recolher de outra forma, tal como emoções e linguagem não-verbal, que no nosso estudo são importantes para análise de uma das variáveis dependentes, a preservação da intimidade do utente.

Esta técnica consiste em observar de forma estruturada o comportamento e as interações dos estudantes de enfermagem e o utente em todo o processo de cuidar no momento e no local onde este ocorre, utilizando uma grelha de observação (Anexo C). Os dados recolhidos

foram tratados recorrendo a técnicas de estatística descritiva com a utilização de testes não paramétricos, já que estes testes não exigem que a distribuição da variável em estudo seja normal e porque, para amostras pequenas e onde as variáveis não verificam os pressupostos dos testes paramétricos, podem ser mais potentes. Além disso, podem ser aplicados a variáveis com escala ordinal (Marôco, 2011) e a análise de conteúdo para as notas de campo que foram retiradas.

Na observação tivemos em atenção as várias fases propostas por Queiroz, Vall, Souza e Vieira (2007), sendo que na primeira etapa foi necessário obter o consentimento dos estudantes, o que foi feito quando se realizou a primeira recolha de dados e se explicou qual o objetivo da observação. A segunda etapa foi operacionalizada com a consulta da estrutura curricular de ambas as escolas assim como os planeamentos das unidades curriculares, teóricas, teórico-práticas e práticas, com a finalidade de compreender o fenómeno em estudo. De seguida procedeu-se à observação dos estudantes em contexto clínico. A terceira etapa consistiu na organização e a análise dos dados recolhidos.

Salientamos ainda que a consulta dos documentos referentes a cada curso nas duas escolas foi muito importante para perceber a diferença de resultados constatados na análise do ICRA (para cada escola) e compreender a prestação de cuidados dos estudantes em ensino clínico.

Apresentamos separadamente a metodologia de observação aplicada a cada escola, assim como a caracterização de cada curso.

Escola A

Foi feita a análise da grelha de observação aplicada entre maio e julho de 2011 aos estudantes da Escola A, a qual foi aplicada nos turnos da manhã e tarde nos serviços de Ortopedia, Medicina, Obstetrícia, Pediatria, Cirurgia, Cardiologia e Especialidades Médicas do Hospital do Espírito Santo de Évora (HESE)¹⁸.

Foi observada a prestação de cuidados dos estudantes da referida escola pois é no contexto da prática clínica que as competências são observáveis e são explicitadas nos fenómenos reais. Aos estudantes sob observação, foi também aplicado o ICRA.

¹⁸ Foi realizado pedido ao conselho de administração de cada unidade de saúde onde se procedeu á observação dos estudantes.

Os estudantes do 2º ano foram observados em grupos de 4 estudantes, os estudantes do 3º ano foram observados em grupos de 2 estudantes e os estudantes do 4º ano foram observados individualmente, devido às características em que decorreu o ensino clínico. Os estudantes do 2º ano, permaneciam nos serviços nos turnos da manhã, com acompanhamento por enfermeiras orientadoras dos serviços, enquanto os estudantes do 3º e 4º ano permaneciam nos serviços em horários rotativos, conforme o horário praticado pelas enfermeiras orientadoras. Salienta-se ainda que os estudantes do 2º e 3º ano permaneciam em grupos de 4 e 2 estudantes por cada enfermeira orientadora.

Os estudantes do 2º ano realizavam o Ensino Clínico I e II, com um total de 270 horas das quais 192 são de prática clínica supervisionada por enfermeiros orientadores da unidade de cuidados onde o ensino clínico decorre, as restantes horas são de trabalho individual dos estudantes e 8 horas de orientação tutorial, no serviço de Medicina 2 e serviço de Ortopedia, respetivamente. Nestes serviços, as práticas clínicas desenvolvem-se no âmbito da enfermagem médico-cirúrgica e de reabilitação. Cada enfermeiro orientador, orienta grupos de 3 estudantes, que realizam um horário diário das 8-16 horas, com 32 horas semanais.

Os estudantes do 3º ano encontravam-se a realizar o Ensino Clínico V de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e o Ensino Clínico VI de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com um total de 270 horas cada. Em contexto prático realizam 192h, distribuídas por seis semanas, o que perfaz um total de 32h semanais, ou seja 4 turnos semanais. Para orientação tutorial de estudantes são reservadas 8h, restando 70h para trabalho do estudante. Estes ensinamentos clínicos realizam-se também. Cada enfermeiro orientador é responsável pela orientação de 2 estudantes, que praticam um horário rotativo.

Os estudantes do 4º ano estavam a realizar o Ensino Clínico VII, nos serviços de Cirurgia II, Cardiologia e Especialidades Médicas, com um total de 245 horas em regime de prática clínica supervisionada por enfermeiros da unidade de cuidados onde o ensino clínico decorre. Praticavam o horário rotativo e estavam distribuídos individualmente por cada enfermeiro orientador.

Todos os ensinamentos clínicos estavam sob a responsabilidade de um professor da escola. O docente responsável por cada Ensino Clínico, desloca-se ao local de estágio no início, no meio e no final de cada grupo de estudantes. Estas deslocações têm como finalidade a realização de reuniões de orientação e avaliação, acompanhamento pedagógico e supervisão da forma como decorre o processo de ensino/aprendizagem. Poderá eventualmente deslocar-

se ao local sempre que a sua presença for requerida quer pelos estudantes, quer pelos enfermeiros orientadores dos serviços responsáveis pela aprendizagem e a mesma se justifique.

Os estudantes observados pertenciam na sua maioria ao 2º ano com 42,9%, seguidos dos estudantes do 3º ano com 38,1% e os estudantes do 4º ano com 19%. Todos estavam no 2º semestre de cada ano, ou seja no semestre referente à prática clínica, de acordo com a estrutura curricular da referida escola.

Em relação ao serviço em que se encontravam a realizar o ensino clínico, tal como se pode ver no quadro 58, a maioria estava no serviço de Medicina, seguido pelos serviços de Obstetrícia e Pediatria.

Quadro 58 - Serviços onde foram observados os estudantes da escola A

Serviços	Frequência	Percentagem
Ortopedia	2	9,5
Medicina	7	33,3
Obstetrícia	5	23,8
Pediatria	3	14,3
Cirurgia	1	4,8
Cardiologia	1	4,8
Especialidades Médicas	2	9,5
Total	21	100,0

Fonte: SPSS

A média de cada observação foi de 1 hora e 30 minutos por cada estudante, quer individualmente, quer nos respetivos grupos.

Escola B

Foi feita a análise da grelha de observação aplicada entre maio e junho de 2010 aos estudantes da Escola B, a qual foi aplicada nos turnos da manhã e tarde nos serviços¹⁹ de Cirurgia, Obstetrícia, Urgência Pediátrica e Medicina do Hospital de São Bernardo (HSB) em Setúbal, no serviço de Obstetrícia do Hospital Nossa Senhora do Rosário (HNSR)

¹⁹ Foi realizado pedido ao conselho de administração de cada unidade de saúde onde se procedeu à observação dos estudantes.

Barreiro e nos lares de 3ª idade, Centro de Apoio à Terceira Idade (CATI) em Setúbal e Residência Nossa Senhora da Esperança (RNSE) em Almada, tal como se pode observar no quadro 59.

Quadro 59 - Serviços onde foram observados os estudantes da escola B

Serviços	Frequência	Percentagem
Lar CATI	4	17,4
Lar RNSE	1	4,3
Cirurgia	7	30,4
Obstetrícia	7	30,4
Urgência Pediátrica	3	13,0
Medicina	1	4,3
Total	23	100,0

Fonte: SPSS

Foram realizadas observações a estudantes da referida escola aos quais foi igualmente aplicado o questionário de caracterização sociodemográfica assim como o ICRA.

Os estudantes do 1º e 2º ano foram observados em grupo de 5/6 estudantes enquanto os estudantes do 3º e 4º ano foram observados individualmente, devido às características em que decorreu o ensino clínico. Os estudantes do 1º e 2º ano, encontravam-se nos serviços nos períodos das 9-13 horas e das 8-17 horas respetivamente, com acompanhamento pelas docentes da escola, enquanto os estudantes do 3º e 4º ano permaneciam nos serviços em horários rotativo, conforme o horário praticado pelos enfermeiros orientadores da unidade de cuidados onde o ensino clínico decorreu.

Os estudantes do 1º ano encontravam-se a realizar o Ensino Clínico de Enfermagem – Instrumentos Básicos e Comunicação com a duração de 210 horas, estavam em lares de 3ª idade, com acompanhamento pela professora responsável da escola.

Os estudantes do 2º ano estavam a realizar o Ensino Clínico de Enfermagem IV, sob a designação de “Pessoa Adulta e Idosa: Processos de Saúde e Doença”, com a duração de 630 horas, no Serviço de Cirurgia, com a enfermeira orientadora da unidade de cuidados e a professora responsável da escola.

Os estudantes do 3º ano estavam a realizar o Ensino Clínico de Enfermagem VI – Mulher e Saúde Reprodutiva, com a duração de 210 horas, com enfermeiros orientadores da unidade de cuidados.

Os estudantes do 4º ano estavam realizando o Ensino Clínico - Estágio de Opção, com a duração de 630 horas, no Serviço de Obstetrícia e Urgência Pediátrica, com enfermeiros orientadores da unidade de cuidados.

Os estudantes que foram observados pertenciam na sua maioria ao 2º e 4º ano do CLE com 30,4% cada, 21,7% estavam no 1º ano e 17,4% encontravam-se no 3º ano. Todos estavam no 2º semestre de cada ano, ou seja no semestre referente à prática clínica, de acordo com a estrutura curricular do curso de licenciatura da referida escola.

Em relação ao serviço em que se encontravam a realizar o ensino clínico, 30,4% estava no serviço de cirurgia, 26,1% no serviço de obstetrícia do HNSR, 17,4% no Lar CATI, 13,0% na Urgência Pediátrica do HSB e 4,3% respectivamente na RNSE e no serviço de obstetrícia do HSB.

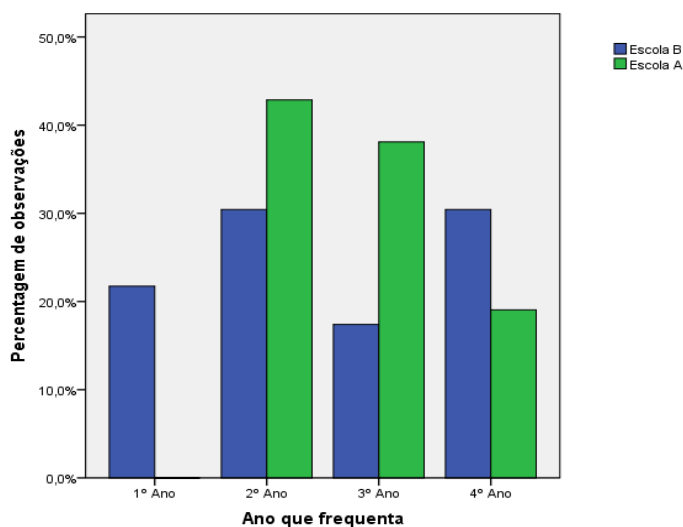
Em média cada observação teve a duração de 2 horas e 35 minutos quer nos estudantes observados individualmente, quer nos grupos de 2 estudantes.

Comparação entre as duas escolas

Foi avaliada a consistência interna da grelha de observação e verificámos que apresenta uma consistência interna razoável ($\text{Alpha de Cronbach's} = 0,708$).

Os estudantes observados estavam distribuídos por todos os anos do CLE na Escola B, enquanto na Escola A se encontravam apenas no 2º, 3º e 4º ano do CLE. Na Escola A os alunos do 1º ano não têm contato com a prática clínica (Figura 22).

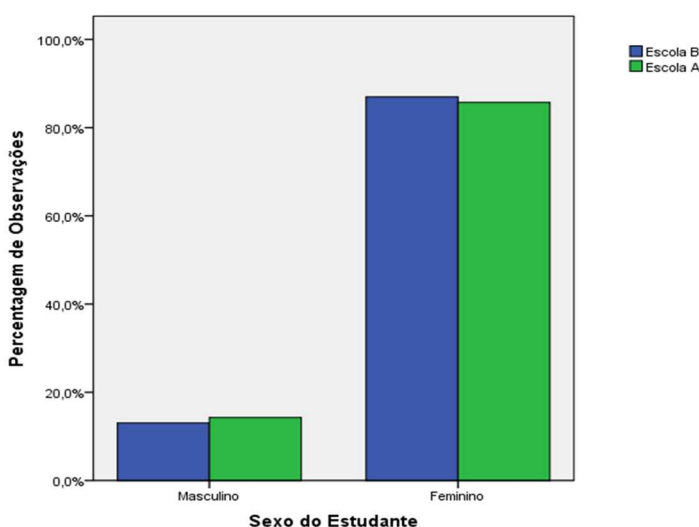
Figura 22 - Gráfico da distribuição dos estudantes por ano/escola



Fonte: SPSS

Em relação ao sexo do estudante, verificámos que em ambas as escolas foram observadas mais estudantes do sexo feminino (86,4%) do que estudantes do sexo masculino (13,6%) (Figura 23). Este caso encontra a sua justificação no facto de a enfermagem ser ainda uma profissão maioritariamente feminina conforme os dados 2012 da Ordem dos Enfermeiros, existiam em Portugal 65.467 enfermeiros em que destes 53.301 (81,4%) eram do sexo feminino e 12.166 (18,6%) eram do sexo masculino, tal como já referido anteriormente.

Figura 23 - Gráfico da distribuição dos estudantes por sexo/escola



Fonte: SPSS

Na observação dos estudantes, realizada em todos os momentos de contacto direto, houve determinados comportamentos verbais e não-verbais em que detivemos a nossa atenção no registo da grelha utilizada, de acordo com o estágio de aprendizagem em que se encontravam. Nos estudantes do 1º ano preocupamo-nos em observar a relação de ajuda e a comunicação em enfermagem, nos estudantes do 2º, 3º e 4º ano, considerando o nível de desenvolvimento nesta etapa do processo de aprendizagem e tivemos em conta todos os comportamentos expressos (na grelha de observação) no contacto com os utentes, indicadores do processo de desenvolvimento de competências nos diferentes contextos de ensino clínico. Apresentam-se de seguida os vários tipos de cuidados técnico-instrumentais realizados pelos estudantes durante o tempo de presença do observador. Optámos por apresentá-los neste formato, como meio de não sermos muito exaustivos, já que existiu uma grande variedade de cuidados observados (Quadro 60).

Quadro 60 - Cuidado técnico-instrumental realizado pelo estudante

CUIDADO TÉCNICO-INSTRUMENTAL	Escola A	Escola B	Frequência	Porcentagem
Exame físico	2	1	3	7,0
Banho de chuveiro	1	1	2	4,7
Banho na cama	2	2	4	9,3
Medicação	1	1	2	4,7
Penso	2	3	5	11,6
Ensinou o utente a amamentar	2	1	3	7,0
Posicionamento	1	1	2	4,7
Alimentação	1	2	3	7,0
BM test	1	1	2	4,7
Canalizar veia	1	1	2	4,7
Fazer cama com doente acamado	1	1	2	4,7
Colocar CTG	1	1	2	4,7
Retirar CTG	1	1	2	4,7
Colocar AEROSOL	1	1	2	4,7
Admissão	1	2	3	7,0
Triagem e colheita de urina	1	1	2	4,7
Ensino para a alta clínica	1	1	2	4,7
Total por escola	21	22	43	
Porcentagem por escola	48,8%	51,2%		100%

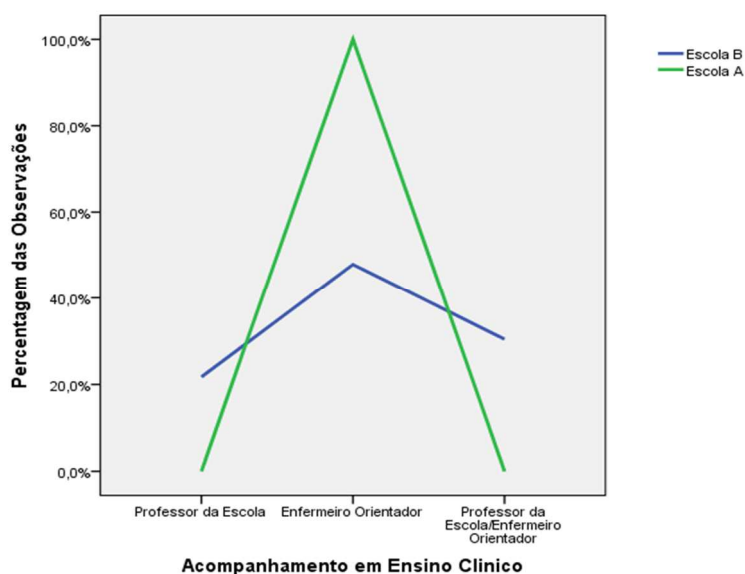
Fonte: SPSS

Nos estudantes observados, verificámos que o tipo de orientação/acompanhamento durante o ensino clínico ocorre de acordo com o nível de desenvolvimento dos estudantes e de acordo com os princípios definidas em cada escola. Na Escola A, verificámos que o tipo de orientação/acompanhamento durante o ensino clínico para os estudantes do 2º, 3º e 4º ano ocorre sob orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados. Os estudantes do 2º ano apenas realizam o turno da manhã, enquanto os estudantes do 3º ano e do 4º ano realizam o horário rotativo.

Em relação ao tipo de orientação/acompanhamento durante o ensino clínico, verificamos que todos os estudantes tinham um acompanhamento com um enfermeiro orientador com ligação a um docente de referência para cada ano e cada ensino clínico. O docente, preferencialmente, é perito na área em que ocorre o ensino clínico. Na Escola B, verificámos que o tipo de orientação/acompanhamento para os estudantes do 1º ano é realizado exclusivamente pelo docente em cada contexto de prática. Os estudantes do 2º ano desenvolvem a sua aprendizagem sob orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados e o docente de referência em presença física no referido serviço. Os estudantes do 3º e 4º ano estavam integrados nas equipas de enfermagem e afetos a um enfermeiro orientador da unidade de cuidados em ligação a um docente de referência.

Em relação ao tipo de orientação/acompanhamento durante o ensino clínico, verificamos que o acompanhamento da maioria dos estudantes era realizado por um enfermeiro orientador da unidade de cuidado em 47,8% dos estudantes, em 30,4% o acompanhamento era realizado pelo enfermeiro orientador da unidade de cuidados/docente da escola enquanto 21,7% tinha o acompanhamento realizado apenas pelo docente da escola. No gráfico seguinte (Figura 24), apresentamos o tipo de acompanhamento dos estudantes em cada escola.

Figura 24 - Gráfico do tipo de acompanhamento/escola



Fonte: SPSS

Relativamente aos cuidados afetivo-expressivos realizados pelos estudantes durante o processo de cuidar, utilizámos uma divisão de comportamentos verbais de cuidado e comportamento não-verbais de cuidado, de acordo a grelha de observação ICC (Adaptada de Bobroff, 2003).

Estes comportamentos verbais e não-verbais de cuidado estão dentro da comunicação que é estabelecida pelo estudante/utente. Esta comunicação é um processo de canalizar as mensagens no desenvolvimento das competências relacionais entre o estudante e o utente, assim como na incursão da intimidade/privacidade do utente. A comunicação pode ser verbal e não-verbal de forma a satisfazer a receção/transmissão da mensagem desejada pelo estudante. Na comunicação há comportamentos verbais e não-verbais que fazem parte da forma de expressar a comunicação. Habermas (1989), desenvolveu a teoria do Agir

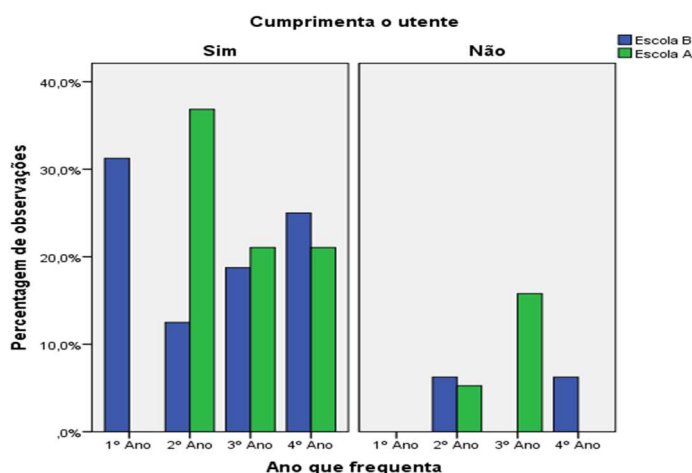
Comunicativo, onde “privilegia o entendimento da linguagem verbal ou não-verbal como ponto focal do estudo do fenómeno comunicacional. Para ele, a comunicação seria um agir, isto é um comportamento, uma expressão humana observável e identificável” (Pereira, 2008: 24).

De seguida passamos a analisar os comportamentos verbais de cuidado, que implicam sempre o uso de palavras para fazer a transmissão da mensagem por parte do estudante ao utente. Sempre que ocorra uma falha neste processo de comunicação, isso pode traduzir-se num problema no relacionamento estudante/utente.

Apresentam-se, agora, as correlações entre os vários itens da grelha de observação e as variáveis predictoras das competências relacionais, definidas no capítulo anterior, sempre com um nível de significância de 0,05.

Relativamente ao constructo 1 – Comunicar verbalmente²⁰, foi observado que no item cumprimenta o utente (Figura 25) a maioria (51,7%) dos estudantes que realiza este procedimento pertence à Escola A seguido dos estudantes da Escola B com 48,3%.

Figura 25 - Gráfico da relação cumprimenta o utente/ano/escola



Fonte: SPSS

A maior parte (31,1%) dos estudantes que realiza este item pertence ao 2º ano, seguidos dos estudantes do 4º ano com 27,6% das observações, dos estudantes do 3º ano com 24,1%

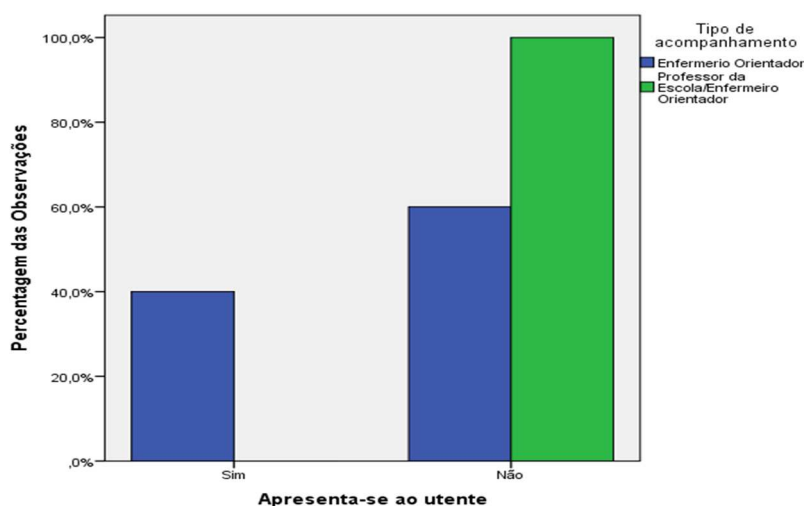
²⁰ “Apresentar-se e orientar verbalmente o paciente sobre o cuidado técnico a ser executado de forma simples e com palavras acessíveis, demonstrando conhecimento, antes de realizá-lo (colocar-se à disposição para explicar e minimizar a ansiedade sobre o que será feito, enquanto realiza (vai explicando o que faz, porque faz e que significados tem este fazer) e após a sua realização (explica as consequências esperadas), certificando-se do seu entendimento” (Bobroff, 67: 2003).

e por fim os estudantes do 1º ano com 17,2% dos casos observados. Na análise do gráfico da figura 12 observamos que os estudantes da escola A se destacam no 2º e 3º ano enquanto os estudantes da escola B realizam este procedimento no 1º e 4º ano em maioria.

Fazendo a interseção deste item com o tipo de acompanhamento que os estudantes têm em ensino clínico, verificamos que a maioria (62,9%) dos estudantes que cumprimentam o utente estão acompanhados pelo enfermeiro orientador da unidade de cuidados, no entanto esta correlação de Spearman²¹ não é estatisticamente significativa, sendo uma correlação fraca ($r=0,215$).

A apresentação ao utente, não foi observada na maioria (63,6%) dos estudantes observados. Naqueles que realizam este procedimento a maioria (75%) frequentava o 4º ano, pertencia ao sexo feminino e era da Escola B. Em relação à realização deste cuidado e o tipo de acompanhamento dos estudantes (Figura 26) verificámos que os estudantes que o realizaram (100%) estavam sob a orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados. A associação positiva fraca (r de Spearman=0,239) observada entre as variáveis apresenta-se ao utente e o tipo de acompanhamento não é estatisticamente significativa e a associação negativa fraca (r de Spearman= - 0,320) observada entre as variáveis apresenta-se ao utente e o ano que o estudante frequenta, também não é estatisticamente significativa.

Figura 26 - Gráfico da relação apresenta-se ao utente/tipo de acompanhamento

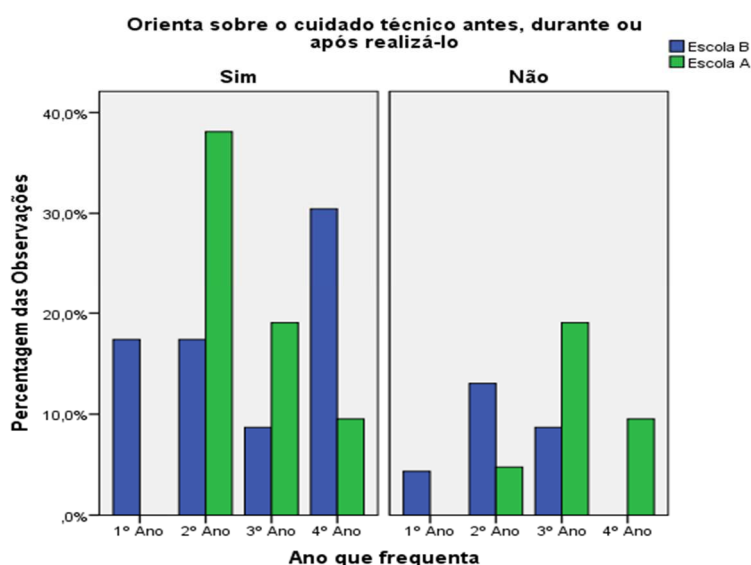


Fonte: SPSS

²¹ O coeficiente de correlação de Spearman mede a intensidade da relação entre variáveis ordinais. Este coeficiente não é sensível a assimetrias na distribuição, não exigindo que os dados provenham de duas populações normais (Pestana & Gageiro, 2000). Intensidade da correlação: +/-1 – perfeita; +/- 0,9 a +/- 0,7 – forte; +/-0,6 a +/- 0,4 – moderada; +/-0,3 a +/- 0,1 – fraca e 0 – ausência de correlação (Dancey & Reidy, 2006).

Em relação à orientação sobre o cuidado técnico antes, durante ou após realizá-lo, este foi observado na maior parte (38,7%) dos estudantes que frequentavam o 2º ano, seguidos dos estudantes do 4º ano com 29%. A correlação de Spearman entre estas duas variáveis tem uma associação fraca (0,031), não se verificando diferenças estatisticamente significativa entre o ano de curso. Em relação à análise de comparação entre o procedimento e a escola, verificámos uma diferença entre escolas e tal como mostra a figura 27, enquanto na Escola B a maioria dos estudantes encontra-se no 4º ano, na Escola A os estudantes encontram-se no 2º ano (ano em que se inicia os ensinamentos clínicos nesta escola). No entanto não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as duas escolas ($p=0,609$).

Figura 27 - Gráfico da relação entre as variáveis, orienta sobre o cuidado técnico antes, durante ou após realiza-lo/ano/escola



Fonte: SPSS

Em relação ao tipo de acompanhamento verificou-se que os estudantes que realizam este cuidado estavam maioritariamente (74,2%) com a orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados. No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativas entre o tipo de acompanhamento e a realização do cuidado e a correlação é positiva e fraca.

No constructo 2 – Respeitar, no item solícita autorização para tocar o utente²², verificámos que são os estudantes do 4º ano que realizam este cuidado em maioria (40%),

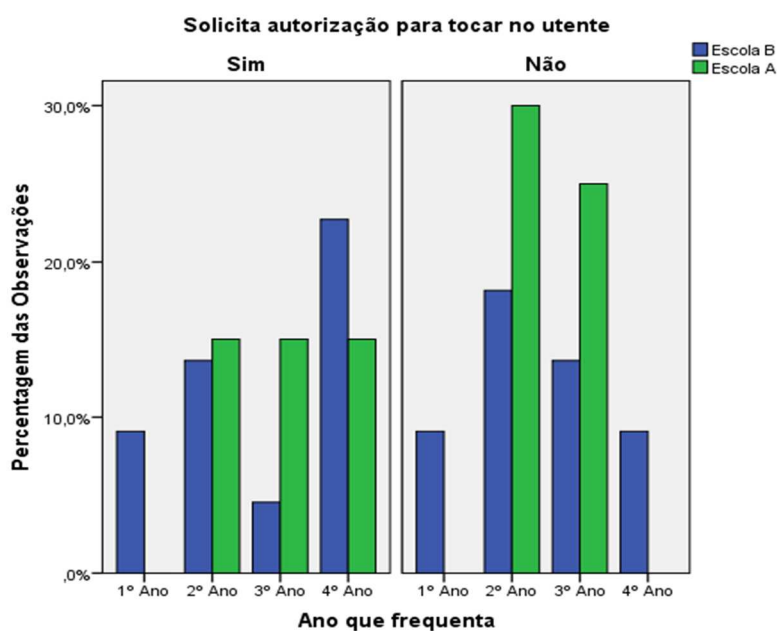
²² “Antes de iniciar o cuidado técnico, solicitar permissão para tocá-lo e realizar o procedimento” (Bobroff, 69: 2003).

seguidos dos estudantes do 2º ano (30%), do 3º ano (20%) e por fim os estudantes do 1º ano (10%). Em relação à diferença entre escolas verifica-se que a maioria (55%) dos estudantes que realiza este cuidado pertence à Escola B.

No que diz respeito ao tipo de orientação e à realização deste cuidado verificámos que também aqui a maioria (75%) das situações ocorreu em estudantes que estavam sob orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados.

Fazendo a correlação de Spearman e a significância estatística entre cada variável (ano, sexo do estudante, escola, tipo de acompanhamento) e o item, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas, existindo uma associação positiva forte exceto na variável ano que o estudante frequenta em que esta associação é negativa mas fraca.

Figura 28 - Gráfico da relação entre as variáveis, solicita autorização para tocar no utente/ano/escola



Fonte: SPSS

No item respeitar a vontade do utente evitando riscos²³, das observações realizadas neste item verificámos que são os estudantes do 2º ano da escola A (44,1%) os que respeitam a vontade do utente evitando risco, seguidos dos estudantes do 4º ano da escola B (21,1%), tal

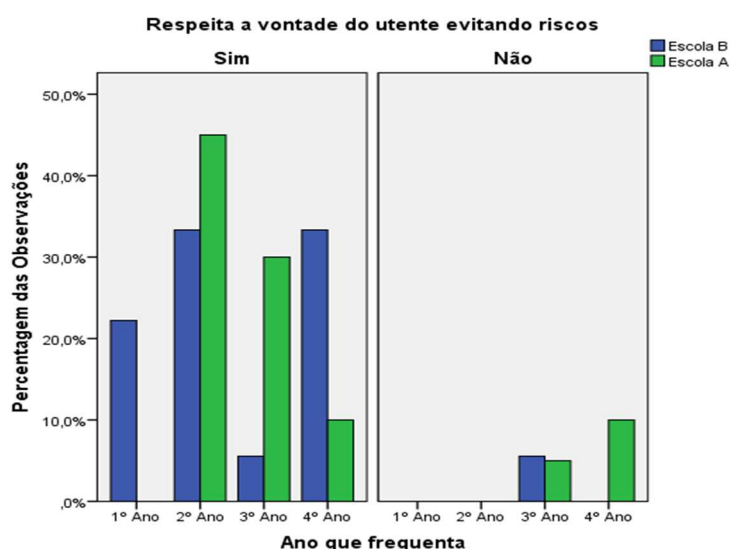
²³ “Realizar o cuidado técnico, acatando os desejos e/ou sugestões do utente em relação ao procedimento evitando riscos ao utente” (Bobroff, 69: 2003).

como se pode ver no gráfico da figura 29. A correlação de Spearman não é estatisticamente significativa ($p=0,064$), sendo uma correlação fraca ($r=0,304$).

Em relação ao sexo do estudante verificámos que os estudantes do sexo masculino observados respeitam todos a vontade do utente evitando riscos. Também neste caso a correlação é fraca ($r=0,134$) e não estatisticamente significativa ($p=0,424$).

Dos estudantes que respeitam a vontade do utente, a maioria (70,6%) está sob orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados, seguido da orientação do professor da escola/do enfermeiro orientador da unidade de cuidados (17,6%) e por último os que estão sob orientação do professor da escola (11,8%). A correlação é negativa e fraca, não sendo estatisticamente significativa ($p=0,809$)

Figura 29 - Gráfico da relação entre as variáveis respeita a vontade do utente evitando risco/ano/escola



Fonte: SPSS

Em relação à escola onde pertencem os estudantes que respeitam a vontade do utente evitando risco, verificou-se que a maioria pertence a Escola B (94,4%), sendo uma correlação positiva e fraca e não estatisticamente significativa ($p=0,357$).

Ainda neste constructo 2, no item estimula a participação do utente no cuidado²⁴, observamos que são os estudantes do 2º ano aqueles que o realizam em maior número de vezes (43,5%), seguido pelos estudantes do 3º e 4º ano (21,7% respetivamente) e por último

²⁴ Reconhecendo e respeitando as suas experiências incentivando a sua colaboração no cuidado técnico (Bobroff, 2003).

são os estudantes do 1º ano que menos o realizam (13,1%). A correlação é fraca e estatisticamente não significativa (quadro 61). Em relação ao sexo do estudante dos que estimulam a participação do utente no cuidado, verificámos que são os estudantes do sexo feminino que na sua maioria (87%) o fazem, não apresentando uma correlação estatisticamente significativa ($p=0,803$). No que diz respeito ao tipo de acompanhamento dos estudantes, verificámos que a maioria (73,9%) dos que o realizaram estava sob orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados. Esta correlação é positiva fraca e também não é estatisticamente significativa ($p=0,504$). No geral, podemos dizer que os estudantes da Escola A realizam maioritariamente este procedimento (52,2%), seguidos dos estudantes da Escola B com 47,8% dos estudantes a realizarem este procedimento.

Quadro 61 - Coeficientes de correlação entre as variáveis

Spearman's rho		Ano que frequenta	Sexo do Estudante	Tipo de acompanhamento	Escola
Ano que o aluno frequenta	Coeficiente de correlação	1,000	,079	,109	,094
	p-value	.	,610	,483	,545
	N	44	44	44	44
Sexo do Estudante	Coeficiente de correlação	,079	1,000	-,220	-,018
	p-value	,610	.	,151	,907
	N	44	44	44	44
Tipo de acompanhamento	Coeficiente de correlação	,109	-,220	1,000	-,096
	p-value	,483	,151	.	,534
	N	44	44	44	44
Escola	Coeficiente de correlação	,094	-,018	-,096	1,000
	p-value	,545	,907	,534	.
	N	44	44	44	44
Estimula a participação do utente no cuidado	Coeficiente de correlação	,225	-,039	,106	-,048
	p-value	,152	,806	,504	,764
	N	42	42	42	42

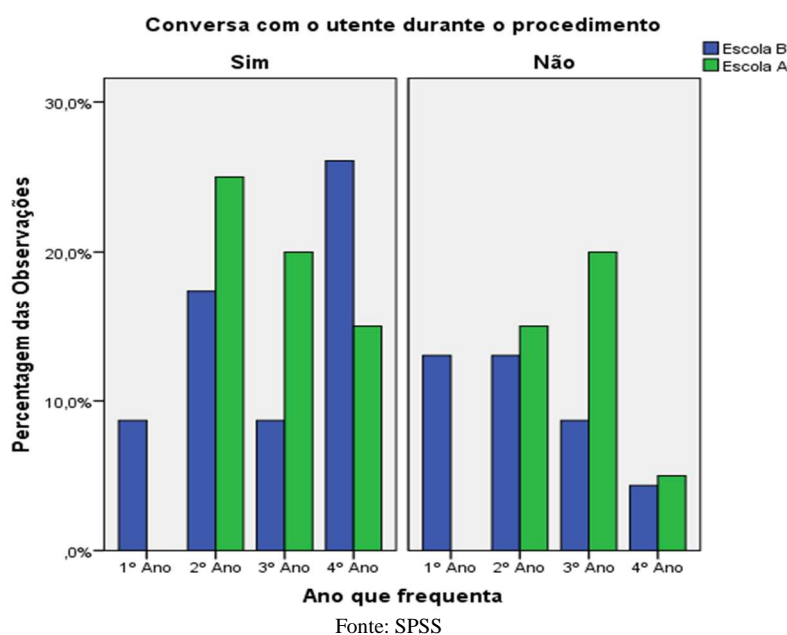
Fonte: SPSS

No constructo 3 – Proporcionar segurança, nos itens conversa com o utente durante o procedimento e conversa com o utente mantendo-o tranquilo²⁵, verificámos que no item conversa com o utente durante o procedimento, do total dos estudantes, são os do 2º e do 4º ano que na maior parte (34,6% respetivamente) conversam com o utente durante o procedimento, seguidos dos estudantes do 3º ano (23,1%) e do 1º ano (7,7%). Destes

²⁵ “Proporcionar segurança e conforto antes, durante e após a realização do procedimento, mantendo-o tranquilo e encorajando-o” (Bobroff, 72: 2003).

estudantes são os que estão sob orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados que na maioria (76,9%) o fazem. No entanto, a maioria (53,8%) dos estudantes que conversa com o utente durante o procedimento pertence à Escola B (Figura 30). Fazendo a correlação de Spearman, verificámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre cada variável e a realização do procedimento.

Figura 30 - Gráfico da relação das variáveis, conversa com o utente durante o procedimento/ano/escola



No item conversa com o utente mantendo-o tranquilo, verificámos que são os estudantes do 4º anos que na maior parte das situações (36%) conseguem conversar com o utente mantendo-o tranquilo, seguido dos estudantes do 2º ano (32%). Também neste item são os estudantes acompanhados pelo enfermeiro orientador da unidade de cuidados que o conseguem fazer na sua maioria (76%) e ainda os que pertencem Escola B (52%).

As diferenças encontradas nas correlações entre as variáveis são positivas e negativas fracas e não são estatisticamente significativas.

Em relação ao item demonstra competência com firmeza e segurança²⁶, verificámos que dos estudantes observados, é no 2º ano (38,8%) que se verifica uma demonstração de competências com firmeza e segurança, seguido dos estudantes do 4º ano (30,5%).

²⁶ “Demonstra competência e transmite segurança (saber-fazer) com firmeza e delicadeza” (Bobroff, 72: 2003).

Verificámos que são os estudantes da Escola A que maioritariamente (52,78%) demonstram competências e transmitem segurança com firmeza e delicadeza. Verificámos ainda que são os estudantes acompanhados pelo enfermeiro orientador da unidade de cuidados os que demonstram competência com firmeza e segurança em maioria (75%) tal como as estudantes do sexo feminino (86,2%). A correlação entre o item e as variáveis é positiva e negativa fraca e estatisticamente não existem diferenças significativas ($p > 0,05$).

Ainda no constructo 3, no item conversa com o utente sobre a vida e/ou tópicos de saúde/doença²⁷, verificámos que são os estudantes da escola B (52,9%) e do 4º ano (35,3%) que o fazem mais vezes. Sendo as estudantes do sexo feminino que realizam este item mais vezes (94,1%). Em relação ao tipo de acompanhamento em ensino clínico, destaca-se o acompanhamento pelo enfermeiro orientador da unidade de cuidados (70,6%), mas as correlações são positivas e negativas fracas e sem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), tal como se pode ver no quadro 62.

Quadro 62 - Correlações entre as variáveis

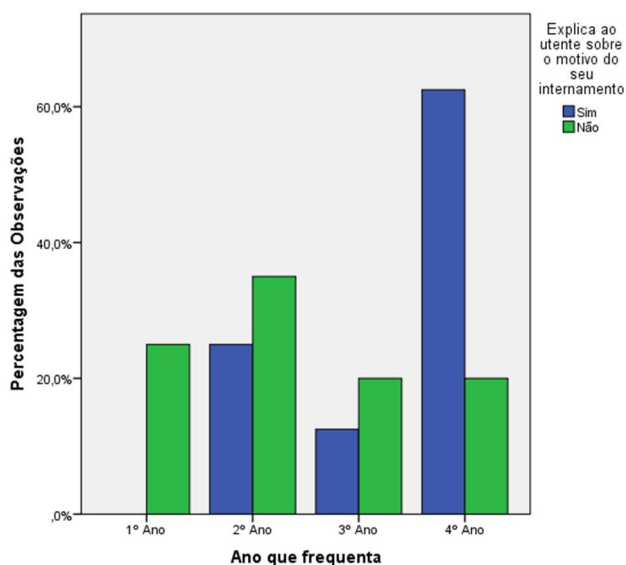
Spearman's rho		Ano que frequenta	Sexo do Estudante	Tipo de acompanhamento	escola
Ano que o aluno frequenta	Coefficiente de correlação	1,000	,079	,109	,094
	p-value	.	,610	,483	,545
	N	44	44	44	44
Sexo do Estudante	Coefficiente de correlação	,079	1,000	-,220	-,018
	p-value	,610	.	,151	,907
	N	44	44	44	44
Tipo de acompanhamento	Coefficiente de correlação	,109	-,220	1,000	-,096
	p-value	,483	,151	.	,534
	N	44	44	44	44
Escola	Coefficiente de correlação	,094	-,018	-,096	1,000
	p-value	,545	,907	,534	.
	N	44	44	44	44
Conversa com o utente sobre a vida e/ou tópicos de saúde/doença	Coefficiente de correlação	-,088	-,136	,180	-,090
	p-value	,598	,415	,281	,590
	N	38	38	38	38

Fonte: SPSS

²⁷ Conversar com o paciente sobre assuntos da sua preferência como, por exemplo: desporto, filhos, negócios, viagens, estudos, amigos e outros (Bobroff, 2003).

No quinto item deste constructo, explica ao utente o motivo do seu internamento²⁸, verificámos que apenas 28,6% dos estudantes realiza este procedimento durante o processo de cuidar, sendo na totalidade do sexo feminino. Verificámos que são os estudantes da escola B e do 4º ano que o fazem mais vezes (62,5% respetivamente). Em relação ao tipo de acompanhamento em ensino clínico, também neste item se destaca o acompanhamento pelo enfermeiro orientador da unidade de cuidados (87,5%). As correlações são positivas e negativas fracas e sem diferenças estatisticamente significativas ($p > 0,05$), exceto na correlação entre o ano que o estudante frequenta e o item. Aqui a correlação é negativa moderada, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,027$), ou seja à medida que aumenta o ano diminuem os estudantes que realizam este procedimento (Figura 31).

Figura 31 - Quadro da relação entre as variáveis, explica ao utente o motivo do seu internamento/ano



Fonte: SPSS

No que diz respeito ao último item deste constructo age sem pressa²⁹, verificámos que são os estudantes do 2º ano (37,2%) aqueles que na maior parte das vezes agem sem pressa e são os estudantes da escola B que o fazem na maioria (51,2%) das situações. São as raparigas que maioritariamente o demonstram (88,4%) quando acompanhadas pelo

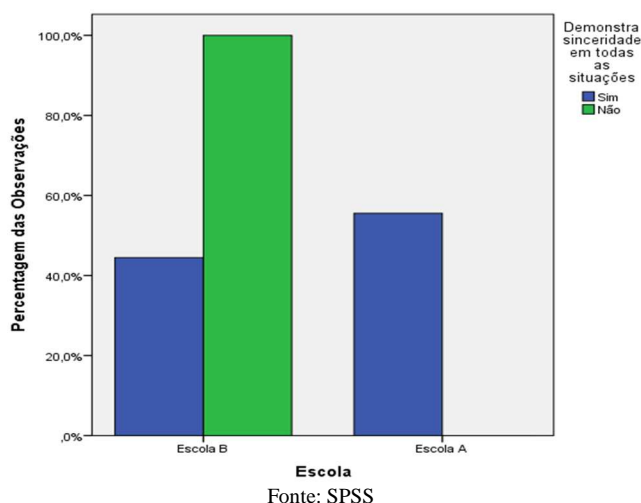
²⁸ Conversa e dá explicações ao utente sobre a patologia, exames de diagnóstico, alimentação, jejum, rotinas hospitalares, tratamentos, certificando-se previamente sobre o que ele já sabe e responde a perguntas estimulando a confiança e capacidade de lidar com situações novas (Bobroff, 2003).

²⁹ “Demonstra por meio dos seus gestos e atitudes que tem tempo suficiente para prestar o cuidado” (Bobroff, 73: 2003).

enfermeiro orientador da unidade de cuidados (72,1%). Na relação entre as variáveis independentes e o item verificamos correlações negativas e positivas fracas, verificando-se uma relação estatisticamente significativa apenas entre o item e o sexo dos estudantes ($p=0,010$).

Passando para o constructo 4 – Demonstra sinceridade, no item demonstra sinceridade em todas as situações³⁰, observamos (Figura 32) que a maior parte (41,7%) dos estudantes que demonstra sinceridade estava no 2º ano do CLE e pertenciam à escola A (55,5%), verificando-se uma relação negativa fraca entre as variáveis, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,036$). Foram as raparigas que o demonstraram na maioria das situações (80,0%). Também neste caso o tipo de acompanhamento pelo enfermeiro orientador da unidade de cuidados é maioritário (72,2%).

Figura 32 - Gráfico da relação entre as variáveis, demonstra sinceridade/escola



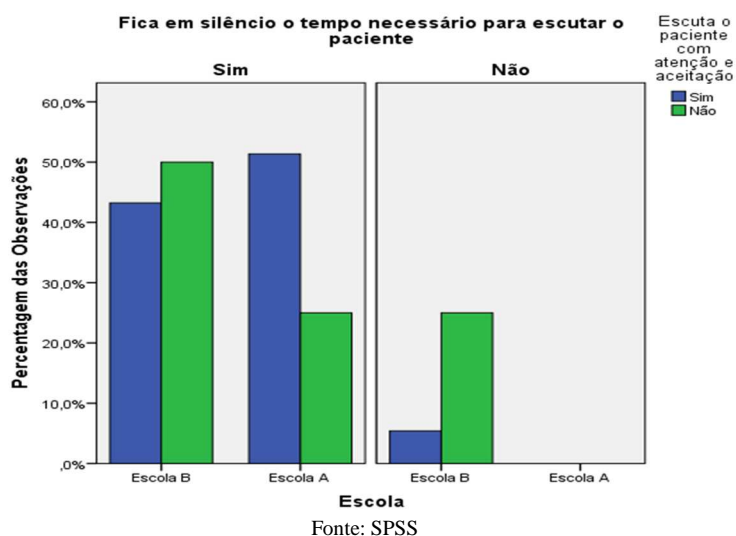
Passamos de seguida à análise dos Comportamentos não-verbais de cuidado. Estes comportamentos têm uma importância fundamental no processo de cuidar, uma vez que durante todo este processo, são utilizados na maioria das situações apenas os comportamentos não-verbais e por vezes é a estes comportamentos que os utentes prestam mais atenção, pois são aqueles que podem interferir mais na sua intimidade, tal como o toque, que mesmo sendo apenas utilizado como um simples cumprimento, pode invadir a intimidade dos utentes.

³⁰ “Ser sincero e pertinente em todas as situações, falar a verdade estando atento às pistas dadas pelo utente sobre o que ele deseja ou não saber, sem oferecer falsas expectativas, estimulando a confiança do utente em si mesmo” (Bobroff, 75: 2003).

No que se refere ao constructo 1 – Tocar, o item toca o utente de forma delicada e gentil³¹, verificou-se que são os estudantes do 2º ano os que realizam este procedimento na maior parte das vezes (36,5%) seguidos dos estudantes do 3º ano (26,8%). A maioria destes estudantes pertence à escola A (51,2%), são do sexo feminino (87,8%) e estavam acompanhados pelo enfermeiro orientador da unidade de cuidados (73,2%). A associação entre estas variáveis, é positiva e negativa fraca, mas sem diferenças estatisticamente significativas entre elas.

No constructo 2 – Escutar, fazem parte o item escuta o utente com atenção e aceitação e o item fica em silêncio o tempo necessário para escutar o utente³². Durante a observação verificámos que também neste constructo são os estudantes que frequentam o 2º ano que na maior parte das situações realizam ambos os item (35,9% e 39,5% respetivamente), são os estudantes da escola B que na maioria (51,3%) das situações escuta o paciente com atenção e aceitação, mas são os estudantes da escola A (52,6%) que ficam em silêncio o tempo necessário para escutar o paciente na maior parte das situações (Figura 33).

Figura 33 - Gráfico da relação entre os itens do constructo 2 e a escola



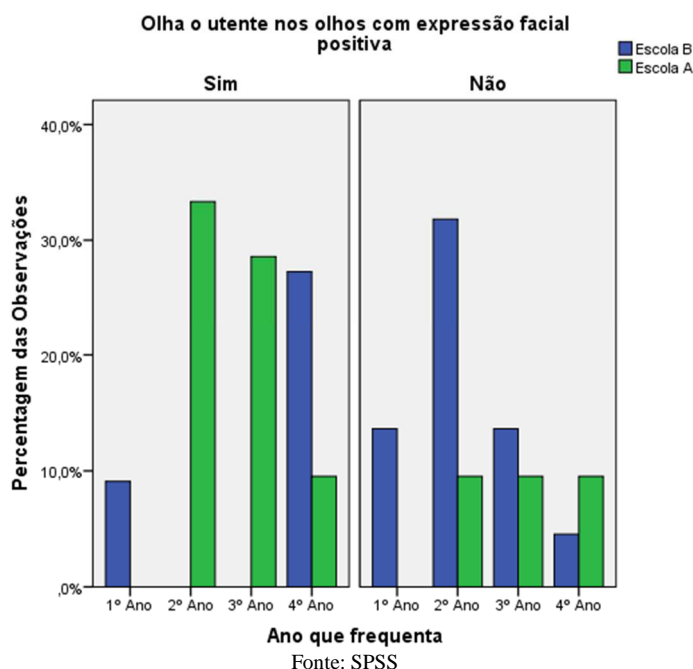
³¹ “Tocar o corpo do utente (antes, durante ou após a execução de um procedimento de cuidado técnico) de forma delicada e gentil. Tocar o outro com respeito, confiança e empatia. Estabelecer uma interação enfermeiro-utente pelo toque” (Bobroff, 77: 2003).

³² “Escutar não só com os ouvidos, mas com o corpo todo. É doar o seu tempo, respeitar deixando o outro falar, olhar o outro enquanto ele fala. Saber ouvir quando deve ouvir – calando – e falar quando deve falar – interagindo – demonstrando interesse e aceitação pelo que o outro diz. Ao escutar, a enfermeira deve voltar o seu corpo para o utente” (Bobroff, 80: 2003)

Em ambas as situações são as raparigas que o realizam na maioria das vezes (84,6% e 84,2% respetivamente). Também neste constructo a maioria dos estudantes que realizam estes procedimentos está sob a orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados (74,4% e 71,1% respetivamente). Em qualquer das relações não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis e os itens do constructo.

Relativamente ao constructo 3 – Olhar, o item olhar o utente nos olhos com expressão facial positiva³³, constatámos que a maioria (65,2%) dos estudantes que realiza este item pertence à escola A e os que realizam este procedimento na maior parte das situações (34,8%) está no 4º ano do curso, verificando-se uma relação negativa fraca (-0,351) entre a variável escola e o item, com diferenças estatisticamente significativas ($p=0,021$) entre as duas escolas (Figura 34). São as raparigas que na sua maioria (91,3%) o fazem e é com o acompanhamento pelo enfermeiro orientador da unidade de cuidados que é realizado na maioria (91,3%) das situações.

Figura 34 - Gráfico da relação entre as variáveis, item olhar o utente nos olhos com expressão facial positiva/ano/escola



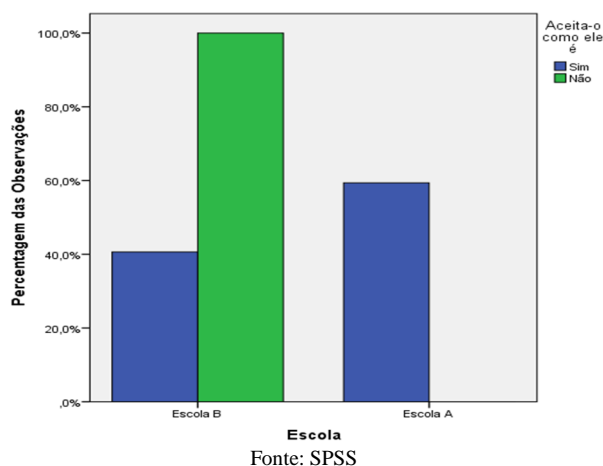
Em relação ao constructo 4 – Respeitar privacidade física, emocional e espiritual do

³³ “É fixar os olhos no outro. É transmitir paz e irradiar-se pelo olhar, infundir confiança. É fixar os olhos do cuidador no ser cuidado. É mostrar compreensão por expressões de empatia, alegria, admiração e/ou aceitação” (Bobroff, 82: 2003).

utente³⁴. Verificámos que do total dos estudantes observados, a maior parte dos que respeitam os sentimentos do utente estão no 2º ano (41,2%) e pertencem à escola A (58,8%), verificando-se uma correlação negativa fraca e com diferenças estatisticamente significativas entre as duas escola ($p=0,026$). Observámos que são maioritariamente (85,3%) as raparigas as que respeitam os sentimentos do utente. Também nesta relação, são os estudantes que estão em regime de preceptoria os que, maioritariamente (76,5%) respeitem mais os sentimentos do utente.

No item aceita-o como ele é, verificámos que são os estudantes do 2º ano (46,8%) que melhor aceitam o utente como ele é e pelo contrário são os estudantes do 1º ano os que tem mais dificuldades (3,1%) em aceitar o utente como ele é. Os estudantes pertencentes à escola A (Figura 35) são os que realizam este procedimento na maioria das vezes (59,4%) e também os do sexo feminino (84,4%). Também aqui são os que estão sob a orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados os que realizam este procedimento em maioria (78,1%) seguidos dos que estão sob orientação do professor da escola e do enfermeiro da unidade de cuidados (18,75%) e por fim os que estão apenas com orientação do professor da escola (3,1%). Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre o item e as variáveis independentes.

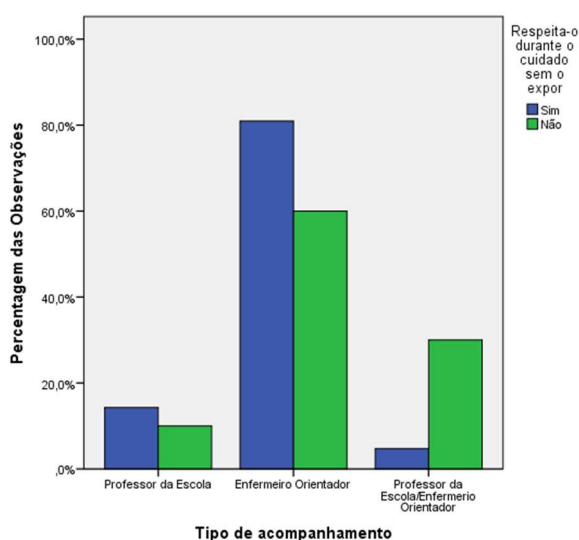
Figura 35 - Gráfico da relação entre as variáveis, aceita-o como ele é e a variável escola



³⁴ “Respeitar a privacidade física, emocional e espiritual do utente não o expondo desnecessariamente, ao executar o procedimento técnico. Utilizar biombo, fechar a porta, cobri-lo. Ser honesta e respeitar o seu momento, as suas crenças, a sua espiritualidade, os seus medos e vergonhas, o seu total (dor, esperança, sofrimento, angústia). Tocá-lo se ele permitir ser tocado, sem o colocar em riscos. Ser solidário com os sentimentos do outro, atentar para os sentimentos alheios, aceitá-lo como ele é. Agir com calma. Saber colocar-se em posição de apoio profissional (saber calar, falar, olhar)” (Bobroff, 84: 2003).

No item, respeita-o durante o cuidado sem o expor, verificámos que são os estudantes da escola B que realizam este procedimento na maioria das situações (52,4%). Em relação ao ano do curso verificámos que são os estudantes do 4º ano que o realizam mais vezes (42,9%) e são os estudantes do 3º ano que o realizam menos vezes (9,5%). Dos estudantes que o realizam mais vezes, são os do sexo feminino que o fazem em maioria (85,7%) e destes os que estão sob a orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados (80,9%) seguidos dos que estão sob orientação do professor da escola (14,3%), tal como se pode ver no figura 36. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis.

Figura 36 - Gráfico da relação entre as variáveis, respeita-o durante o cuidado sem o expor/tipo de acompanhamento



Fonte: SPSS

Passando ao último item do constructo, acredita no utente, verificámos que são os estudantes da escola A que o fazem na maioria (54,5%) das situações e destes são os que estão no 2º ano que o realizam a maior parte (42,4%) das vezes. São os estudantes do sexo feminino que na maioria (81,8%) das situações acredita no utente e destes 75,7% estava sob a orientação do enfermeiro orientador da unidade de cuidados.

No entanto não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis e os itens deste constructo.

Relativamente à observação realizada aos estudantes destacam-se então os seguintes aspetos: é o sexo feminino o que apresenta mais comportamentos de cuidados positivos na observação realizada aos estudantes. No que se refere ao tipo de acompanhamento, no

realizado pelos enfermeiros orientadores das unidades de cuidados destaca-se em relação aos cuidados que os estudantes realizaram, no entanto não apresentaram diferenças estatisticamente significativas entre as várias variáveis analisadas. Relativamente ao ano em que os estudantes realizam mais procedimentos de cuidados relacionais, destacam-se os estudantes do 2ºano do curso e destes verificaram-se diferenças estatisticamente significantes quando o estudante explica ao utente o motivo do seu internamento. Quando analisamos os cuidados realizados pelos estudantes, verificámos que são os do sexo feminino que os realizam na maioria das situações, destacando-se quando agem sem pressa na realização dos cuidados, verificando-se aqui diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes observados. Por fim verificámos diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes das duas escolas na demonstração de sinceridade em todas as situações, no olhar o utente nos olhos com expressão facial positiva e no respeitar privacidade física, emocional e espiritual do utente durante todo o processo de cuidados.

2.4 – CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA DE DOCENTES

Em termos de caracterização, os docentes entrevistados das duas Escolas, foram maioritariamente do sexo feminino (89,5%), apresentando na sua maioria entre 41-50 anos com uma média de 47,6 anos e o grau académico de mestre (57,9% respetivamente). A maioria dos docentes tem como categoria profissional Professor Adjunto (84,2%), estando também a maioria na docência há 6-10 anos (52,6%), com uma média de 14,5 anos (quadro 63).

Tal como nos outros estudos referidos, os dados sociodemográficos dos docentes vão de encontro ao estudo publicado pela Direção-Geral do Ensino Superior e pela Direção de Serviços de Suporte à Rede do Ensino Superior (2011) em que a maioria do pessoal docente em instituições de natureza politécnica pertence à categoria de Professor Adjunto, apresentam como habilitações académicas maioritariamente a licenciatura (40%) e o mestrado (40%) e apenas 20% têm doutoramento, sendo o sexo feminino o mais representado e verificando-se que a faixa etária mais representada é a dos 36-45 anos.

Quadro 63 - Caracterização dos participantes (n = 19)

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	17	89,5
Masculino	2	10,5
Idade		
31-40 Anos	2	10,5
41-50 Anos	11	57,9
51-60 Anos	6	31,6
Grau Académico		
Licenciatura	2	10,5
Mestrado	11	57,9
Doutoramento	6	31,6
Categoria Profissional		
Professora Adjunta	16	84,2
Professora Coordenadora	3	15,8
Tempo na Docência		
1-5 Anos	1	5,3
6-10 Anos	10	52,6
11-15 Anos	2	10,5
21-30 Anos	5	26,3
31-40 Anos	1	5,3
Escola		
Escola A	10	52,6
Escola B	9	47,4

Fonte: SPSS

No estudo de Neto (2006) os docentes estavam em igualdade em termos de sexo, as idades apresentavam uma média mais baixa de 45,75 anos e os anos de docência tinham uma variação entre 2 e 20 anos. Mestrinho (2011), diz-nos que os docentes pertenciam a cada categoria em igualdade, no entanto verificou que também a maioria era do sexo feminino, estava na docência há mais de 10 anos e a sua média de idades era de 49,4 anos. Também Carvalho (2004) verificou que a maioria dos docentes pertencia ao sexo feminino com idade média de 49,3 anos, tendo a amostra 57,1% de docentes com mestrado e 42,9% com licenciatura, a categoria profissional Professor Adjunto (78,6%) e estavam na docência, em média, há 17,6 anos.

2.5 - DADOS RECOLHIDOS ATRAVÉS DAS ENTREVISTAS

A abordagem qualitativa é particularmente adequada ao estudo de fenómenos que não se podem tornar objetivos (LoBiondo-Wood & Haber, 2001), sendo o centro dos métodos qualitativos a experiência humana e o sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência. Assim consideramos que este tipo de abordagem se adapta ao estudo em curso

sobre a forma como os docentes percebem o desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes, pelos estudantes de enfermagem, durante o processo de cuidar.

No total foram realizadas 19 entrevistas a docentes das duas escolas. No início de cada entrevista foram explicados os objetivos da investigação, realizadas as perguntas de acordo com o guião elaborado (Anexo F) e dados esclarecimentos quando solicitados pelos participantes. A intervenção do entrevistador foi a mais reduzida possível, mantendo os reforços positivos adequados a quem está interessado no que está a ouvir. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram uma duração média de cerca de 33 minutos.

Para o tratamento dos dados sócio biográficos das entrevistas utilizou-se o *Software IBM® SPSS® Statistic* versão 20.

Após a transcrição das entrevistas, o *corpus* foi lido e revisto de forma a clarificar para o investigador o que foi dito pelos participantes e perceber se havia dúvidas nos discursos, para posteriormente se proceder a esse esclarecimento junto do participante em causa, facto que não aconteceu, já que os relatos eram, na sua totalidade, percutíveis.

A análise do conteúdo das entrevistas, consiste num conjunto de técnicas de análise sistemática de texto, sendo a ideia principal deste procedimento, seguir uma análise controlada dos textos dentro do contexto em estudo (Mayring, 2000) ou seja, permite “arrumar” num conjunto de categorias de significado o conteúdo do texto, resultante da informação fornecida pelos participantes (Amado, 2000).

Para esta análise foi utilizado um *Software* desenvolvido para análise textual, o qual se “apoia em cálculos efetuados sobre a coocorrência de palavras em segmentos de texto, buscando distinguir classes de palavras que representem formas distintas de discurso sobre o tópico de interesse da investigação” (Nascimento & Menandro, 2006: 72). Em comparação com a utilização da análise de conteúdo clássica, esta “também identifica a pluralidade temática presente num conjunto de textos e pondera a frequência desses temas no conjunto, permitindo, via comparação entre os elementos do corpus (palavras ou sentenças), a constituição de agrupamentos de elementos de significados mais próximos, viabilizando a formação de categorias mais gerais de conteúdo” (Nascimento & Menandro, 2006: 72).

O *Software* utilizado é a *Analyse Lexicale par Context d’un Ensemble de Segments de Texte (Alceste)* 2010, *Version Windows*, o qual foi desenvolvido por Max Reinert em 1998 e que combina uma quantidade de procedimentos estatísticos aplicados a conjuntos de dados

textuais (Nascimento & Menandro, 2006), em função da distribuição de palavras dentro do exposto, com o objetivo de apreender as palavras que lhe são mais específicas, provenientes de diversos procedimentos de recolha de dados e em que o denominador comum é a linguagem verbal. Este procedimento adequa-se a qualquer domínio de investigação.

Amado (2000), salienta que para se proceder à análise do texto deve ser percorrido um conjunto de fases que dão “à técnica o rigor e a profundidade possível” (2000: 54). No nosso estudo, para se proceder ao processamento do texto no *Software Alceste*, foi construído o *corpus* de análise. Toda a preparação do *corpus* foi realizada segundo os critérios do *Software Alceste* licenciado para a Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus da Universidade de Évora.

A preparação do *corpus* incluiu a codificação dos participantes (sujeito 1, sujeito 2, ... sujeito 19), das variáveis definidas para o presente estudo (Idade, Escola A ou B, sexo, categoria profissional, grau académico e tempo na docência) e do *corpus* de análise, composto pelas unidades de contexto iniciais (UCIs) segundo as regras de preparação do material textual para o Alceste. A Unidade de contexto inicial (UCI) é a “unidade a partir da qual o programa efetuará a fragmentação inicial” (Nascimento & Menandro, 2006: 74). No caso das entrevistas, cada uma é considerada uma unidade de contexto inicial (UCI) e começa com uma linha de comando. Esta linha informa sobre a identificação do participante e as variáveis definidas como importantes para a análise de cada entrevista, tal como no exemplo que se segue:

```
**** *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1
```

O processamento realizado no *software Alceste* ocorreu em quatro etapas. Na primeira etapa o *software* faz a leitura do *corpus* e o cálculo dos dicionários ou seja, o *software* gera inicialmente uma listagem, por ordem alfabética, de todo o vocabulário do *corpus*, da qual deriva uma segunda listagem com as formas reduzidas que “permite ao programa considerar palavras equivalentes com radical comum, que significam aproximadamente a mesma coisa, mas que diferem quanto ao gênero, ao número ou ao facto de serem substantivos, adjetivos ou advérbios” (Nascimento & Menandro, 2006: 75). No nosso estudo cada UCI corresponde a cada texto gerado por cada um dos participantes, ou seja há um total de 19 UCIs, que em conjunto constituem o *corpus* de análise.

De seguida é realizada uma reformatação com cálculo da frequência das palavras, identificando-as por raízes comuns e processando-as em unidades de contexto elementar (UCE), definidas segundo critérios de tamanho do texto (número de palavras analisadas) e pontuação (Nascimento & Menandro, 2006). As entrevistas realizadas são formadas por 1508 UCE. Estas unidades de contexto elementar (UCE) “são segmentos de texto, na maior parte das vezes, do tamanho de três linhas, dimensionadas pelo programa informático em função do tamanho do corpus” (Camargo, 2005: 514).

No nosso estudo usamos duas classificações sucessivas, a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e a Classificação Hierárquica Ascendente (CHA). A comparação entre as duas classificações é usada para extrair as classes de interseção entre as duas, para que haja um máximo de classes selecionadas. Essas classes representam as ideias e os temas dominantes do *corpus*, sendo constituídas por unidades de contexto, classificadas de acordo com a sua associação qui-quadrado na classe. Das 1508 UCE iniciais, o Alceste procedeu a duas classificações. Na primeira classificação reagrupou 1153 UCE e na segunda classificação reagrupou em 1021 UCE. Após os resultados detalhados desta análise verificámos que há uma riqueza de vocabulário de 98,94%, o que corresponde à quase totalidade do *corpus*. Seguidamente o *Software Alceste*, faz o cálculo dos dicionários para reduzir essas palavras e criar um dicionário de formas reduzidas. Estas formas são classificadas de acordo com os seus números no *corpus*.

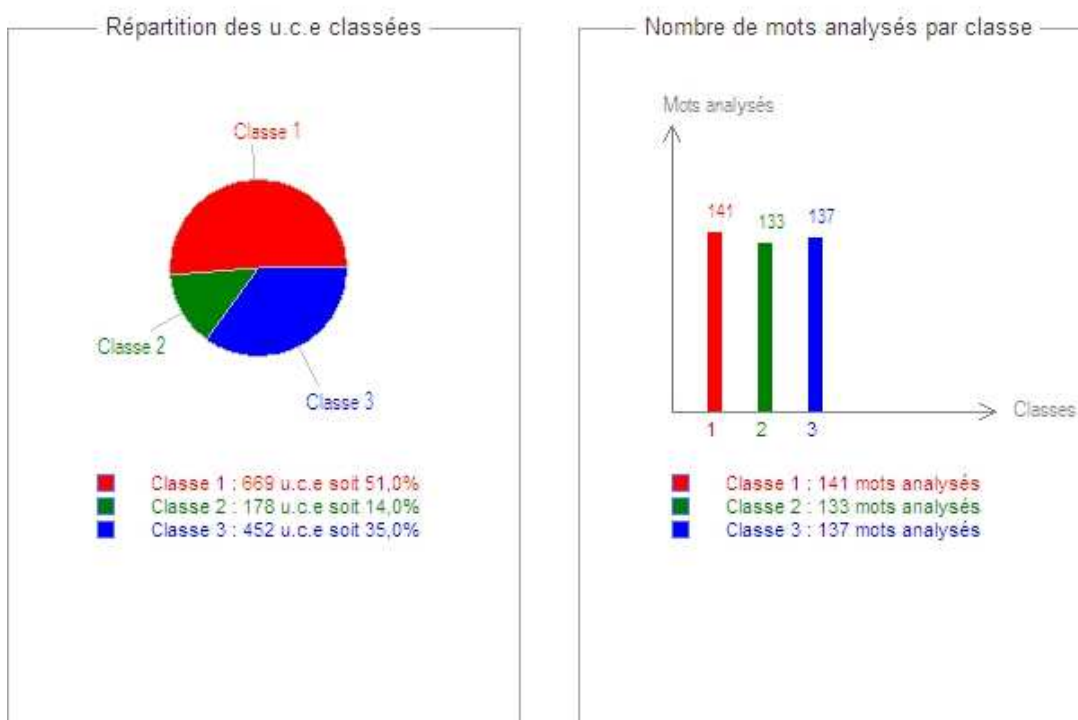
Na segunda etapa, após a análise do vocabulário, o *Software Alceste* passa ao corte do texto e à classificação em que “são selecionadas as formas reduzidas com frequência maior ou igual a 04” (Nascimento & Menandro, 2006: 75). Durante esta etapa, várias técnicas específicas do Alceste são utilizados, como o corte em unidades de contexto (UC)³⁵ e CHD de palavras, obtendo-se uma classificação definitiva. O número total de UCEs classificadas foi de 1299.

Para as palavras entrarem no dendrograma têm que cumprir dois critérios, a frequência das formas reduzidas e o qui-quadrado de associação das formas reduzidas e das UCEs às classes.

³⁵ As UC são “agrupamentos de UCE sucessivas dentro de uma mesma UCI, até que o número de palavras diferentes analisadas (contidas nessa unidade de contexto) seja superior ao limiar fixado na análise” (Nascimento & Menandro, 2006: 74).

Depois da fase de classificação, passamos à terceira etapa da análise do *corpus*, na qual obtemos o número de classes. No nosso estudo o *Software* estabeleceu 76 UCE, no mínimo, para definir cada classe e promoveu a distribuição do conjunto dos dados textuais em 3 classes³⁶ diferentes por descendência hierárquica, numa percentagem de UCE classificado em 86%, correspondendo ao aproveitamento do material exposto à análise (Figura 37), portanto foram rejeitados 14% após análise. Esta operação permitiu caracterizar três contextos de expressão sobre a aquisição de competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes, pelos estudantes de enfermagem, na perspetiva dos docentes das duas Escolas.

Figura 37 - Dendrograma da divisão das UCE em classes e número de palavras analisadas por classe



Fonte: Alceste

No que diz respeito aos percentuais definidores das classes, a classe 1 é composta por 669 UCE, representando 51% do total de UCEs, seguida da classe 3 com 452 UCE, representando 35% e por último a classe 2 com 178 UCE, representando 14% (totalizando

³⁶ A classe “pode ser definida como um agrupamento constituído por várias UCE de vocabulário” (Nascimento & Menandro, 2006: 75).

100% das unidades de contexto elementares). Verificamos também que a classe que mais UCE agrupou foi a classe 1 com 51%. As três classes originadas pela CHD abrangem contextos léxicos específicos, sendo cada uma denominada com um título:

Classe 1 – Competências

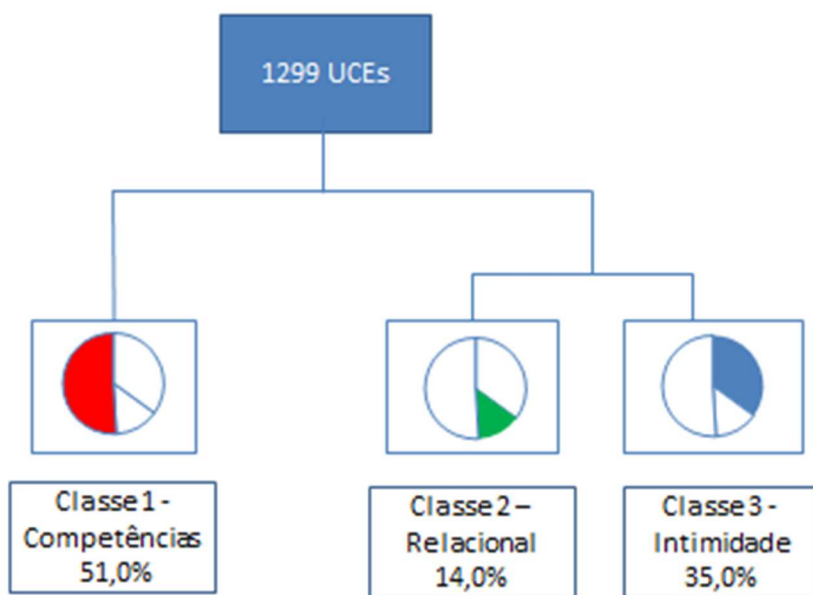
Classe 2 – Relacional

Classe 3 – Intimidade

Esta etapa é das mais importantes da análise, pois ilustra as relações entre as classes, apresentando o dendrograma da CHD e a análise fatorial de correspondência realizada a partir da CHD (Camargo, 2005).

No dendrograma resultante da CHD (Figura 38) que ilustra as relações interclasses, a leitura deve ser feita de cima para baixo ou seja, num primeiro momento, o *corpus* foi dividido em dois subgrupos. Num segundo momento, o subgrupo superior foi dividido em dois. Na primeira divisão resultou a Classe 1, na segunda divisão, resultaram a Classe 2 e 3. Isto significa que a classe 1 possui menor relação ou proximidade com as classes 2 e 3. Por outro lado, a classe 2 possui maior relação ou proximidade com a classe 3. A CHD parou aqui, pois as três classes mostraram-se estáveis, ou seja, compostas de UCEs com vocabulário semelhante.

Figura 38 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente



Fonte: Alceste

Relacionada com esta etapa está a Análise Fatorial de Correspondência (AFC), a qual efetua o “cruzamento entre o vocabulário (considerando a frequência de incidência de palavras) e as classes, gerando uma representação gráfica em plano cartesiano, na qual são vistas as oposições entre classes ou formas” (Nascimento & Menandro, 2006: 75), permitindo verificar a relação entre as classes segundo a localização dessas mesmas classes e a sua interação.

Para a leitura das figuras geradas, utiliza-se a “lógica” da análise fatorial de correspondência, a qual nos diz que quanto mais distantes os componentes dispostos no plano, menos eles “dizem” a mesma coisa.

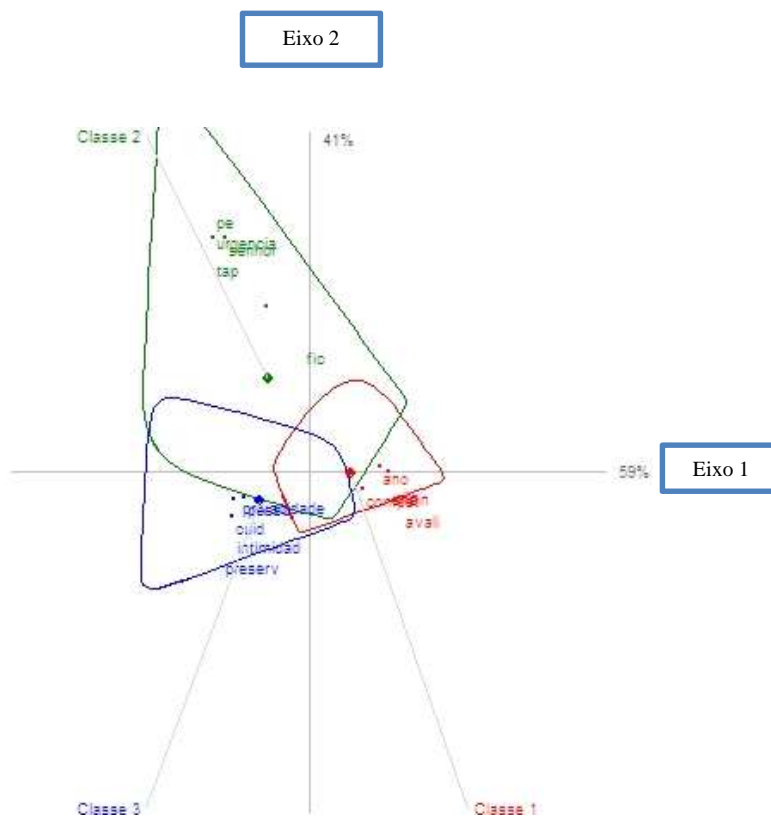
As imagens apresentadas no relatório do *Software* são divididas em dois eixos, um horizontal (eixo 1) e outro vertical (eixo 2), formando quadrantes, nos quais se localizam as unidades semânticas significativas e distribuídas pelo *Software*, a qual permite perceber a ação das palavras e das três classes analisadas.

A análise fatorial da figura 39 foi realizada a partir da leitura das palavras com maiores cargas fatoriais e a partir do valor do qui-quadrado (sequenciais em ordem decrescente), dispostas nos campos semânticos e distribuídas de maneira oposta nos dois eixos, que mais contribuíram para compreender a aquisição das competências relacionais na preservação da intimidades dos utentes no processo de cuidar.

Os dois eixos explicam 100% da variância total das UCE, sendo que o eixo 1 revela as maiores cargas fatoriais identificadas no Alceste, explicando 59% da variância total das UCE.

Ainda na figura 39 pode-se observar que no quadrante superior esquerdo, mais junto ao eixo 2, se destacam as palavras aglutinadas na **classe 2** (senhor+, tap+, fic+, pé urgência) resultantes das entrevistas. No quadrante inferior esquerdo do gráfico destacam-se as palavras aglutinadas na **classe 3** com maior carga fatorial (pesso+, cuid+, intimid+, privacidade, preserv+). Em oposição, no mesmo eixo, mas no quadrante inferior direito, destacamos as palavras aglutinadas na **classe 1** com maior carga fatorial (compet+, ano, ensin+, clin+, avali+). Assim, podemos constatar o impacto que a aquisição de competências relacionais pode ter sobre a relação com o utente na preservação da intimidade, pois se considerarmos que o lado esquerdo do eixo 2 é negativo e o lado direito é positivo, então verificamos uma oposição da classe 1 em relação às classes 2 e 3, tal como já tínhamos observado na CHD.

Figura 39 - Análise fatorial de correspondência, com representação das coordenadas (eixo 1 e 2), com destaque para as três classes e as palavras com maiores cargas fatoriais

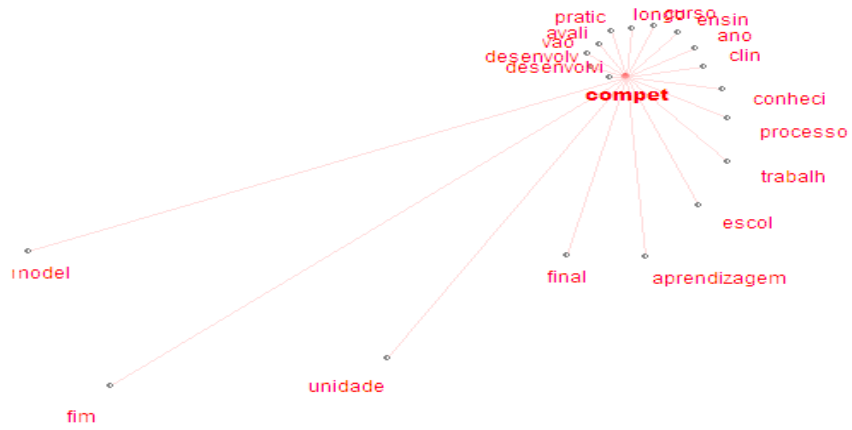


Fonte: Alceste

As classes geradas abrangem contextos semânticos específicos, demonstrados pelo valor do qui-quadrado, que se refere à raiz semântica da palavra que mais interferiu na classe. Portanto, quanto maior o valor do qui-quadrado, mais importante é a palavra para construção da classe.

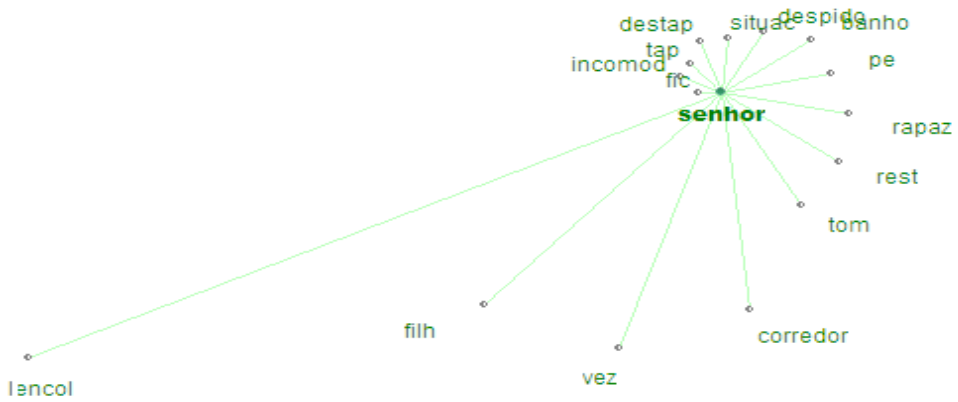
Verificámos que na classe 1 (Figura 40) a raiz da palavra central é a “compet+” que está no centro da classe, sendo que a rede de palavras mais representativa se distribuí à volta da palavra central, obedecendo a sua aproximação ou distanciamento à relação com essa palavra. Na classe 2 (Figura 41) o centro está na raiz da palavra “senhor” com o maior valor do qui-quadrado e na classe 3 o centro está na raiz da palavra “pesso+” (Figura 42).

Figura 40 - Rede de palavras da classe 1



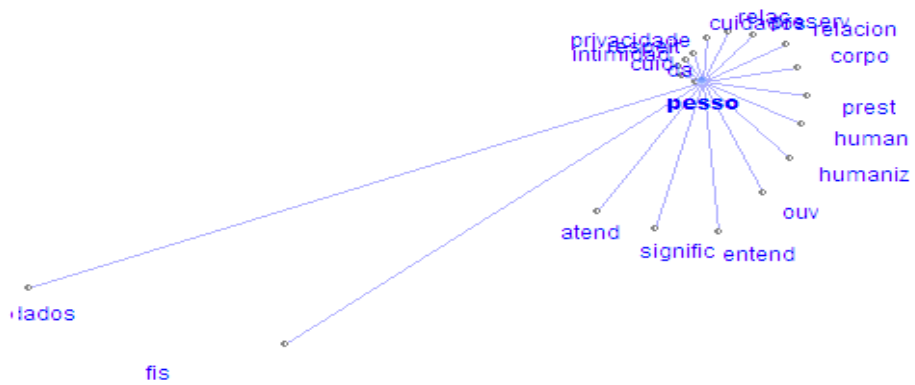
Fonte: Alceste

Figura 41 - Rede de palavras da classe 2



Fonte: Alceste

Figura 42 - Rede de palavras da classe 3

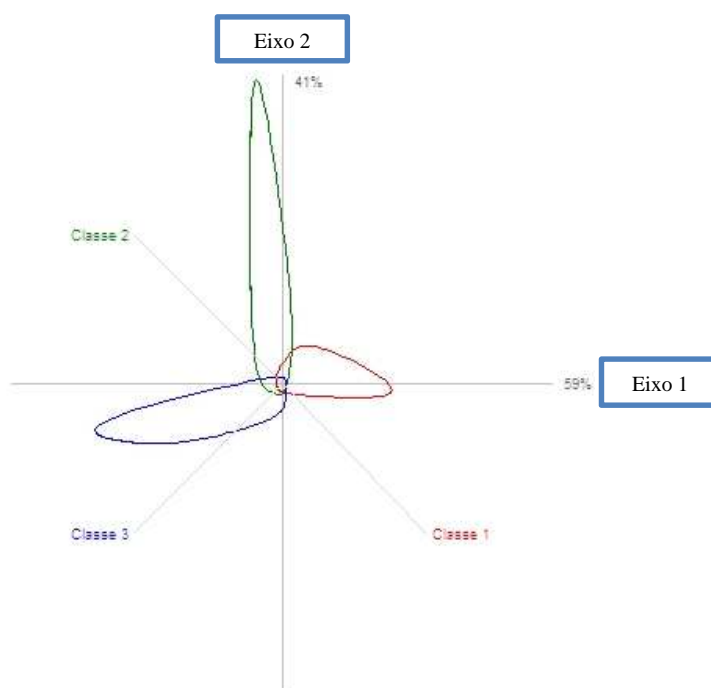


Fonte: Alceste

Na análise da figura 43 sobressaem as distâncias entre cada classe, o que permite verificar que apesar de todas as classes se cruzarem na interseção dos dois eixos, se observa uma dispersão entre as classes (competências, relacional e intimidade), pois verificámos que os três centros destas, não se cruzam entre si. No entanto, o centro da classe 1 cruza-se com a classe 2 e com a classe 3. Já o centro da classe 2 não se cruza com nenhuma outra classe e a classe 3 tem um cruzamento com a classe 2.

O principal objetivo da AFC é proporcionar uma representação simplificada da relação espacial entre as classes, como se pode ver no gráfico seguinte.

Figura 43 - Análise fatorial dos contributos das classes

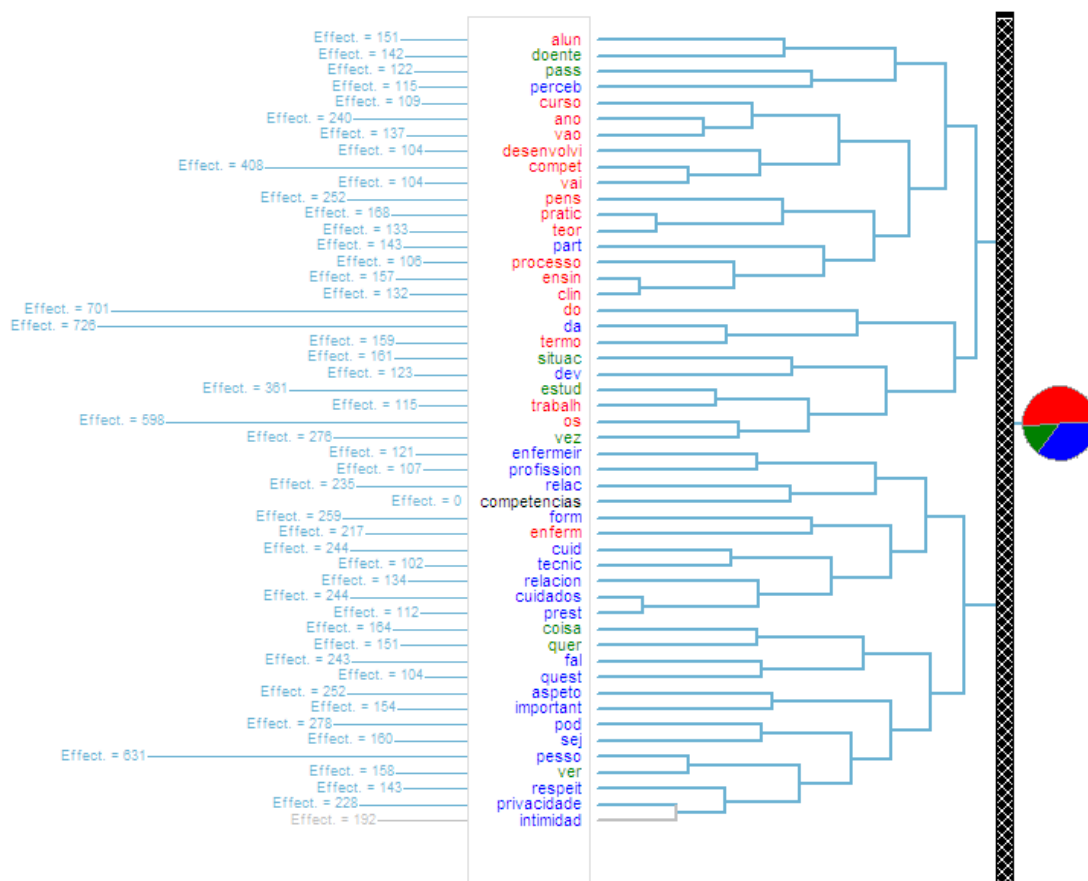


Fonte: Alceste

A quarta etapa, é um prolongamento da etapa anterior, em que o *software* fornece as UCEs mais características de cada classe de palavras e ainda as Classificações Hierárquicas Ascendentes (CHAs) para cada classe (Figura 44), permitindo assim o estudo das relações dos elementos interclasses (Camargo, 2005). A CHA, consiste no “cruzamento entre as UCE das classes e as formas reduzidas características da mesma classe” (Nascimento & Menandro, 2006: 76) pelo que permite averiguar as relações locais entre as formas de um mesmo contexto. Fornece ainda a lista das formas reduzidas com maior presença no texto em relação à sua contagem (*Effectif*).

Passamos agora a análise descritiva de cada classe, a qual pode ser “definida como um agrupamento constituído por várias UCE de vocabulário homogêneo” (Nascimento & Menandro, 2006: 75).

Figura 44 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Ascendente do Corpus



Fonte: Alceste

As três classes obtidas podem ser analisadas como contextos lexicográficos (ao nível do *Software*) que permitem estabelecer as concepções dos docentes sobre a aquisição das competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar, dos estudantes de enfermagem.

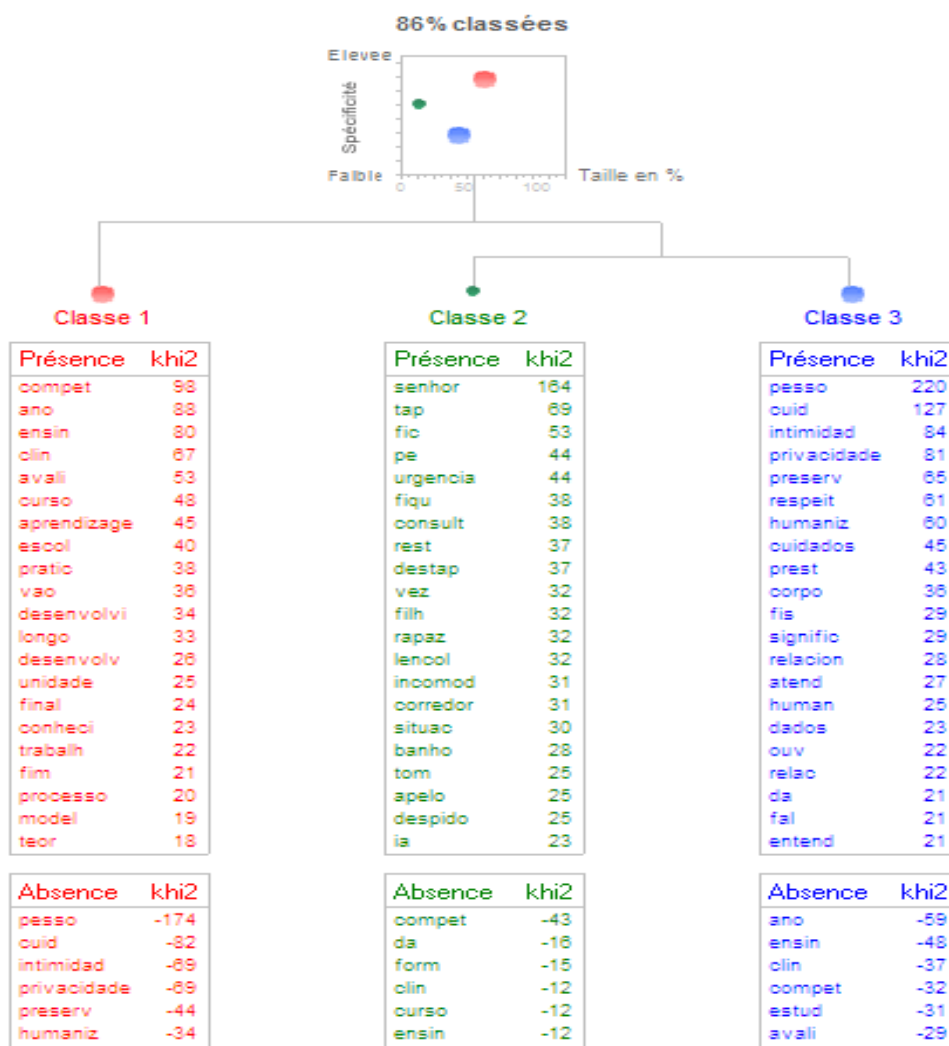
Para cada classe, o *Software Alceste* selecionou frases constituídas de até três linhas, as UCEs. Cada classe foi analisada separadamente e as palavras mais representativas foram selecionadas, baseando-se no valor do qui-quadrado e na frequência das palavras.

De acordo com o conteúdo das classes verifica-se que, durante o processo de ensino aprendizagem, os docentes entrevistados atribuem maior importância à aquisição de

competências (classe 1), em segundo lugar às temáticas relacionadas com a intimidade (classe 3) e por fim à parte relacional (classe 2) no processo de cuidar o utente.

Na figura 45 estão representadas as formas reduzidas das palavras mais significativas, de acordo com o valor do qui-quadrado, que formam cada classe e ainda o vocabulário significativamente ausente de cada classe de acordo com o valor do qui-quadrado, sequenciadas por ordem decrescente. O valor do qui-quadrado indica-nos a força de associação entre cada vocábulo e a sua classe. Portanto quando maior o valor do qui-quadrado, mais importante é a construção da classe, fazendo com que as palavras com mais peso apareçam em primeiro lugar e as de menor peso, por último.

Figura 45 - Dendrograma da raiz das palavras específicas mais significativas por classe



Fonte: Alceste

Por outro lado, verificámos que de acordo com as variáveis podemos saber quem mais contribuiu para a presença ou ausência de termos significativos que podem caracterizar cada classe. Na **classe 1** quem mais contribuiu para esta classe foram os sujeitos 15, 16, 17, 18, sexo feminino, Escola B, sujeitos com o doutoramento, no intervalo de tempo na docência 22-25 anos e no intervalo de idade 41-50 anos. Verificámos ainda que foram maioritariamente os docentes da Escola A e os docentes (das duas escolas) com intervalo de tempo na docência de 26-30 anos, com idade entre os 31-40 anos e com o grau académico de licenciado, os que menos contribuíram. Ainda nesta classe 1 – Competências - verificou-se a ausência de termos como pesso+, cuid+, intimid+, preserv+, humaniz+.

Na **classe 2 – Relacional** - verificámos a ausência de determinados termos, nomeadamente, compet+, form+, clin+, curso, ensin+, os quais estão presentes na construção da classe 1. Para a construção desta classe contribuíram os sujeitos 13 e 15, do sexo masculino, da Escola B, professores adjuntos e no intervalo de idades 31-40 anos. O que menos contribuiu foi o sujeito 16 da Escola A, com a categoria profissional de professor coordenador e o intervalo de idades 41-50 anos.

Relativamente à **classe 3 – Intimidade** - também se verificou a ausência de determinados termos, que parece estarem relacionados com a classe 1, tais como ano, ensin+, clin+, compet+, estud+, avali+. Para a construção da classe contribuíram os sujeitos 3, 7, 13, 10, 8 e 12, da Escola A, no intervalo de idades 31-40 anos, com o grau académico de licenciado, a categoria de professor coordenador e no intervalo de tempo na docência de 26-30 anos e 6-10 anos. Os que menos contribuíram foram os sujeitos 15, 18 e 11, a Escola B, com a categoria de professor adjunto, com o doutoramento, no intervalo de tempo na docência 21-25 anos e no intervalo de idades 41-50 anos.

Subsequentemente foi analisada a inserção da palavra no contexto dos discursos dos sujeitos em cada classe, através da análise de conteúdo, procurando “descobrir o conteúdo profundo, o significado verdadeiro” (Sousa, 2009: 265) de cada palavra identificada.

As categorias foram definidas através do *software Alceste*. Com a utilização deste *software*, para análise do *corpus*, pensamos que a escolha das categorias segue as características da análise de conteúdo, ou seja, são exaustivas, exclusivas, objetivas e pertinentes (Carmo & Ferreira, 1998), expondo as principais áreas do conteúdo (Sousa, 2009). A utilização deste *software* colmata as desvantagens da análise de conteúdo que “residem essencialmente nos conteúdos, que sendo palavras, podem possuir significados e

sentidos diversos, sendo difíceis de interpretar e organizar” (Sousa, 2009: 266). O *software* organiza o *corpus* em classes lexicográficas, classificando as palavras segundo o seu sentido, emparelhando com a raiz da palavra e permitindo ao investigador fazer a análise semântica dessas palavras, agrupando-as segundo o seu significado no contexto da investigação. As unidades de análise também foram definidas com base no *software Alceste* e a unidade de registo corresponde às formas reduzidas das palavras mais significativas. A unidade de contexto corresponde às UCE da classe e a unidade de enumeração segue a ordem dada pelo *Software* - a ordenação do qui-quadrado.

Cada classe é um conjunto de palavras que revela as percepções de um determinado grupo de entrevistados, neste caso dos docentes de ambas as escolas, sobre o tema - Desenvolvimento de Competências Relacionais na Preservação da Intimidade durante o Processo de Cuidar. Para facilitar a análise construímos um modelo de análise temática através das dimensões e dos objetivos do estudo (Quadro 64). Neste sentido, para uma melhor percepção da divisão da UCEs e das suas classes aglutinadoras foram adotadas categorias temáticas para cada classe, apelidadas com base nas leituras flutuantes e na literatura. De acordo com Sousa (2009: 270) “as categoria são classes ou agrupamentos de unidades de conteúdo, organizadas em conformidade com as características comuns dessas unidades”.

Quadro 64 - Análise temática do *corpus*

Dimensões temáticas	Objetivos do estudo
Aquisição de competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes durante o processo de cuidar	Compreender como se processa a aquisição de competências relacionais do estudante da licenciatura em enfermagem na preservação da intimidade dos utentes durante o processo de cuidar
Desenvolvimento de competências relacionais durante o processo de cuidar preservando a intimidade dos utentes	Identificar como ocorre o desenvolvimento de competências relacionais nos estudantes de licenciatura em enfermagem durante o processo de cuidar preservando a intimidade dos utentes
Bases teórico-metodológicas para o ensino da enfermagem	Propor bases teórico-metodológicas para o ensino da enfermagem na aquisição e desenvolvimento das competências relacionais preservando a intimidade do utente durante o processo de cuidar.

Fonte: própria

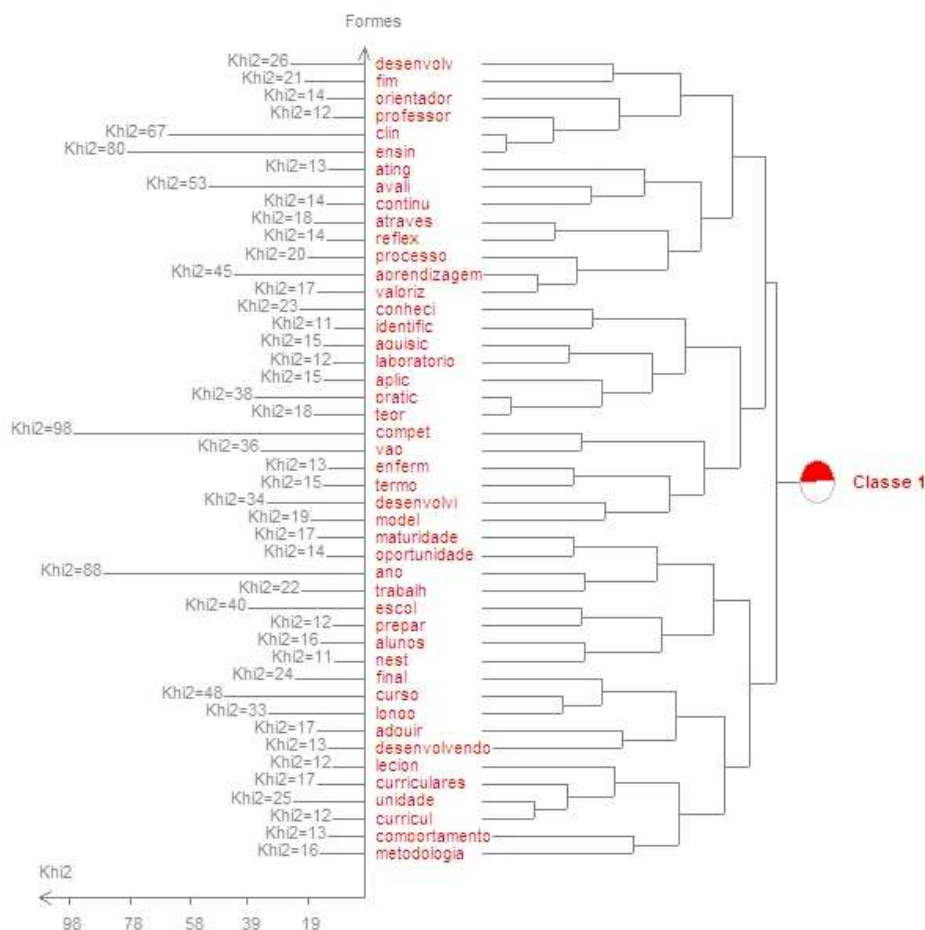
As categorias definidas são descritivas (Huberman & Miles (1991) citado por Sousa, 2009) ou seja, não se introduziram interpretações do investigador, limitando-se a atribuir nomes às classes definidas pelo Software Alceste, assim como às subcategorias.

A análise da **Classe 1 – Competências** - através do dendrograma da CHA (Figura 46) permite verificar que o primeiro eixo desdobrou-se em duas categorias.

A primeira categoria isolada pelo Alceste foi designada por “Ensino-aprendizagem” e a segunda por “Desenvolvimento de competências”. Cada uma destas categorias desdobrou-se em eixos que deram origem às subcategorias e estas a vários conceitos de acordo com o quadro 65. Esta categoria inclui palavras relacionadas sobretudo com a aquisição e desenvolvimento de competências, assim como com a metodologia utilizada no processo de ensino-aprendizagem dos estudantes.

A apresentação das categorias e subcategorias seguiu a ordem descendente da CHA (Figura 46).

Figura 46 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 1



Fonte: Alceste

Quadro 65 - Categorias e subcategoria oriundas da classe 1

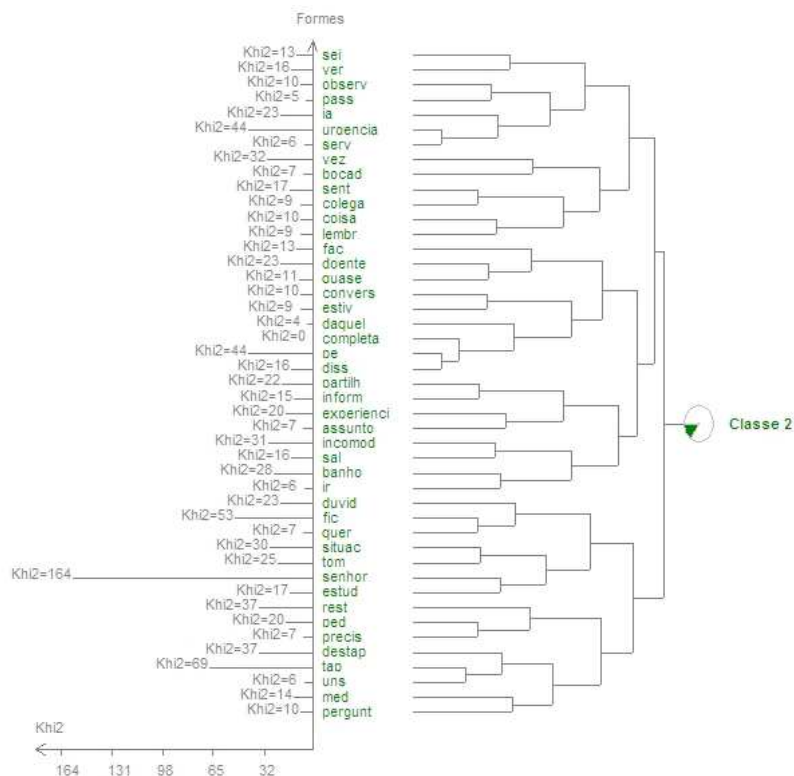
Classe 1 – Competências		
Categorias	Subcategorias	Conceitos
Ensino-aprendizagem	Componentes, técnico-científica e relacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aquisição de conhecimentos ▪ Questões técnico-científicas ▪ Vertente relacional
	Metodologia de ensino	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aulas práticas ▪ Ensino clínico
Desenvolvimento de competências	Desenvolvimento pessoal e relacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Maturidade ▪ Preparação dos estudantes
	Evolução de Competências	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desenvolvimento de competências ▪ Unidades curriculares

Fonte: própria

Na análise da **Classe 2 – Relacional** - através da CHA (Figura 47) verificámos que também esta classe está dividida em duas categorias e cada uma em duas subcategorias, além dos conceitos associados, tal como se pode ver no quadro 66.

Nesta classe a combinação das palavras das entrevistas dos sujeitos está relacionada com a forma de comunicar dos estudantes com os utentes durante o processo de cuidar, ou seja o *saber ser* e o *saber estar* estão patentes nesta classe. Uma das temáticas que se reveste de alguma relevância é também a comunicação durante o processo de cuidar.

Figura 47 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 2



Fonte: Alceste

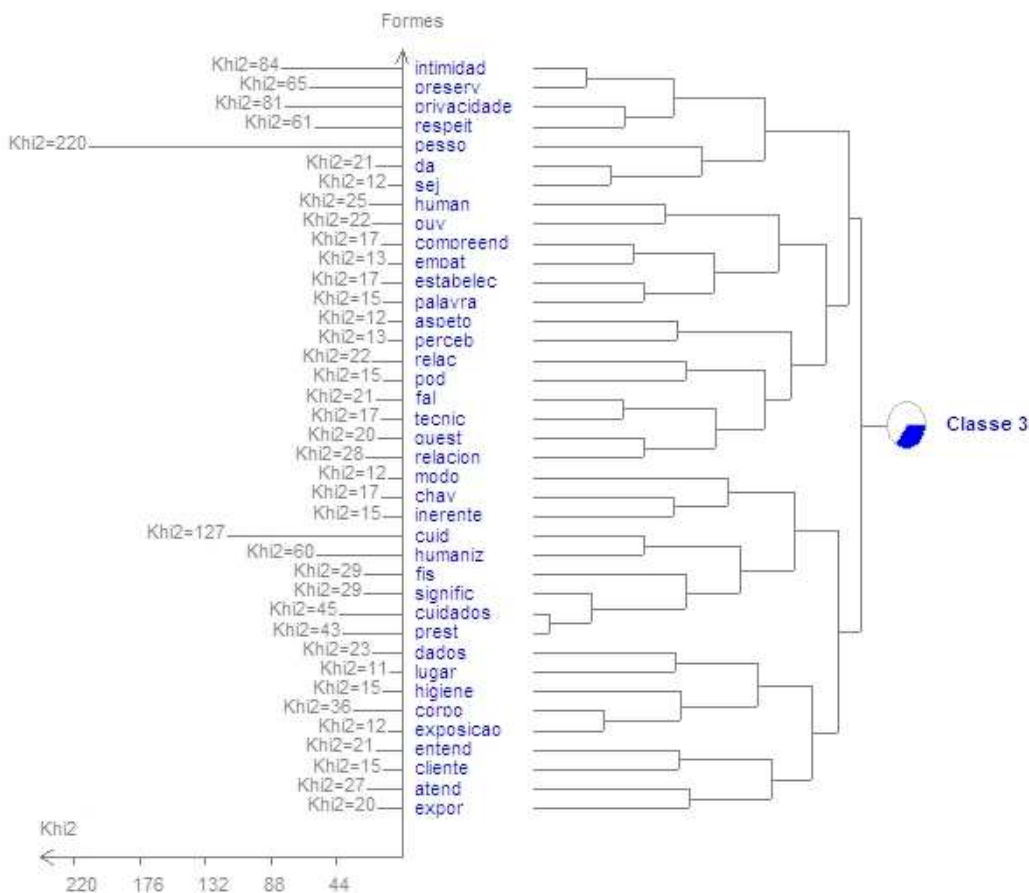
Quadro 66 - Categorias e subcategoria oriundas da classe 2

Classe 2 - Relacional		
Categorias	Subcategorias	Conceitos
Forma de olhar o utente	Relação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visão holística do utente ▪ Estratégias de ensino ▪ Componentes relacionais
	Comunicação Interpessoal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comunicação verbal / não verbal ▪ Relação de ajuda
Processo de cuidar	Consentimento	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pedir ▪ Informar
	Intimidade	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interação ▪ Cuidar

Fonte: própria

Relativamente à **Classe 3 – Intimidade** - e também através da CHA (Figura 48) verificou-se a divisão em categorias e subcategorias desta classe, havendo diferenças em relação à quantidade de palavras significativas para cada classe e subclasse, conforme quadro 67.

Figura 48 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Ascendente da Classe 3



Fonte: Alceste

Quadro 67 - Categorias e subcategoria oriundas da classe 3

Classe 3 - Intimidade		
Categorias	Subcategorias	Conceitos
Preservação da intimidade	Preservação	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Intimidade ▪ Respeito ▪ Dignidade
	Relação empática	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metodologia de ensino ▪ Inter-relação
Processo de cuidar	Competências relacionais	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Humanização ▪ Cuidados
	Competência técnico-científica	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Privacidade ▪ Manutenção de distância

Fonte: própria

Após a análise das três classes, verificamos que aquela que apresenta, em média, menores valores do qui-quadrado, é a classe 2. No entanto, tal como referimos anteriormente na análise fatorial há palavras que se salientam em cada classe pela importância atribuída pelos sujeitos nos seus discursos.

A utilização do Software Alceste, permitiu-nos fazer uma análise imparcial do *corpus* e foi o próprio sistema que selecionou as classes, das quais emergiram as categorias. Surgiram três classes, a Classe 1 – Competências, a Classe 2 – Relacional e a Classe 3 - Intimidade, das quais emergiram seis categorias.

Na terceira parte deste trabalho procedemos então à discussão das UCE com maior significado retirados das entrevistas e que dão forma a análise de conteúdo do *corpus*.

PARTE III – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*“As palavras traduzem o que a nossa razão quer emitir,
e a nossa atitude e os nossos comportamento são portadores
das nossas opiniões e dos nossos sentimentos a esse respeito”*

Phaneuf (2005: 28).

1 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DOS DADOS DOS ESTUDANTES

A discussão dos resultados será feita de forma sequencial para dar resposta às questões de investigação traçadas. Nesse sentido, iremos cruzar a informação obtida nos dois instrumentos utilizados para a amostra, de forma a atribuir-lhe importância e credibilidade.

Relativamente aos valores das competências relacionais obtidos no ICRA total e em cada uma das suas dimensões obtivemos, através das médias ponderadas, valores acima do valor intermédio da escala (4) com valores que variaram entre 4,87 e 5,68. Num outro estudo Melo (2011) utilizando a mesma escala, mas com uma população de enfermeiros, obteve valores similares entre 4,80 e 5,99, tendo tal como no nosso estudo obtido valores superiores na subescala das competências de genéricas, seguida das subescalas das competências de comunicação e das competências empáticas e os valores mais baixos na subescala das competências de contacto, o que vai de encontro também às conclusões a que chegou Simões (2008). Parece-nos que os valores mais baixos obtidos na subescala de competências de contacto, podem sugerir, por parte dos estudantes, uma relação mais superficial e um “escape” para fugir a um contacto mais íntimo com o utente, utilizando a distância para se manterem afastados e evitarem o contacto mais próximo com o utente (Chalifour, 2008).

Os resultados encontrados, apesar de mostrarem valores de competências relacionais de ajuda acima do valor intermédio da escala, evidenciam valores nas subescalas das competências de comunicação, empáticas e de contacto, inferiores ao da subescala de competências genéricas, o que indica que os estudantes ainda dão maior relevância a este nível de competências e relegam para segundo plano as habilidades de interação que estão mais ligadas à intimidade dos utentes. Isso mesmo nos é dito por Ferreira, Tavares & Duarte (2006: 53) quando afirmam que a “prática de cuidados de enfermagem como uma interação humana pode levar a que os técnicos se sintam impreparados e inseguros”, para lidarem com os utentes no que diz respeito às questões relacionadas com a sua intimidade.

Passamos de seguida a discussão dos resultados com uma organização de acordo com as questões de investigações levantadas inicialmente.

1.1 - AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DOS ESTUDANTES VS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS

Relativamente aos dados sociodemográficos, estes traduzem a história da enfermagem ao validarem a feminização da enfermagem, em que a mulher estava indissociavelmente associada à prática dos cuidados, facto que em Portugal viria a reforçar-se com a publicação do decreto-lei 36219 de 10 de abril de 1947 (Portugal, 1947) em que no capítulo I art.º 5, onde se pode ler “O ensino da enfermagem deve ser orientado no sentido da preferência do pessoal feminino, exceto nos serviços de algumas especialidades, como a psiquiatria e a urologia”, passando no decreto 38885 de 1952 (Portugal, 1952b: 879) a ter outra leitura, nomeadamente no artigo 18 do capítulo III onde pode ler-se “a admissão à frequência das escolas de enfermagem será orientada no sentido de dar preferência, em regra, ao pessoal feminino” não especificando, neste caso, os serviços hospitalares.

Na relação das competências relacionais de ajuda com as variáveis sociodemográficas, verificámos através da aplicação do *Test t* que as estudantes do sexo feminino apresentam, em média, melhores valores de competências relacionais em todas as subescalas exceto na subescala das competências empáticas. Aqui, os estudantes do sexo masculino patenteiam, ainda que ligeiramente, maiores valores médios nesta dimensão das competências relacionais de ajuda, não se verificando diferença estatisticamente significativa entre as diferenças de médias apresentadas pelos dois sexos para as competências relacionais de ajuda.

Ao analisar esta variável independente e o fator Escola de origem concluímos que este fator não influencia a resposta da variável dependente ao fator sexo. Num estudo realizado por Melo & Raposo (2007) também com estudantes de enfermagem, verificou-se que as mulheres desenvolvem significativamente melhor as suas competências genéricas, empáticas e de comunicação do que os jovens do sexo masculino. Num outro estudo realizado por Melo (2011) utilizando o mesmo instrumento, mas com uma população composta por enfermeiros, verificou-se que as enfermeiras apresentavam um nível mais elevado de competências em todas as subescalas com diferenças estatisticamente significativas, à exceção da subescala das competências de contacto em que os valores eram muito próximos nos dois sexos. Também Rocha (2008) concluiu que embora não existam diferenças estatisticamente significativas nas dimensões da relação de ajuda em função do

sexo, havia uma tendência para todas as dimensões de relação de ajuda serem mais elevadas no sexo feminino. Pelo contrário Simões (2008) encontrou um maior valor de competências relacionais de ajuda totais nos homens (284,00) relativamente às mulheres (280,00) verificando que as diferenças encontradas não eram estatisticamente significativas, consoante o sexo.

Os valores obtidos no nosso estudo relativamente à relação do sexo com a dimensão das competências empáticas não sendo estatisticamente significativos, podem ser compreendidos recorrendo a Chalifour (2008: 198) que nos diz que “uma das principais expectativas do cliente que comunica com o interveniente é ser compreendido” independentemente do sexo do cuidador.

Marini (1999) no seu estudo identificou uma perceção característica de género significativa de carinho o que pode refletir as diferenças nos estilos de comunicação de género e nos processos interpessoais que podem afetar conotações de expressões de cuidado. Por outro lado, no estudo de Simões & Amâncio (s/d) verifica-se uma maior contribuição das mulheres para os juízos universalistas dos profissionais de enfermagem, procurando mesmo “dessexuar” enfermeiros e enfermeiras, na avaliação das suas qualidades humanas.

Relativamente à idade, verificámos que cada vez mais os estudantes apresentam idade superior a 20 anos, por um lado devido à entrada através do programa “maiores de 23 anos” regulamentado através do decreto-lei nº 64/2006 de 21 de março (Portugal, 2006b) ou ainda devido ao facto de atualmente a candidatura para o curso de enfermagem ser feita nos mesmo moldes dos restantes cursos, o que não ocorria até à integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico. Até essa altura, as candidaturas eram realizadas em cada escola de enfermagem e não era exigido como habilitações literárias o 12º ano, o que justificava a menor média etária dos estudantes. Também devido a este facto verificámos que cerca de 6,3% dos estudantes já possuía uma licenciatura ou frequência de cursos na área das ciências sociais, da saúde e da biologia. Por outro lado, o facto de os estudantes terem idade inferior a 19 anos, “pode acarretar uma amostra ainda pouco amadurecida do ponto de vista de aquisição de uma grande variedade de experiências pessoais, essenciais para a construção e desenvolvimento de competências” (Martins de Oliveira, 2010: 207).

A análise da variável idade, permitiu verificar que são os estudantes que estão na faixa etária dos [20-29] anos os que apresentam maiores valores de competências relacionais de

ajuda e o mesmo acontece para cada subescala de competências, exceto na subescala das competências de contacto em que são os estudantes da faixa etária dos [30-39] que apresenta uma diferença ligeiramente superior.

Verificámos que existem diferenças significativas entre a idade dos estudantes e as competências relacionais, ou seja o fator idade tem um efeito significativo na variável dependente. Podemos também afirmar que o fator Escola não influencia a resposta da variável dependente ao fator idade. Verificámos ainda que não existem diferenças significativas entre a idade e a subescala das competências empáticas, tal como Melo & Raposo (2007: 201) que apenas constataram “relação entre a idade e o desenvolvimento de competências de contacto, sendo que os mais jovens as desenvolvem melhor”. Pelo contrário Sapeta & Lopes (2007) referem no seu artigo que a idade e a experiência profissional podem conduzir a uma maior maturidade pessoal e sensibilidade para lidar com determinadas situações. Parece-nos que este facto justifica o efeito significativo na aquisição das competências relacionais. Simões (2008: 148) no seu estudo concluiu que “não existe relação estatisticamente significativa entre qualquer das dimensões das competências relacionais de ajuda e a idade”, no entanto Melo (2011: 110) no seu estudo encontrou correlação significativa com as competências empáticas enquanto que nas restantes dimensões as correlações não foram significativas.

Ainda sobre a maturidade dos estudantes e a sua importância para o desenvolvimento das competências relacionais, Melo (2011) faz referência a estudos que consideram a maturidade como uma importante influência para o desenvolvimento das competências empáticas e de comunicação.

No que diz respeito ao estado civil, apesar da maioria dos estudantes ser solteiro, verifica-se que alguns dos estudantes tem como estado civil casado, união de facto e separado/divorciado, o que faz com que a experiência de vida seja diferente e a opção por este curso seja tomada mais tardiamente.

Na relação da variável competências relacionais com o estado civil dos estudantes, verificámos que são os estudantes que vivem em união de facto os que apresentam, em média, maiores valores de competências relacionais, exceto na subescala de competências genéricas em que são os divorciados/separados que apresentam valores médios mais elevados, não existindo, no entanto, diferenças estatisticamente significativas.

Verificámos que nas subescalas de competências de comunicação e de contacto existem diferenças significativas entre cada subescala de competências e a escola, verificando-se diferenças significativas entre o estado civil. Podemos afirmar, com uma probabilidade de erro de 5%, que não existe interação significativa entre o fator estado civil e o fator Escola. Esta realidade está longe daquela a que se assistia em Portugal nos anos 40, do século XX, na prática de enfermagem, pois no nº 4 do artigo 3º do decreto-lei 31913 de 12 de março de 1942 (Portugal, 1942), pode ler-se que a prestação de enfermagem feminina era reservada a mulheres solteiras ou viúvas sem filhos, o qual só viria a ser revogado com o decreto 2120 de 1963.

Relativamente à relação das habilitações literárias com a aquisição de competências relacionais, verificámos que os estudantes que já tinham frequentado um curso superior em que a comunicação e as relações interpessoais eram centrais, são os que apresentam em média valores mais elevados de competências relacionais, embora sem diferenças estatisticamente significativas. Estes estudantes, com formação na área relacional conseguem, em média, uma melhor perceção das suas habilidades no contexto das competências relacionais.

Verificámos que alguns dos estudantes se encontram a estudar e a trabalhar, por um lado devido à situação de crise vivida atualmente, por terem mais dificuldades económicas, o que lhe proporciona diferentes níveis de amadurecimento e experiências de vida variadas, o que pode de alguma forma influenciar o desenvolvimento das competências relacionais de ajuda na preservação da intimidade do utente. Estes são fatores que de alguma forma contribuem para atingir o potencial de desenvolvimento de cada pessoa (Chiavenato, 1999).

A análise da relação das competências relacionais com a escola onde estudam, revelou que os estudantes da Escola B apresentam uma média no total do ICRA superior aos estudantes da Escola A, assim como apresentam médias mais elevadas que os estudantes da Escola A nas subescalas de competências relacionais, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes das duas escolas. Estas diferenças poderão ser suportadas pela diferença de planos curriculares das duas licenciaturas. Este fato levou-nos a analisar se havia alguma variável teórica ou teórico-prática que pudesse influenciar estas diferenças.

Na análise da estrutura curricular das duas escolas observamos as fichas das unidades curriculares e verificámos se nos conteúdos descritos constavam os conteúdos temáticos “relação de ajuda”, “comunicação interpessoal” e “competências éticas relacionadas com as

competências relacionais”. Na Portaria nº 799-D/99 que cria o curso de licenciatura em enfermagem é determinado que “a componente de ensino teórico tem como objetivo a aquisição dos conhecimentos de natureza científica, deontológica e profissional que alicerçam o exercício profissional da enfermagem” (Portugal, 1999b: 6510 – (2)).

Na Escola A, ao analisarmos a estrutura curricular relativamente às unidades curriculares em que são abordados conteúdos relacionados com as competências relacionais, verificámos que os estudantes têm no 1º ano as unidades curriculares Ética e Deontologia em Enfermagem, Intervenção Terapêutica de Enfermagem e Raciocínio Clínico, no 4º ano Bioética e Saúde e Sociedade II. Ainda nesta Escola, a introdução à prática clínica apenas ocorre no 2º semestre do 2º ano. Nesse primeiro contato com a prática clínica, os estudantes vão ter de integrar todos os conhecimentos genéricos e instrumentais adquiridos relativamente aos cuidados de enfermagem e os conhecimentos relacionais no processo de cuidar o utente.

Na Escola B, os conteúdos relativos às competências relacionais são abordados em unidades curriculares específicas, Enfermagem I - Fundamentos: Processo e Instrumentos; Ética I; Direito da Saúde e da Enfermagem; Relação de Ajuda e Comunicação em Enfermagem I no 1º ano. No 2º ano dão continuidade à Relação de Ajuda e Comunicação em Enfermagem II; Deontologia Profissional I. No 3º ano abordam a Ética II e finalmente no 4º ano tem a Deontologia Profissional II. A introdução à prática clínica ocorre logo no 2º semestre do 1º ano com o ensino clínico de Enfermagem – Instrumentos Básicos e Comunicação. A estrutura curricular segue um eixo estruturante baseado na relação de cuidado de enfermagem em que a relação de ajuda e comunicação terapêutica em enfermagem, a ética, a deontologia e o raciocínio jurídico são duas das sete linhas transversais que se evidenciam ao longo plano curricular.

A análise dos dois planos curriculares revelou que existem diferenças nos conteúdos relacionados com a temática relação de ajuda e questões da intimidade dos utentes. Na Escola B os conteúdos estão direcionados especificamente para as competências relacionais e aqui o primeiro ensino clínico também é especificamente direcionado para a componente relacional estudante-utente. Estas diferenças parecem passíveis de influenciar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências relacionais adquiridas pelos estudantes das duas escolas.

A variável ano do curso evidenciou que são os estudantes finalistas que apresentam em média valores superiores de competências relacionais no ICRA total e em cada subescala de competências. No entanto constatámos que são os estudantes do 2º ano os que apresentam em média, valores mais baixos de competências relacionais no geral e em todas as subescalas de competências.

Por outro lado verificámos que existe interação entre o ano em que os estudantes estão e a escola que frequentam, o que faz com que a aquisição e o desenvolvimento das competências relacionais pelos estudantes seja influenciada por estas duas variáveis, exceto na subescala das competências de contacto e genéricas, em que estas variáveis não mostram qualquer influencia.

Os resultados mostram que os estudantes das duas escolas apresentam valores médios semelhantes e distintos. Semelhantes porque as diferenças nas subescalas refletem médias de competências diferenciadas e também uma certa correspondência entre as médias mais elevadas e as mais baixas (exceto na subescala das competências empáticas). Distintos porque as médias das competências das subescalas do ICRA sugerem médias diferentes no padrão dos estudantes em cada uma das duas escolas. Alguns estudos evidenciam que as diferenças encontradas nos resultados do nosso estudo podem estar relacionadas com as diferenças nos planos curriculares de cada Escola. Simões & Rodrigues (2010: 489) concluíram no seu estudo que a formação deve enfatizar as competências empáticas e as competências de contacto, revelando que “as correlações foram significativas na dimensão contacto, genéricas e empáticas, o que coloca estes conceitos em uma posição central, no processo de formação contínua dos enfermeiros”. Também Simões (2008) concluiu que existe uma correlação estatisticamente significativa entre o valor de competências relacionais de ajuda totais dos enfermeiros e das subescalas de competências genéricas, empáticas e de contacto, com a formação em relação de ajuda, o que levou a autora a concluir que a formação contínua em relação de ajuda influencia o valor de competências relacionais de ajuda dos enfermeiros.

Rocha (2008) revelou igualmente que os enfermeiros que tinham tido aulas de relação de ajuda e de comunicação apresentavam índices maiores em todas as dimensões de relação de ajuda, exceto na dimensão congruência, apesar de as diferenças não serem estatisticamente significativas com os que não tinham tido aulas de relação de ajuda e de comunicação.

Para finalizar a análise da relação dos dados sociodemográficos com a aquisição das competências relacionais, examinámos a relação da opção da escolha do curso com as competências que cada estudante adquiriu e verificámos que os estudantes que escolheram o curso de enfermagem em 4ª opção são os que apresentam valores médios mais elevados de competências relacionais, sendo estas diferenças estatisticamente significativas. Verificámos que estes estudantes escolheram o curso de enfermagem em 4ª opção, por um lado pelas “perspetivas de trabalho e emprego”, mas por outro lado porque “era o que gostavam” e alguns porque “não entraram no curso que queriam”. De acordo com Almeida, Guisande, Soares & Saavedra (2006: 513) “a abertura generalizada e a aparente democratização do acesso ao Ensino Superior acabam por integrar diferenciações relativamente aos trajetos escolares anteriores à escolha do curso e às taxas de sucesso associadas ao género e à origem sociocultural dos estudantes”. Por outro lado podemos justificar estes resultados pela maturidade dos estudantes, pois estes estão na faixa etária dos [20-29] anos, o que revela que são estudantes que já têm um trajeto de vida definido e não escolheram o curso por influência dos pais ou amigos ou por terem uma visão ideal da profissão.

Parece-nos assim evidente que as variáveis sociodemográficas influenciam a aquisição e desenvolvimentos das competências relacionais ao longo do curso de enfermagem.

1.2 - ENSINO CLÍNICO E AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS RELACIONAIS

Anteriormente, expusemos as diferenças encontradas na aquisição das competências relacionais entre os estudantes de cada uma das escolas e verificámos que os estudantes da Escola B apresentam uma média no total do ICRA superior aos estudantes da Escola A, assim como apresentam médias mais elevadas que os estudantes da Escola A nas subescalas de competências relacionais, existindo diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes das duas Escolas A e B, as quais relacionámos com as variáveis sociodemográficas e com o plano curricular de cada escola, nomeadamente com os conteúdos teóricos e teórico-práticos, não tendo sido abordado a vertente dos ensinamentos clínicos, a qual passamos a abordar de seguida.

De acordo com a Portaria nº 799-D/99 de 18 de setembro (Portugal, 1999b: 6510- (2)) “a componente de ensino clínico tem como objetivo assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem”. O mesmo documento salienta no ponto 3 do artigo 3º do Anexo, a importância atribuída aos ensinamentos clínicos na formação em enfermagem salientando que “a duração do ensino clínico deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso” (Portugal, 1999b: 6510- (2)). Cada uma das escolas estudadas tem precisamente esta componente letiva com maior carga horária repartida pelos vários anos do curso (embora com o início desfasado).

Na Escola A os estudantes iniciam os ensinamentos clínicos, no 2º semestre do 2º ano. Iniciam aqui a confrontação dos conhecimentos teóricos com a realidade prática, pois até este momento ocorreram em cada componente teórica a vertente teórico-prática e prática em laboratório. No 2º ano do curso os objetivos para estes ensinamentos clínicos são:

- 1 – Compreender o processo saúde-doença do adulto e do idoso em contexto familiar;
- 2 – Desenvolver competências clínicas de apreciação, diagnóstico e prestação de cuidados de enfermagem ao adulto e idoso em diferentes contextos.

Na Escola B esta realidade começa logo no 2º semestre do 1º ano onde a confrontação com a realidade prática se inicia mais cedo e os estudantes realizam o ensino clínico de Enfermagem – Instrumentos básicos e comunicação - onde especificamente é dada atenção à relação de ajuda e comunicação em enfermagem, sendo a sua principal finalidade o de permitir ao estudante a reflexão sobre a importância destas duas componentes o relacionamento interpessoal ao longo de todo o processo de cuidar o utente e o iniciar a socialização à profissão.

A aquisição de competências através da experiência real, remete para o saber prático, em que o saber e o saber-fazer sobressaem e o confronto do estudante com o utente “real” dá-lhe a oportunidade de relacionar os conhecimentos adquiridos teoricamente com os problemas com que se depara e a que tem que dar resposta. Neste confronto, o estudante não coloca em prática apenas o saber-fazer, mas também o saber-estar e o saber-ser que devem ter o mesmo peso na sua experiência. Para Fernandes (2011: 29) “a aprendizagem em ensino clínico decorre num contexto social complexo onde se misturam lógicas do fazer, pressupondo sempre atividade cognitiva, mediada por fatores culturais, situacionais, psicológicos, emocionais, entre outros”.

Conforme é referido por Benner (2001: 61) “a teoria oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas a prática é sempre mais complexa e apresenta muito mais realidades do que as que se podem apreender pela teoria”. Desta forma a aquisição de competências é realizada em alternância no ensino de enfermagem, na componente teórica e na componente prática, em que a principal finalidade se baseia na produção e desenvolvimento de competências cognitivas e relacionais do estudante. Reis (2011: 16) defende que “é através dos Ensinos Clínicos e da relação supervisiva, que os estudantes desenvolvem conhecimentos, transformando os saberes teóricos em saberes específicos necessários ao desenvolvimento da identidade profissional através da incorporação de recursos que permitem a construção de competências”.

Os ensinos clínicos estão estruturados de acordo com o nível de desenvolvimento dos estudantes, em cada estágio do curso, e em diferentes contextos de forma a proporcionar diversas oportunidades de aprendizagem ao longo do ciclo de vida do indivíduo. Na Escola A os estudantes iniciam os ensinos clínicos incorporando todos os conhecimentos adquiridos até esse momento de forma a dar resposta a todas as necessidades dos utentes, adultos ou idosos em processo de doença, na área médico-cirúrgica, reabilitação e saúde mental e psiquiatria, tendo como competências nucleares todos os domínios das competências (cognitivo – saber/saber, atitudinal - saber estar, comunicacional – saber ser e técnico – saber fazer) necessárias em enfermagem. Aqui o estudante tem que integrar e transformar saberes através de processos de reflexão na e sobre a ação. Salienta-se que no primeiro ensino clínico é também a primeira vez que contactam com o utente em situação de doença, com o sofrimento e a morte, o que “obriga” o estudante a desenvolver estratégias relacionais, de comunicação e de cuidados para lidar com estas situações.

Na Escola B o primeiro ensino clínico tem como fundamento os instrumentos básicos e a comunicação em enfermagem no idoso e em saúde pública e é dado relevo ao conforto, relação de ajuda e comunicação em enfermagem e educação para a saúde, tendo como competências fulcrais as competências relacionais. O contato com o utente a experienciar uma situação de doença só ocorre, como já foi referido, no 2º ano. A partir desta altura os estudantes são conduzidos à reflexão sobre situações relacionais já experienciadas em ensino clínico em confrontação com novos conhecimentos teóricos, ou com a utilização de novas técnicas e procedimentos aprendidos. Esta estratégia pode permitir ao estudante uma melhor compreensão da importância da componente relacional em todo o processo de cuidar.

Na formação em enfermagem pretende-se com o ensino clínico que os “estudantes desenvolvam conhecimentos e capacidades nas intervenções de enfermagem nos domínios técnico, científico, comunicacional e relacional, bem como que desenvolvam competências a nível cognitivo, motor, pessoal, social e vocacional, no sentido de “bem-fazer” enfermagem, no sentido de prestar cuidados de enfermagem promotores de ganhos em saúde nas pessoas, famílias e comunidade” (Paiva, 2008: 41).

Questiona-se se o início do ensino clínico apenas no 2º semestre do 2º ano e não direcionado para as competências relacionais, pode ser a justificativa para os estudantes da Escola A adquirirem menos competências relacionais ao longo do curso. Ferreira (2008: 21), no seu estudo refere que “o estudante que experiencia o seu primeiro Ensino Clínico, fá-lo com uma série de expectativas e receios, pois, se por um lado este deseja contactar com a realidade do contexto clínico, por outro são-lhe exigidas uma série de adaptações, que nem sempre este está preparado para ultrapassar” ou seja “é no confronto diário com as situações, que o estudante sente necessidade de mobilizar uma série de estratégias para ser capaz de gerir o turbilhão de emoções que o assaltam, o que nem sempre é tarefa fácil, dada a sua imaturidade neste domínio”.

Analogamente, questionamo-nos sobre a relação entre a aquisição de competências relacionais e o ano de curso em que o estudante se encontra. Verificámos que são os estudantes finalistas que apresentam a média mais alta e pelo contrário são os estudantes do 2º ano que apresentam a média mais baixa. Verificámos também que os estudantes do 1º ano aparecem logo em segundo lugar, ou seja este primeiro ano é direcionado para as competências relacionais. Os estudantes finalistas são aqueles que deveriam apresentar estes valores médios mais elevados, pois estão a terminar o curso e devem estar preparados em todas as vertentes das competências. A subescala de competências de comunicação, é a única onde os estudantes do 1º ano apresentam valores médios inferiores a todos os outros anos com exceção dos estudantes do 2º ano que aparecem em último lugar. Verificámos ainda que a médias das competências relacionais é mais homogénea na Escola B do que na Escola A, o que pode ser justificado por, ao longo do curso, terem diferentes unidades curriculares que versam as competências relacionais e ainda terem um ensino clínico específico para aquisição deste domínio das competências.

Apesar de receberem treino durante o período teórico e teórico-prático e aulas práticas em laboratório, na Escola A, esta preparação pode não se revelar suficiente para os

estudantes se sentirem preparados para esta primeira experiência em contexto clínico. Num estudo realizado sobre as expectativas dos estudantes no primeiro ensino clínico, foi verificado que “40,0% responderam que o período de preparação para o estágio, ou seja, aulas em laboratório de ensino de enfermagem, aulas teóricas ou monitorias, foram suficientes e 59,1% entenderam que este período não foi suficiente para dirimir as dúvidas e diminuir a ansiedade para o início das atividades em campo de estágio hospitalar” (Carvalho, Peloso, Valsecchi & Coimbra, 1999: 201).

Sendo o ensino clínico um espaço de formação privilegiada na medida em que associa o conhecimento e a ação, a ação e a reflexão, a aprendizagem e o projeto (Trindade, 2002), destacamos a importância da realização do mesmo para a aquisição e desenvolvimento das competências relacionais nos estudantes de enfermagem, nomeadamente o seu início e características desse ensino clínico.

1.3 - ACOMPANHAMENTO EM ENSINO CLÍNICO E AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS

O modelo de acompanhamento dos estudantes durante o ensino clínico tem vindo a ser alterado ao longo das últimas décadas, com a integração do ensino de enfermagem no Sistema Educativo Nacional ao nível do Ensino Superior Politécnico (Portugal, 1988). A partir da década de 80, deram-se algumas transformações, nomeadamente a nível do acompanhamento dos estudantes durante o ensino clínico em que se passou de um modelo em que os docentes acompanhavam presencialmente um grupo de estudantes em cada contexto clínico, e em que este docente orientava, supervisionava e avaliava todo o processo de aprendizagem, para um modelo em que os estudantes ficam acompanhados durante o ensino clínico, pelo enfermeiro do serviço³⁷, que orienta, apoia, estimula, motiva, avalia e onde o docente da escola assume o papel de orientação pedagógica, com idas ao contexto clínico cujo número de visitas é estabelecido para cada ensino clínico, para ajudar a ultrapassar dificuldades sentidas no decorrer da prática clínica. Assim, o acompanhamento dos estudantes passou nalgumas escolas a ser realizado por enfermeiros da prática clínica

³⁷ Vamos utilizar a designação de enfermeiro orientador ao enfermeiro do serviço da unidade de cuidados onde se realiza o ensino clínico

onde os estudantes realizam os ensinamentos clínicos. Na opinião de Dixe (2007: 71) “considerando que o desenvolvimento das competências não cabe só às escolas mas também ao local de trabalho (...) a importância da orientação em parceria reside no facto de cada um dos atores contribuir com os saberes e competências que melhor domina, tornando a formação dos estudantes mais completa, coerente e consistente”. Todas estas alterações, foram também realizadas a nível legislativo e de acordo com o ponto 3 do artigo 5º da Portaria nº 799-D/99 de 18 de setembro (Portugal, 1999b: 6510-(2)) “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”. Esta colaboração ficou definida no decreto-lei nº206/04 de 19 de agosto em que foi clarificada a relação entre “as entidades prestadoras de cuidados de saúde e as instituições responsáveis pelo ensino, a educação e a investigação científica” (Portugal, 2004: 5419). A par destas alterações também na carreira de enfermagem estava definido esta colaboração ou seja no art.º 9º do decreto-lei 247/09 de 22 de setembro (Portugal, 2009b) referente ao conteúdo funcional da categoria de enfermagem, na alínea i, o qual não foi alterado com a entrada em vigor do decreto-lei 122/2010, o qual determina que o enfermeiro deve “colaborar no processo de desenvolvimento de competências de estudantes de enfermagem, bem como de enfermeiros em contexto académico ou profissional” (Portugal, 2009b: 6759).

Durante o ensino clínico há ganhos importantes também para as instituições e não só para os estudantes, pois “a formação em contexto clínico proporciona aos estudantes e aos enfermeiros a oportunidade de aprender, de integrar e de desenvolver competências num ambiente de proximidade e sob acompanhamento (...) que proporciona aos enfermeiros oportunidades de demonstrar conhecimento tácito e refletir sobre as suas próprias experiências cuidativas” (Abreu, 2011: 14).

Alarcão (2011) salientou ainda as características do processo supervisivo, o qual envolve pessoas e contextos em interação. Neste processo “salienta-se a sua intencionalidade (a formação e o desenvolvimento), a sua dimensão substantiva (compreender o que acontece na prestação de cuidados e confirmar ou transformar a ação) e a sua dimensão interpessoal (comunicativo-relacional de tipo dialógico)” (Alarcão, 2011: 12).

A supervisão em enfermagem pode ter diferentes modelos e estratégias como a supervisão clínica, o *mentorship* e *perceptorship*. A supervisão do ensino clínico é “um

processo formal de sustentação dessa prática, onde um enfermeiro experiente orienta, apoia e aconselha o estudante na construção do seu conhecimento” (Dias, 2010: 16). Já quando a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal e profissional são supervisionados por profissionais experientes designa-se por *mentorship*. Este termo é frequentemente designado por tutor (Borges, 2010). Por sua vez, o “acompanhamento que envolve o apoio de um profissional experiente a outro menos experiente, durante um período limitado de tempo, no mesmo contexto ou área de atuação, é designado de *perceptorship*” (Heartfield, Gibson & Nase (2005) citado por Borges, 2010: 37).

Embora existam vários modelos de supervisão clínica em enfermagem, o modelo utilizado deve ter sempre em atenção o desenvolvimento pessoal e profissional dos intervenientes no processo supervisivo (Dias, 2010). O modelo pedagógico de supervisão em ensino clínico, envolve diretamente três intervenientes, cada um com o seu papel, que interagem entre si, de forma a maximizar as capacidades dos estudantes, visando o melhor grau de desenvolvimento e aprendizagem dos estudantes. Assim, o “modelo de acompanhamento em ensino clínico é um elemento fundamental para que o processo de ensino-aprendizagem decorra de forma positiva e para que os objetivos sejam atingidos” (Carvalho, 2004: 278).

Os intervenientes no processo de supervisão são, o estudante, o professor e o enfermeiro do serviço, interagindo entre si e desempenhando diferentes papéis. O papel do estudante neste processo de ensino e aprendizagem, “enquanto sujeito ativo é responsável pela sua formação, adquirindo autonomia para agir e responder aos desafios” (Cunha, Ribeiro, Vieira, Pinto, Alves, Santos, Martins, Leite, Aguiar, Andrade, 2010: 126), a qual passa por:

- Cumprir as orientações gerais da experiência clínica e específicas de cada um dos contextos, onde ela decorre;
- Toma em conta as competências a adquirir/desenvolver e os respetivos resultados de aprendizagem;
- Procura esclarecer as dúvidas com o enfermeiro orientador e/ou docente, não descuidando o recurso a outras fontes de informação;
- Participa na prestação de cuidados, mobilizando os saberes teóricos e teórico-práticos prévios ao ensino clínico que está a realizar supervisionado pelo enfermeiro orientador /docente;
- Participa nas atividades desenvolvidas nos diferentes contextos;

- Produz elementos destinados à aprendizagem e respetiva autoavaliação formativa e sumativa em cada contexto;
- Participa na avaliação formativa e sumativa.

O enfermeiro da unidade de cuidados, assume “o papel de tutor orientando a aprendizagem dos formandos, promovendo o desenvolvimento e conseqüentemente a socialização destes” (Borges, 2010: 42) para o seu desenvolvimento pessoal e profissional em articulação com os restantes intervenientes no processo de orientação. Para tal:

- Aprecia com o docente e adequa as orientações genéricas da experiência clínica à realidade do seu contexto;
- Seleciona as atividades de aprendizagem a desenvolver pelo estudante, tutelando a sua realização e esclarecendo dúvidas em favor do entendimento da problemática e da adequação dos cuidados com as pessoas assistidas e respetivas famílias/comunidade;
- Orienta no sentido da consulta a outras fontes de informação;
- Supervisiona o desempenho do estudante ao longo do ensino clínico;
- Proporciona, sendo possível, a participação do estudante nas atividades da equipa assistencial do serviço (reuniões, formações, etc.);
- Socializa os estudantes para uma filosofia de unidade e de integração numa equipa multidisciplinar;
- Participa nas reuniões de avaliação formativa e sumativa da experiência clínica no seu contexto de exercício;
- Produz os elementos destinados à heteroavaliação formativa do estudante no seu contexto de exercício.

Ao professor cabe a responsabilidade de ser “supervisor, facilitando a aprendizagem” (Cunha, Ribeiro, Vieira, Pinto, Alves, Santos, Martins, Leite, Aguiar, Andrade, 2010:126) do estudante de modo a promover o seu desenvolvimento, devendo:

- Apreciar com o estudante e o enfermeiro orientador o planeamento individual da experiência clínica para cada contexto em particular;
- Orientar a reflexão do estudante sobre as atividades de aprendizagem a desenvolver e/ou desenvolvidas, mobilizando os saberes teóricos e teórico-práticos de todos os anos prévios ao ensino clínico que o estudante está a realizar, em favor do

entendimento da problemática e da adequação dos cuidados com as pessoas assistidas e respetivas famílias/comunidade;

- Orientar no sentido da consulta a outras fontes de informação;
- Discutir com o estudante a sua participação nas atividades de rotina e extemporâneas da equipa assistencial do serviço ou unidade (reuniões, formações, etc.);
- Dinamizar uma prática reflexiva através da discussão da intervenção do estudante em casos clínicos;
- Orientar o estudante, na medida do necessário, na produção dos elementos destinados à aprendizagem e respetiva avaliação;
- Participar nas reuniões de acompanhamento e de avaliação formativa e sumativa da experiência clínica em cada contexto de exercício para avaliação do processo de ensino-aprendizagem;
- Promover a reflexão dos intervenientes envolvidos na experiência (estudantes, docentes e enfermeiros orientadores);
- Ser responsável pela nota final do estudante na experiência clínica.

No nosso estudo verificámos que o tipo de orientação e acompanhamento dos estudantes em ensino clínico apresenta algumas diferenças em cada escola, quer em termos de supervisão durante o ensino clínico, quer em termos do número de estudante por enfermeiro orientador/docente, que podem ou não influenciar a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade do utente pelos estudantes. Sendo um processo contínuo ao longo do curso e que vai sendo progressivamente assimilado pelos estudantes na interação com as situações reais que ocorrem no decorrer dos ensinamentos clínicos. No nosso estudo uma das variáveis que consideramos como influenciadora do desempenho dos estudantes, é a variável “tipo de orientação/acompanhamento” (Sousa, 2009), pois tal como refere o autor esta variável pode influenciar os resultados do desenvolvimento das competências relacionais pelos estudantes durante o ensino clínico. Também Pacheco (2011) refere que a influência do professor/orientador é determinante na ação, pois os estudantes muitas vezes só conseguem agir quando se sentem apoiados.

Verificámos que na Escola A os estudantes em ensino clínico estão agrupados em grupos de 2 ou 3 estudantes por cada enfermeiro da unidade de cuidados nos ensinamentos clínicos do 2º ano e realizam um horário fixo no turno da manhã. No 3º e 4º ano fica um estudante por

enfermeiro da unidade de cuidados e realizam um horário de *roulement*. Na Escola B os estudantes no ensino clínico do 1º ano em grupos de 6 estudantes têm o acompanhamento da docente da escola em cada local de ensino clínico. No 2º ano ficam também cerca de 6 estudantes com o acompanhamento da docente da escola partilhado com um enfermeiro orientador do contexto onde se realiza o ensino clínico. Em ambas as situações os estudantes realizam um horário fixo no turno da manhã. No 3º e 4º ano fica cada aluno com um enfermeiro orientador do local de ensino clínico e realizam horários de *roulement*. No estudo de Rua (2009), evidenciou-se como fator facilitador do desenvolvimento de competências dos estudantes o número reduzido de estudantes por serviço, dado que as experiências a partilhar aumentavam consideravelmente e por outro lado a coesão entre os elementos do grupo e a proximidade maior com os supervisores, resultou numa maior confiança e progressiva autonomia. Ainda no mesmo estudo Rua (2009) relata a evidência que o horário de *roulement*, permite uma dinâmica diferente na medida em que o número de elementos é muito mais reduzido e as intervenções planeadas são maioritariamente diferentes das do turno da manhã.

Como fatores inibidores do desenvolvimento de competências Rua (2009), salienta o número elevado de estudantes por local onde decorre o ensino clínico, havendo apenas um supervisor. Este facto perturba as dinâmicas de trabalho assim como o ritmo de cada estudante, pois não podendo realizar a maioria das intervenções sem uma supervisão direta, fica assim dependente da disponibilidade do supervisor para dar continuidade às suas atividades.

Ao longo da pesquisa encontramos vários autores que estudaram a supervisão de estudantes em ensino clínico (Ferreira, 2008; Dixe 2007; Paiva, 2008; Martins, 2009; Dias, 2010; Borges, 2010; Alarcão 2011, Abreu, 2011) e que se centraram na abordagem das características que um enfermeiro deve possuir para supervisionar estudantes em ensino clínico. No nosso estudo não iremos abordar esta vertente da supervisão, mas apenas o tipo de orientação e acompanhamento dos estudantes, já que este poderá influenciar, ou não, o desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade do utente ao longo do processo de cuidar pelo estudante, tal como refere Sousa (2009).

Na análise do ICRA verificámos que são os estudantes do 2º ano os que apresentam a média mais baixa de competências relacionais. No entanto, verificamos que apesar de ser idêntico nas duas escolas, observamos que na Escola A as médias são muito inferiores às

apresentadas na Escola B. As justificações parecem-nos que podem estar relacionadas com o início dos ensinamentos clínicos em que os estudantes da Escola B, já tinham esta experiência anterior e os estudantes da Escola A têm o primeiro contacto com esta componente de aprendizagem. Por outro lado, os estudantes da Escola A, em termos teóricos têm menos unidades curriculares onde é abordado este domínio das competências relacionais. Podemos encontrar justificação para estes valores médios mais baixos em relação aos outros anos do curso, no facto de ser o primeiro contacto com a situação patológica dos utentes e isso constituir-se como um motivo gerador de *stress* para a aquisição das competências relacionais, pois é diferente a inter-relação com uma pessoa saudável ou com uma pessoa doente. Tal como referido por Carvalho, Pelloso, Valsecchi & Coimbra (1999: 201) “a entrada brusca dos alunos numa situação desconhecida é um fator desencadeante de tensões e ansiedades”, o que pode influenciar a aprendizagem do estudante. Por outro lado, o estudante “nesta etapa do curso, é jovem, inexperiente, imaturo, com pouca ou nenhuma convivência com a dor, o sofrimento e a morte” (Carvalho, Pelloso, Valsecchi & Coimbra, 1999: 201).

Neste contexto surge outra variável importante para a aquisição destas competências, que é a variável tipo de orientação e acompanhamento dos estudantes, pois a “maior ansiedade dos alunos em relação ao docente supervisor diz respeito à compreensão. Eles esperam que o professor seja calmo e compreensivo; que entenda suas falhas por estarem começando; que comentem seus erros particularmente para que eles não se repitam” (Carvalho, Pelloso, Valsecchi & Coimbra, 1999: 203).

Verificámos que os valores médios das competências relacionais são mais elevados quando o acompanhamento em ensino clínico é realizado pelo “enfermeiro orientador e o professor responsável da escola”, seguido do acompanhamento apenas pelo “professor da escola”. Verificámos também em cada subescala de competências que os valores médios são diferentes de acordo com o tipo de acompanhamento em ensino clínico. De facto, nas subescalas de competências genéricas e de contacto os valores médios são mais elevados quando os estudantes estão acompanhados pelo “professor da escola”. Nas subescalas de competências empáticas e de comunicação, os valores médios são mais elevados quando o acompanhamento em ensino clínico é realizado pelo “enfermeiro orientador e pelo professor responsável da escola”. Apenas se verificam diferenças estatisticamente significativas entre

o tipo de acompanhamento em ensino clínico e a subescala das competências de comunicação.

Pinto (2011: 18) no seu estudo confirmou “o papel fundamental do supervisor clínico (tutor) e a importância das suas qualidades na mediação da aprendizagem da ética, confirmando o papel do supervisor na construção do pensamento ético dos estudantes de enfermagem”.

No estudo de Carvalho, Pelloso, Valsecchi & Coimbra (1999) sobre as expectativas dos alunos no primeiro ensino clínico, revelou que 81,8% dos estudantes revelam ansiedade em relação aos procedimentos técnicos, ou seja o medo de errar na execução da técnica. Este facto justifica o resultado da nossa investigação em que os estudantes se sentem mais seguros na presença do docente da escola em termos de competências genéricas e de contacto. Já a ansiedade e o medo “será diminuída se contar com a presença constante do supervisor, com o seu apoio e sua intervenção quando necessária” Carvalho, Pelloso, Valsecchi & Coimbra (1999: 202).

Através da grelha de observação examinámos esta variável independente e verificamos que a maioria dos estudantes tinha um acompanhamento com um enfermeiro orientador em 47,8% dos estudantes e 30,4% tinha enfermeiro orientador/Professor da escola enquanto apenas 21,7% tinha como acompanhamento o professor da escola. Relativamente às duas escolas, verificámos que na Escola A o tipo de orientação em ensino clínico é exclusiva com o enfermeiro orientador da unidade de cuidados onde se realiza o ensino clínico, enquanto na Escola B começam com o professor da escola e progressivamente com o desenvolvimento dos estudantes e com o ano de curso vão ficando apenas com o enfermeiro orientador da unidade de cuidados onde se realiza o ensino clínico.

No estudo de Ferreira (2008: 79) os estudantes envolvidos sugerem que “as pessoas mais indicadas para os supervisionar são os enfermeiros da prática”. Esta variável não se refere às características do enfermeiro que supervisiona, mas ao facto de ser o professor da escola ou o enfermeiro orientador da unidade de cuidados onde se realiza o ensino clínico e ao facto de o estudante se sentir mais à vontade no ensino clínico. Como salienta Ferreira (2008: 86), “a preferência pelos enfermeiros do serviço para tutores é uma mais-valia, pois, entre outros aspetos, a estes é-lhe dispensada a necessidade de se integrarem no contexto da prática. No entanto, deveriam existir outras exigências que seriam importantes ter em linha de conta, quando os tutores são escolhidos. Os tutores deviam ser Enfermeiros experientes, que

manifestassem desejo em desempenhar essa função, que tivessem formação na área da Supervisão e que estivessem totalmente disponíveis para essa função”. Pelo contrário no estudo de Cunha, Ribeiro, Vieira, Pinto, Alves, Santos, Martins, Leite, Aguiar & Andrade (2010: 143) concluiu-se que “se deve apostar cada vez mais no envolvimento dos docentes no ensino clínico, melhorando a interligação escola/instituição de saúde, uma vez que os enfermeiros evidenciam dificuldades na promoção do processo ensino/aprendizagem, em função dos objetivos estabelecidos pelas instituições de ensino”. No estudo de Carvalho (2004) a maioria dos estudantes considera que os professores devem acompanhar algumas vezes (37%) os ensinamentos clínicos, 28,9% entende que esse acompanhamento deve ser permanente e apenas 2,2% dos estudantes consideram que nunca devem ser os professores a acompanhar os ensinamentos clínicos. Esses estudantes entendem que os profissionais dos serviços devem acompanhar sempre os estudantes (42,2%) sendo que 27,4% entende que se esse acompanhamento não for permanente deve, pelo menos, ser bastante frequente.

Na opinião de Silva & Silva (s/d: 104) “a competência só existe quando é aplicada, quer isto dizer que o local da aplicação intervém na produção de competências e significa que a produção de competências não cabe só à escola, mas também ao local de trabalho”, pelo que deve haver uma alternância entre a formação teórica e a formação prática. No estudo desenvolvido por Carvalho (2004: 279) verificou-se que o “acompanhamento direto, diário e permanente deve ser feito pelos enfermeiros dos serviços, já que eles são os verdadeiros especialistas dos conteúdos mais aprendidos durante esta fase do curso. Os professores teriam um importante papel de coordenação e orientação”.

Na Escola B, no 1º e 2º ano, durante os ensinamentos clínicos realizam-se, semanalmente, atividades em pequenos grupos para orientação tutorial nas unidades curriculares de supervisão da aprendizagem dos cuidados, relação de ajuda e comunicação terapêutica com a finalidade de refletir acerca de casos reais com os quais os estudantes contactaram e manifestaram dificuldades, de forma a sedimentar a aprendizagem nesta dimensão das competências. No 3º ano, no decorrer do ensino clínico, os estudantes têm tutorias de supervisão da aprendizagem dos cuidados de acordo com calendário estabelecido no início do ensino clínico. No 4º ano os estudantes realizam o ensino clínico de opção e nesta unidade curricular estão integrados o “Seminário de consolidação holística” e o “Seminário de integração à vida profissional”. Todas estas atividades realizadas no decurso dos ensinamentos clínicos, permitem o questionamento e o confronto, levando à aquisição e ao

desenvolvimento das competências relacionais dos estudantes, baseado na reflexão de casos reais. Fernandes (2007) salienta que este tipo de metodologia, permite a discussão das diferentes experiências e construir uma orientação mais precisa sobre a aprendizagem no decorrer dos ensinamentos clínicos, ou seja permitem debater aquilo que fizeram, de obter certezas, devido à grande variedade de cuidados com que se deparam.

Enquanto na Escola A, não estão planejadas atividades deste tipo, apenas em cada ensino clínico existem orientações tutoriais individuais para cada estudante, mas não especificamente para abordarem e refletirem na dimensão as competências relacionais em particular, sendo que a metodologia utilizada nesta escola se baseia majoritariamente na elaboração de diários acerca das experiências vividas em ensino clínico, de forma a facilitar a reflexão na ação.

Verificamos que no estudo de Melo & Raposo (2007) que os estudantes obtiveram melhores resultados na dimensão as competências genéricas, tal como no estudo de Melo & Parreira (2009) se verificou que o desenvolvimento de competências genéricas e de comunicação foi significativamente maior, quando havia entrevistas com os professores/enfermeiros orientadores nos ensinamentos clínicos onde é feita a reflexão sobre a importância da relação de ajuda na prática dos cuidados. Parece pois que estas metodologias de ensino, baseadas na reflexão, que visam preparar os estudantes para situações complexas, não são totalmente reconhecidas pelos docentes, apesar de indispensáveis ao desenvolvimento do estudante.

Os métodos pedagógicos utilizados para a aquisição e desenvolvimento das competências relacionais, devem ser consistentes com os objetivos do curso, portanto em enfermagem não é suficiente explicar os conceitos referentes à componente relacional do cuidar em enfermagem, para que este os apreendam, é necessário para além disto que existam momentos de reflexão na ação, ou seja o estudante é convidado a expor a sua experiência aos colegas e professor de forma a refletir sobre o cuidado que realizou.

No nosso estudo, podemos salientar que esta aquisição e desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade do utente é resultante de diversos fatores que se interligam em todo este processo de ensino-aprendizagem ao longo do curso e de que se destacam as características pessoais de cada estudante, o currículo do curso e o tipo de acompanhamento e a metodologia reflexiva utilizada em ensino clínico.

1.4 - ESTUDANTE DE ENFERMAGEM E INTIMIDADE DO UTENTE

O respeito pela intimidade do utente deve ser preservado durante todo o processo de cuidar. A intimidade é um direito e uma necessidade do ser humano indispensável para a manutenção da dignidade humana.

Na profissão de enfermagem, de acordo como código deontológico do enfermeiro, as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (Portugal, 2009a), assumindo assim um papel de respeito pelo utente em todo o processo de cuidar.

Para verificámos a nossa questão de partida, a análise da preservação da intimidade do utente, centrámos-nos na subescala competências empáticas, onde o estudante demonstra o modo como entra no mundo do utilizador dos cuidados de saúde, a forma como o reconhece como único e aceita os seus pontos de vista, competências de contacto, que se referem à posição, postura e modo como se coloca face ao utilizador dos cuidados de saúde e as competências de comunicação, que englobam os recursos importantes na comunicação (Ferreira, Tavares & Duarte, 2006).

Verificámos então que são os estudantes da Escola B que, em média, apresentam mais competências empáticas, competências de contacto e competências de comunicação. Relativamente ao sexo verificámos que são os estudantes do sexo masculino que apresentam mais competências empáticas e pelo contrário são as estudantes do sexo feminino que apresentam maiores valores de competências de contacto e competências de comunicação. Também Melo & Raposo (2007) e Melo & Parreira (2009) verificaram que as estudantes do sexo feminino desenvolvem as competências genéricas, empáticas e de comunicação melhor do que os estudantes do sexo masculino, com diferenças estatisticamente significativas.

Na análise da nossa amostra, tal como já referimos anteriormente deparamo-nos com um grande número de estudantes com idade inferior a 20 anos, facto este que pode ser sensível à preservação da intimidade dos utentes, pois apresentam um elevado grau de imaturidade. Verificámos também que na subescala das competências de contacto são os estudantes da faixa etária dos 30-39 que apresentam uma média superior a este nível de competências. Estes dados contrariam o que Melo & Raposo (2007), encontraram no seu estudo, pois concluíram que os estudantes mais novos desenvolvem melhor as competências de contacto. Já a opinião de Sprinthal & Collins (1994) citado por Melo & Raposo (2007:

203) vai de encontro aos nossos resultados quando referem que, “à medida que o sujeito vai aumentando em idade, maior é a sua experiência de vida, a sua capacidade cognitiva é cada vez mais complexa e mais facilidade possuem de compreender o outro”.

Nas subescalas das competências empáticas e das competências de comunicação são os estudantes da faixa etária dos [20-29] anos os que apresentam valores superiores nesta dimensão das competências. De acordo com Melo (2005: 69) “o desenvolvimento de competências empáticas e de comunicação apenas está relacionado, de forma direta, positiva, com a maturidade psicológica” do estudante.

Relativamente ao estado civil, verificámos que são os estudantes que vivem em união de facto os que apresentam em média maiores valores de competências empáticas, de contacto e de comunicação, tal como referido por Sapeta & Lopes (2007) em que a história pessoal anterior é um dos fatores que pode ser facilitadora na preservação a intimidade do utente.

Na relação do ano de curso e do tipo de acompanhamento, com a preservação da intimidade do utente verificámos que são os estudantes finalistas que apresentam valores superiores em cada uma das subescalas de competências, seguidos dos estudantes do 1º ano, o que pensamos estar relacionado com as questões anteriores ou seja, o início dos ensinamentos clínicos e o tipo de acompanhamento parece ter influência na forma como os estudantes vão aprendendo a preservar a intimidade dos utentes. Na subescala de competências de contacto os valores médios são mais elevados quando os estudantes estão acompanhados pela “professora da escola”, nas subescalas de competências empáticas e de comunicação os valores médios são mais elevados quando o acompanhamento em ensino clínico é realizado pelo “enfermeiro orientador e o professor responsável da escola”.

Os valores obtidos para a dimensão das competências de contacto e de comunicação podem ser compreendidos pelo facto de estarem acompanhados pela “professora da escola”, pois tal como refere Chalifour (2008: 141) “os profissionais que sentem dificuldade em partilhar a intimidade do cliente, utilizam a distância como meio de proteção, dirigem-se ao cliente mantendo-se longe deste, na esperança de que a conversação permaneça funcional, neutra, banal e superficial”. Estando na presença da “professora da escola”, sentem o apoio necessário para alguma situação mais embaraçosa, do ponto de vista da intimidade do utente, que possa ocorrer.

Na nossa amostra verificámos que a distância íntima (45 cm) é a mais utilizada pelos estudantes quando estão acompanhados pelo “professor da escola”. Esta distância é muito curta e é frequentemente utilizada durante determinados cuidados e tratamentos, nomeadamente durante a mobilização do utente com pouca mobilidade, da cama para o cadeirão, para a cadeira de rodas, em que é necessário estar muito próximo do utente para realizar o cuidado. Chalifour (2008: 138, 139) diz-nos que “uma parte do desconforto sentido pelo cliente é devido ao facto de não poder ignorar a presença do outro (...) este tipo de proximidade pode provocar abundantes pensamentos no cliente e nesse sentido, constituir preciosas ocasiões para os debater”, portanto justifica o facto de os estudantes preferirem estar em presença do “professor da escola” caso seja necessário alguma ajuda para responder a alguma questão mais “embaraçosa/difícil” colocada pelo utente.

Não só a distância é importante no contacto com o utente, como as posições adotadas que são igualmente reveladoras da influência na qualidade da inter-relação estabelecida durante o processo de cuidar. Verificou-se que há posições adotadas pelos estudantes que são reveladoras de invasão da intimidade do utente e, muitas destas posturas, estão relacionadas com a distância de contacto.

Almeida (2004), relata que os profissionais de enfermagem carecem de formação adequada em termos de deontologia profissional, especialmente no que diz respeito à relação terapêutica estabelecida entre cuidador e ser cuidado, o qual refere que esta não se ensina, nem se aprende. No entanto, o mesmo autor refere que alguns conhecimentos são transmissíveis na área do agir profissional. Na mesma sequência Chalifour (2008: 119), diz-nos que o enfermeiro deve possuir “simultaneamente bons conhecimentos gerais, saber-fazer variados que lhe permitam adaptar-se a qualquer tipo de pedido e ainda, habilidades e conhecimentos profissionais para responder às necessidades específicas dos clientes”. O mesmo autor diz-nos ainda que devem “possuir um bom conhecimento de si e, saber-fazer e saber-estar precisos sob o plano relacional”. No estudo de Carvalho, Pelloso, Valsecchi & Coimbra (1999: 202) “um dado que chamou a atenção foi a especificação sobre cuidados de higiene. Os académicos, ao mencionarem este aspeto, deixam transparecer as dificuldades que enfrentam ao invadirem a privacidade dos pacientes. Este é um ponto delicado que deve ser levado em consideração pelo professor. É uma questão ética tanto com relação ao paciente quanto ao aluno”.

A formação em relação e ajuda, tal como nos relata Queirós (1999) é um dos componentes reconhecido como fundamental no cuidar em enfermagem. A mesma autora reforça a sua opinião baseada em alguns autores (Saint-Etienne, 1991; Barber, 1993 e Collière, 1989), que dizem que a formação na componente relacional do cuidar em enfermagem como base terapêutica, conduz não só ao desenvolvimento pessoal dos estudante mas também ao fortalecimento da relação com os utentes.

No sentido de perceber, no contexto real da prestação de cuidados, a forma como os estudantes lidam com a intimidade do utente durante o processo de cuidar, realizámos observações em meio natural, sobre o modo como o estudante realiza a sua intervenção relacional durante a prestação de cuidados ao utente, tendo sempre presente a preservação da intimidade. Como pudemos constatar na análise do ICRA são os estudantes finalistas e os estudantes do 1º ano os que apresentam maiores valores de competências empáticas, de contacto e de comunicação. De fato, o contacto “constitui a porta de entrada e o meio de transmissão das mensagens” (Chalifour, 2008: 129), entre os estudantes de enfermagem e os utentes.

Na relação de ajuda uma das tarefas prioritárias é o estabelecer contacto entre o cuidador e o ser cuidado, através de uma relação empática adequada e de qualidade e é através do contacto que o estudante de enfermagem realiza todas as suas intervenções no processo de cuidar. É portanto através destas subescalas de competências que pudemos avaliar a preservação ou não da intimidade do utente e é através da presença dos sentidos no processo de cuidar que entramos em intimidade com o utente.

De acordo com Martins (2009: 118) “a comunicação é um instrumento básico na relação de ajuda possibilitando um relacionamento enfermeiro-utente mais eficaz, influenciando decisivamente a qualidade da assistência prestada àquele que necessita de cuidados de enfermagem”, pois é o contato com o utente que determina a utilização de técnicas de comunicação verbal ou não-verbal.

Carvalho, Pelloso, Valsecchi & Coimbra (1999: 202) relatam que “a ansiedade expressa pelos alunos sobre a relação com o paciente foi outro dado que se destacou”. Neste estudo, a maior dificuldade apresentada pelos estudantes foi a comunicação com o utente, a qual envolve a empatia, a sensibilidade para o mundo interior e o manter a privacidade do utente.

No nosso estudo, em termos de comportamentos verbais de cuidado, os estudantes podem “utilizá-las sós ou combiná-las para facilitar o desenvolvimento da entrevista e atingir

os objetivos visados” (Chalifour, 2008: 155), pois ao comunicar verbalmente com linguagem acessível demonstrando conhecimentos, minimizam a ansiedade do utente sobre os procedimentos que irão efetuar (Bobroff, 2003). Através da observação, verificámos que a maioria dos estudantes que cumprimenta o utente, pertence à Escola B e destes a maioria está no 1º ano com acompanhamento pelo professor da Escola. O mesmo não se verificou com a apresentação ao utente, que foi observada apenas numa minoria dos estudantes. No entanto, aqueles que a realizavam também pertenciam à Escola B. Na orientação sobre o cuidado técnico antes, durante ou após a sua realização, verificámos que em cada escola existem diferenças entre o ano em que, na maioria das vezes, este procedimento é realizado e podemos constatar que são os estudantes da Escola B os que se preocupam mais com estes aspetos. Constata-se que “o interveniente que estabelece uma relação com o cliente viverá diferentes experiências” (Chalifour, 2008: 168), tal como vimos anteriormente a variável “Escola” influencia este aspeto. Para estes estudantes “ser-lhe-á então mais fácil, servir de modelo social na sua relação com o cliente e constituir-se como espelho e agente da realidade (...) terão um impacto terapêutico tanto maior quanto mais elevados, o nível de autoconhecimento do interveniente e a sua capacidade de demonstrar autenticidade” (Chalifour, 2008: 169).

O respeito do utente, de forma verbal, manifestado através da solicitação de autorização para o tocar durante o cuidado a realizar, o estudante “reconhece que a pessoa possui a capacidade de fazer escolhas” (Chalifour, 2008: 202) e reconhece “que o cliente é único no seu modo de estar no mundo e que este modo é digno de interesse e merece ser valorizado acima de tudo” (Chalifour, 2008: 203). Na nossa amostra verificámos que a maior parte dos estudantes observados realiza este procedimento. Existe ainda uma preocupação, destes estudantes, em respeitar a vontade do utente, evitando riscos e em estimularem a participação no cuidado. Se os estudantes “não estiverem atentos, as suas intervenções correm o risco, de negar a diferença entre as pessoas e de negligenciar as expectativas particulares, mesmo que respondam a determinadas expectativas gerais” (Chalifour, 2008: 205).

Verificámos que apenas uma pequena percentagem de estudantes de enfermagem, proporciona segurança ao utente, através da conversa estabelecida durante as intervenções, mantendo-o tranquilo. Este pequeno número pode derivar, não só da preocupação em realizar a técnica corretamente e não conseguirem ativar simultaneamente mais do que um domínio (executar, pensar, falar) e de não se sentirem à vontade para manterem uma

conversa com o utente. No entanto, mais uma vez verificámos que são os estudantes da Escola B os que mantêm a conversação, a maior parte das vezes.

Tal como salienta Chalifour (2008: 200), “determinadas condições facilitam no interveniente a expressão de empatia (...) quanto mais se tiver interessado pelo que vive o cliente, maior a sua manifestação de compreensão empática para com ele”. Por outro lado, verificámos que os estudantes ao demonstrarem competência com firmeza e segurança, levam a que o utente sinta “confiança, respeitado, apreciará os efeitos de uma relação autêntica e tenderá a reproduzir o mesmo (...) deixará cair progressivamente as suas defesas” Chalifour (2008: 207). Verificámos ainda que são os estudantes do 2º ano, aqueles que conseguem proporcionar segurança aos utentes e que são os estudantes da escola A que conseguem maioritariamente demonstrar essa segurança aos utentes. Ainda neste constructo, o conversar com os utentes sobre a sua saúde/doença, o dar explicações sobre o motivo do seu internamento e o agir sem pressa durante os procedimentos, são situações realizadas maioritariamente pelos estudantes da Escola B. Por outro lado, verificámos que são os estudantes do 4º ano que o realizam mais vezes, sendo que o agir sem pressa é uma característica mais comum dos estudantes do 2º ano.

Relativamente ao último constructo da comunicação verbal, o demonstrar sinceridade, são os estudantes da Escola A que conseguem, na maior parte das situações, ser sinceros e pertinentes sem criar falsas expectativas. Os estudantes para serem sinceros têm que ser autênticos, uma vez que autenticidade é mais do que sinceridade, “comunicando de forma autêntica, o interveniente serve em certa medida de modelo, permitindo (...), que o cliente experimente aquilo que naturalmente tende” (Chalifour, 2008: 206) e ainda reforçam uma atitude da mesma índole no utente.

O conjunto destes comportamentos verbais de cuidado realizados corretamente pelos estudantes de enfermagem, permitem criar as condições necessárias para a preservação da intimidade dos utentes durante o processo de cuidar, pois durante o desenvolvimento das competências relacionais existe uma ténue barreira entre a invasão e a preservação da intimidade dos utentes. Assim, é necessário a elaboração de estratégias que favoreçam a forma como os estudantes adquirem estas competências no processo relacional. No estudo de Rua (2009), a inibição e o constrangimento foram resultados encontrados como dificuldades em estabelecer alguns níveis de comunicação, quer na abordagem dos aspetos do foro íntimo do utente, quer na prestação de cuidados e no tocar o corpo do utente.

Relativamente aos comportamentos não-verbais de cuidado, que tal como os anteriores são facilmente precursores de invasão da intimidade dos utentes, alguns estudantes demonstram dificuldade em entender que o simples facto de tocar um utente se constitui num ato invasor da sua intimidade. Neste sentido, “os modos de contacto podem também servir para deformar o contacto” (Chalifour, 2008: 130) e nas relações interpessoais os estudantes de enfermagem necessitam de se habituar a usar os sentidos.

Relativamente à nossa amostra e no que se refere ao toque, verificámos que são os estudantes do 2º ano os que realizam este procedimento na maior parte das vezes de forma delicada e gentil já que “o toque é o modo de contacto mais direto, por isso pode representar uma ameaça (...), face ao grau de intimidade que requer o contacto com o cliente, o interveniente tem necessidade de possuir uma elevada consciência da sua vivência e da vivência do cliente, relativamente ao gesto a realizar ou realizado” (Chalifour, 2008: 134).

Tal como referido nos comportamentos verbais, antes de tocar o utente, o estudante de enfermagem deve “estabelecer um contacto auditivo ou visual” (Chalifour, 2008: 136), pois o toque é fortemente influenciado pela condição sociocultural do utente e as diferentes formas de tocar tem características e finalidades diferentes de acordo com a situação. Na nossa amostra, verificámos que são os estudantes do 2º ano e da Escola A os que realizam este procedimento, na maior parte das vezes, e, tal como vimos anteriormente, a maioria dos estudantes solicita autorização verbal para realizar o toque no utente, como forma de preservar a intimidade, o que vai de encontro ao referido por Chalifour. Observa-se que são os estudantes da Escola A que pedem, com maior frequência, autorização ao utente para executar determinado procedimento, ao contrário dos estudantes da Escola B que apesar de demonstrarem mais competências a este nível, não pedem com tanta frequência esta autorização.

Outro dos comportamentos de cuidado não-verbal, é a escuta. Verificámos que são os estudantes do 2º ano que, na maior parte das situações de cuidado, escuta o utente com atenção e aceitação e fica em silêncio o tempo necessário para o escutar, havendo aqui diferenças entre as duas escolas. Mais uma vez são os estudantes da Escola A que ficam em silêncio o tempo necessário para escutar o utente na maioria das situações e são os estudantes da Escola B que na maior parte das vezes escutam o utente com atenção e aceitação. Estes aspetos são de extrema importância na inter-relação estudante de enfermagem-utente, pois “quando um cliente se dirige a um interveniente, espera acima de tudo, ser escutado e

compreendido” (Chalifour, 2008: 149). O estudante ao realizar a escuta deve compreender através da linguagem não-verbal do utente o que este expressa além das palavras. O ficar em silêncio para escutar o utente é a técnica menos utilizada e compreendida, no entanto, esta técnica tem influência direta sobre a qualidade da inter-relação utente e cuidador pois os momentos de silêncio escondem informação que o estudante deve desvendar e que, por vezes, é a resposta a questões levantadas a que o utente responde apenas com silêncio (Chalifour, 2008).

O olhar o utente nos olhos com expressão facial positiva, na nossa amostra é realizada na maior partes das situações pelos estudantes do 4º ano. A justificação para este facto está de acordo com Chalifour (2008), no fato de a utilização do olhar depender de vários fatores, nomeadamente os socioculturais. Por outro lado, em enfermagem, o olhar é utilizado para observar diversos dados dos utentes, tais como a aparência geral, a integridade da pele e das mucosas, assim como a sua coloração, portanto ao serem os estudantes do 4º ano os que o utilizam mais vezes, é explicado por estes terem um crescimento de saberes mais consolidado do que os restantes e por outro lado, por ser um processo interativo complexo que pode deixar o utente intimidado. Deve, por isso, ser treinado e devem ser respeitadas as regras que lhe estão associadas, nomeadamente, “clarificar o objetivo que procura atingir quando olha a pessoa; reconhecer o seu próprio sentimento relativamente ao facto de olhar e se olhado ...” (Chalifour, 2008: 146). Assim, um estudante no final do curso deve estar preparado para utilizar este órgão dos sentidos corretamente sem entrar na intimidade do utente.

Por último, temos o respeitar a privacidade física, emocional e espiritual do utente não o expondo desnecessariamente ao executar os procedimentos técnicos já que “o ideal ético da enfermagem é cuidar o Homem, tendo como finalidade protege-lo, preservá-lo e respeitar a sua integridade e dignidade, como tal, o cuidar a pessoa pressupõe uma atitude de profundo respeito assumida em cada intervenção como o principio de fazer o bem” (Ferreira & Dias, 2005: 107).

Na nossa amostra verificámos que a maior parte dos estudantes que frequentam o 2º ano, respeita os sentimentos do utente, aceita-o como ele é e acredita/confia no utente. No entanto, são os estudantes do 4º ano que, na maior parte das vezes, respeita o utente durante o cuidado sem o expor. Ferreira & Dias (2005), relatam que no estudo de Raposo (1996) foi concluído que os estudantes apesar de conhecerem as técnicas de comunicação da teoria, só no

desenrolar dos ensinamentos clínicos é que as vão desenvolvendo através da sucessão das experiências relacionais. Portanto, justifica-se que sejam os estudantes do 4º ano que consigam respeitar o utente durante o cuidado sem o expor. No estudo de Soares (2010) é relatado pelos utentes que as experiências de exposição e manipulação do seu corpo pela equipe de enfermagem na realização de cuidados é necessária e inevitável, assim como a postura inadequada de profissionais da equipa de enfermagem, os quais se constituem em condições geradoras de ansiedade, constrangimento e stress. Neste estudo a investigadora confrontou os enfermeiros com o relato dos utentes e “a partir desses questionamentos, estabeleceu-se um breve silêncio, momento em que se observou um ligeiro nervosismo no grupo (...) os participantes (...) assinalaram situações da prática cotidiana que revelam o descuido dos enfermeiros e da equipe de enfermagem com as situações que envolvem a privacidade do paciente na prática cotidiana (...)” (Soares, 2010: 59).

Quando falamos em respeito, perante os estudantes, a primeira manifestação é que todos respeitam o utente e que não são mal-educados. No entanto, em relação de ajuda este respeito é mais abrangente e significa aceitar o utente como único é aceitar humanamente a sua realidade como única (Lazure, 1994).

Ao longo desta análise, verificámos que durante o processo de cuidar as competências relacionais de ajuda se cruzam com a preservação da intimidade do utente, neste caso as subescalas de competências empáticas, de contacto e de comunicação que estão relacionadas com a preservação da intimidade do utente, pois a barreira entre o que é aceite/não aceite pelo utente é muito ténue e o estudante de enfermagem tem dificuldades em perceber até onde pode e deve ir.

Alguns estudos consultados relatam estas dificuldades nos profissionais de enfermagem, nomeadamente o de Soares (2010: 48) que refere que “diversos fatores contribuem para a violação da privacidade do paciente no cenário hospitalar como a falta de biombo, de cortinas divisórias, as portas entreabertas, a circulação excessiva de pessoas, o “abre-e-fecha” das portas nos momentos de realização dos procedimentos, a presença de pessoas curiosas que, por vezes, abrem as portas e espiam para dentro do quarto”. Estes são fatores muito frequentes nas instituições hospitalares, que habitualmente não são abordados durante a formação teórica dos estudantes e que foram relatados pelos pacientes presentes no estudo de Soares (2010).

Os resultados obtidos remetem para a importância da necessidade de preparar os estudantes para as questões da intimidade dos utentes, pois a maioria dos cuidados de enfermagem durante o processo de cuidar envolve o contacto direto com o utente e é necessário preparar os estudantes para o modo como este contacto deve ser realizado de forma a prestarmos cuidados, salvaguardando a intimidade do utente. De novo, verificámos que algumas variáveis importantes nesta aprendizagem nomeadamente a estrutura curricular do curso e o tipo de acompanhamento em ensino clínico.

1.5 - PROCESSO DE CUIDAR: DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS RELACIONAIS E PRESERVAÇÃO DA INTIMIDADE/PRIVACIDADE

O desenvolvimento de competências traduz-se na habilidade de fortalecer os conhecimentos e obter os objetivos traçados, que está relacionado com inúmeros fatores, que podem ser de ordem pessoal do estudante, como relativas ao contexto de aprendizagem.

Seguindo o Modelo Dreyfus referido por Benner (2001) para um profissional se tornar perito, e usando a analogia para o estudante, este passará por cinco níveis de proficiência: iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. No entanto, é um modelo dependente da situação concreta, não é referente à inteligência ou às aptidões do estudante (Benner, 2001). Assim, cada estudante quando entra num serviço novo, independentemente do ano de curso, é sempre iniciado nesse serviço. Para o desenvolvimento de competências relacionais é necessário que o estudante receba informações na passagem de turno e que consultem no processo clínico informações relativas ao utente que lhes permitam conhecer a condição do mesmo para assim conseguirem desenvolver atitudes e comportamentos adequados no processo de prestação de cuidados ao utente.

Durante o período de aquisição dos conhecimentos teóricos, foram ministrados conteúdos adequados para saber dar resposta às necessidades do utente, independentemente das situações. No nosso estudo verificámos que na Escola A, os estudantes do 2º ano são considerados iniciados no contacto com os utentes, enquanto os estudantes da Escola B são iniciados no 1º ano mas, no 2º ano já estão no nível seguinte deste modelo. Esta situação poderá influenciar o desenvolvimento de competências a nível da preservação da intimidade, que encontrámos no nosso estudo. Verificámos que os estudantes da Escola B apresentam

no 2º anos mais competências empáticas, de comunicação e de contacto do que os estudantes da Escola A. Tal como refere Rua (2009), este nível é congruente com a falta de experiência na prestação de cuidados, tornando-se evidente a necessidade que os estudantes sentem de apoio dos supervisores e de toda a equipa, recorrendo com frequência aos protocolos existentes na instituição para orientação das atividades a desenvolver e pela realização dessas atividades sempre de forma muito próxima do enfermeiro que os supervisiona.

No segundo nível, iniciados avançados, a atitude é aquela que pode ser admissível, pois já passaram por situações suficientes para saber/identificar quais os fatores significativos em condições idênticas (Benner, 2001). Neste nível, mantêm-se as diferenças entre os estudantes das duas escolas, pois enquanto os estudantes da Escola B já se enquadraram no contexto da prática clínica e no contacto com os utentes quando chegam ao 2º ano, apesar de serem iniciados nas unidades de saúde onde realizam o ensino clínico, são considerados iniciados avançados no curso, pois o primeiro contacto já aconteceu e já têm conhecimentos do contexto de cuidados e da forma como se relacionar com os utentes. Nesta etapa do curso têm como prioridades os cuidados mais dirigidos para o utente com patologia. Os estudantes da Escola A, no 2º ano do curso, desenvolvem os dois primeiros níveis do modelo de Benner, pois têm que se adaptar ao contexto dos cuidados, ao contacto real com os utentes e com as suas necessidade de cuidados (decorrentes da patologia que apresenta), o que pode dificultar o desenvolvimento destas competências, na primeira experiência em que “tudo é muito estranho e cada vez mais se têm que se concentrar nas regras que lhes ensinaram” (Benner, 2001: 52). Os estudantes de enfermagem no final deste nível devem estar preparados para lidar com as situações com que se deparam e devem tirar proveito de cada uma dessas novas situações. Rua (2009) no seu estudo salienta que, nesta fase, os estudantes já vivenciaram um conjunto de situações que lhes permitem, por si mesmos, ou com orientação do supervisor, em situações similares, reconhecer os aspetos que lhes possibilitam proceder em conformidade mostrando assim um determinado grau de autonomia na realização das suas atividades.

O estudante “torna-se competente quando começa a aperceber-se dos seus atos em termos objetivos” (Benner, 2001: 53). Os estudantes quando chegam a este nível devem saber estabelecer prioridades e devem ter um plano de trabalho mentalmente organizado, de forma a dar resposta a tudo para que é solicitado pelos utentes. Por outro lado, devem saber aplicar conhecimentos e habilidades para identificação dessa competência. Neste nível é

dado aos estudantes mais “autonomia” nos cuidados prestados aos utentes, o que faz com que por vezes a parte relacional no processo de cuidar fique relegada para segundo plano em detrimento do desenvolvimento de procedimentos instrumentais.

Os estudantes quando estão neste nível “não têm a rapidez nem a maleabilidade do estudante proficiente, mas atuam de forma capaz e são conscientes que frente a situações inesperadas, terão a atitude adequada (Benner, 2001). No nosso estudo, os estudantes a partir do final do 3º ano apresentam um nível de desenvolvimento sobreponível ao referenciado por Benner, tal como verificámos nas subescalas das competências de comunicação e de contactos em que os estudantes da Escola B têm uma evolução positiva até ao final do curso. No entanto, o mesmo não acontece com a subescala das competências empáticas, em que se verifica algumas oscilações entre as duas escolas e ainda entre o ano de curso, verificando-se em ambas as escolas uma subida substancial nos estudantes finalistas. Estas oscilações poderão estar relacionadas com o desenvolvimento, tanto pessoal como de conhecimentos, que os estudantes já adquiriam ao longo do curso, pois tal como refere Melo & Raposo (2007), o desenvolvimento de competências empáticas apenas está relacionado de forma direta com a maturidade psicológica, ou seja os estudantes que atingem o seu completo desenvolvimento psicológico são os que desenvolvem melhor as competências empáticas.

Também durante as observações realizadas constatámos, nos comportamentos verbais de cuidado, que os estudantes da escola B, a nível do respeitar o utente tem uma evolução positiva desde o 1º ano até ao 4º ano. No que se refere aos comportamentos não-verbais de cuidado observámos que na maioria das situações foram os estudantes da Escola A que realizaram estes procedimentos de forma a preservar a intimidade dos utentes, sendo que a maioria destes estudantes estava no 2º ano do curso.

Importa referir que enquanto na Escola B os estudantes vão tendo uma evolução positiva na preservação da intimidade dos utentes, os estudantes da Escola A têm uma diminuição no 3º ano e só no 4º ano se verifica que atingem o nível desejado. Portanto, o nível de competente referenciado por Benner, não é atingido nas duas escolas no mesmo ano de curso.

Relativamente ao nível de Proficiente, de acordo com Benner (2001) o estudante aprende pela experiência quais os acontecimentos característicos que podem acontecer numa determinada situação de cuidados. Este nível é atingido no nosso estudo apenas pelos estudantes finalistas, tal como podemos observar na análise realizada ao ICRA. São os estudantes finalistas que atingem o nível de proficiente, ou seja estes estudantes apresentam

um valor médio nas competências empáticas, muito superior ao apresentado nos outros anos de curso e por outro lado são estes estudantes que conseguem atingir o máximo estabelecido para esta subescala, verificando-se valores mais elevados nos estudantes da Escola B.

Relativamente às competências de comunicação, verificámos que são também estes estudantes os que apresentam os valores médios mais elevados superando o valor médio teórico da escala. Ainda nesta subescala destaca-se a supremacia da Escola B em relação à Escola A. No que concerne às competências de contacto, verificou-se igualmente que os estudantes finalistas são os que evidenciam uma média superior desta subescala de competências relacionais. Observa-se aqui, em relação aos estudantes do 1º ano do curso da Escola B, valores muito próximos dos estudantes finalistas da Escola A, o que poderá indicar que o acompanhamento em ensino clínico poderá influenciar, assim como a estrutura do plano curricular, em que estes estudantes da Escola B tem logo deste o 1º ano unidades curriculares com esta componente específica. Este facto parece-nos estar relacionado com o que já foi afirmado anteriormente, nomeadamente com o tipo de acompanhamento em ensino clínico no 1º ano e a segurança que sentem com a presença do professor. Relativamente aos estudantes finalistas, estes já se aproximam do nível de proficiente no lidar com a intimidade dos utentes, nesta componente relacional do contacto.

As diferenças significativas entre os estudantes das duas escolas existem, apesar da metodologia utilizada pela Escola A com o recurso a estudos de caso, apresentados para o grupo de estudantes desse ensino clínico. Como sugerido por Benner (2001: 56) “as enfermeiras proficientes aprendem melhor quando se utilizam estudos de caso que põem à prova e requerem a capacidade de aprender uma situação”. Na Escola B não se verifica esta metodologia, apostando-se antes em unidades curriculares com a componente comunicacional, ética, deontológica e de relação de ajuda ao longo de todo o percurso formativo destes estudantes.

Esta diferença também poderá ser influenciada pelo facto de os estudantes da Escola B realizarem o último ensino clínico em 18 semanas (2º semestre do 4º ano), enquanto os estudantes da Escola A realizam no mesmo período, dois ensinamentos clínicos de 9 semanas. Como é referido por Benner (2001: 57) “encontramos enfermeiras proficientes nas que trabalham sobre a mesma população de doentes há cinco anos”. Portanto, o fator duração do ensino clínico, no mesmo contexto, poderá influenciar estes resultados com que nos deparámos no nosso estudo ou seja, a mudança de local de ensino clínico admite sempre

uma necessidade de integração ao novo contexto de cuidados, o que repõe o estudante num nível inferior ao que apresentava num contexto anterior com o qual já estava habituado (Rua, 2009). Esta constatação realizada pela autora referenciada, é similar ao que observámos no decorrer do nosso trabalho.

Passando para o último nível de aquisição e desenvolvimento de competências, utilizado por Benner (2001), concluímos que não nos é possível estabelecer comparação com os resultados do nosso estudo, pois o nível de Perito, no nosso entender não se enquadra em estudantes da licenciatura, visto que este requer um desenvolvimento que estes estudantes ainda não atingiram. Na perspectiva de Benner (2001: 581) neste nível requer “uma enorme experiência, compreende, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis”, por outro lado o “reconhecimento dos colegas e dos doentes é visível” (Benner, 2001: 60). Parece-nos que este nível de desenvolvimento das competências na preservação a intimidade dos utentes requer mais experiência no contacto e nas relações interpessoais que são necessárias para atingir este patamar, pois durante o curso os estudantes passam por diversos contextos de cuidados ao longo dos ensinamentos clínicos, durante períodos de tempo que não se harmonizam com o tempo necessário para atingir este nível, estabelecido por Benner (2001).

Se nos centrarmos na Teoria de Aprendizagem de Kolb (*Experiential Learning Theory – ELT*) (1984: 21) que se centra na aprendizagem tanto pela experiência de vida como pela experiência profissional na formação das pessoas (Fernandes, 2007), podemos dizer que os estudantes do nosso estudo se enquadram na primeira (*concrete experience*)³⁸ e segunda etapa da teoria de Kolb (*observations and reflections*)³⁹, passando depois de terminar o curso para terceira (*formation of abstract concepts and generalizations*)⁴⁰ e quarta etapa (*testing implications of concepts in new situations*)⁴¹ dessa teoria, onde se sugere que não é suficiente ter uma experiência (ensino clínico em determinada área de cuidados) para ter as competências necessárias, mas sim refletir sobre essa experiência para que a aprendizagem

³⁸ A *concrete experience*, designada por experiência concreta, fase em que o sujeito realiza e regista a descoberta de uma quantidade de informação relativa à experiência (Fernandes, 2007).

³⁹ A *observations and reflections*, designada por observação refletida, fase em que é a reflexão do sujeito do que observou (Fernandes, 2007).

⁴⁰ A *formation of abstract concepts and generalizations*, designada por conceptualização abstrata e é a fase em que se verifica a confrontação da sua análise com teorias sobre algo semelhante e elabora assim os seus próprios conceitos (Fernandes, 2007).

⁴¹ A *testing implications of concepts in new situations*, designada pela experimentação da ação, ou seja o sujeito apoia-se na ação, com base na reflexão que realizou (Fernandes, 2007).

se concretize. Por outro lado, a experiência prática é salientada por Abreu (2001) não só como uma oportunidade de transpor os conhecimentos teóricos para a ação, mas também como espaço de aquisição e desenvolvimento de competências desta dimensão. De fato, estes estudantes no final do curso têm que estar preparados não só com competências técnico-instrumentais, mas igualmente com competências relacionais, para prestarem cuidados em todo o processo de cuidar.

1.6 - VARIÁVEIS PREDITORAS DO DESENVOLVIMENTO DAS DIMENSÕES DAS COMPETÊNCIAS RELACIONAIS NA PRESERVAÇÃO DA INTIMIDADE DO UTENTE

As variáveis ano do curso e Escola A ou B são variáveis preditoras das competências relacionais e de todas as dimensões dessas competências, o que significa que têm poder explicativo no desenvolvimento das competências relacionais nestes estudantes. Algumas das dimensões são coadjuvadas por outras variáveis como o sexo e acompanhamento em EC, nas competências empáticas, e o acompanhamento em EC nas competências genéricas. Estes resultados levam-nos a refletir sobre a estrutura curricular dos cursos de enfermagem e a forma como estão organizados, assim como o tipo de acompanhamento dos estudantes em ensino clínico, devido às diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes das duas escolas. De acordo com o estudo de Melo & Parreira (2009) existe a necessidade de considerar algumas variáveis, nomeadamente a presença do professor, maturidade e sexo, a fim de intervir na formação dos enfermeiros e promover o desenvolvimento dessas habilidades fundamentais para um desempenho de qualidade dos enfermeiros, permitindo assim a prestação de cuidados mais eficaz e mais humanizada.

Relativamente às variáveis preditoras evidenciam-se na subescala de competências empáticas, o ano, a Escola, o sexo dos estudantes e o tipo de acompanhamento em ensino clínico e nas subescalas de competências de contacto e de comunicação o ano e a Escola, como fatores facilitadores na aquisição/desenvolvimento estas competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes durante o processo de cuidar.

É na interação com a realidade que os estudantes se vão confrontando com as suas dificuldades e com as especificidades relacionadas com o curso que escolheram. Tal como

já discutimos anteriormente a maturidade destes estudantes para lidarem com a relação estudante-utente durante os ensinamentos clínicos, vai-se aperfeiçoando em cada ano do curso. Verificámos também que os estudantes finalistas apresentam valores médios superiores aos valores teóricos, nestas subescalas de competências. O ano do curso é uma das variáveis preditoras nestas subescalas de competências onde está implícita a preservação da intimidade dos utentes ou seja, com a avançar do curso os estudantes vão vivenciando situações que lhes dão maturidade tanto a nível pessoal como profissional, tal como salientou Rua (2009) quando verificou “uma evolução no seu desenvolvimento (...) de uma forma sequencial ao longo dos ensinamentos clínicos...” (2009: 406).

Por outro lado, é de grande importância o plano curricular do curso, tal como temos vindo a discutir. A Escola B apresenta um plano curricular mais favorável para os estudantes desenvolverem este tipo de competências relacionadas com a intimidade dos utentes, enquanto na Escola A não há uma única unidade curricular que especificamente aborde esta temática, o que poderá ter influenciado as diferenças estatisticamente significativas entre os dois locais de recolha de dados. Rocha (2008: 276) no seu estudo confrontou as ideias de diferentes participantes, nomeadamente jovens enfermeiros, docentes e estudantes, tendo concluído que os jovens enfermeiros salientaram que “a formação para o desenvolvimento das competências relacionais que lhes foi disponibilizada em contexto académico, incluiu aulas teóricas e teórico-práticas, métodos pedagógicos, debate de situações relacionais e estimulação ao autoconhecimento”, tendo concluído que “o percurso académico é importante para o desenvolvimento de competências relacionais de ajuda”. Os docentes e os estudantes salientam o tipo de ferramentas pedagógicas facilitadoras do desenvolvimento das competências relacionais, nomeadamente as metodologias reflexivas e o tipo de supervisão em parceria.

Relativamente ao sexo dos estudantes como variável preditora das competências emocionais, no nosso estudo verificámos que os estudantes do sexo masculino apresentam, um valor médio superior, em relação ao sexo feminino nesta dimensão das competências relacionais. Também Rocha (2008) no seu estudo verificou que valores médios mais elevados no sexo masculino nesta dimensão das competências relacionais. Pelo contrário Agostinho (2008) concluiu uma influência mais positiva do sexo feminino na perceção das emoções ao demonstrarem mais empatia e serem mais competentes nas relações interpessoais. No entanto este autor refere que Goleman (2003; 2005) concluiu que os

homens apresentam maior autoconfiança e otimismo adaptando-se mais facilmente às situações.

O tipo de acompanhamento em ensino clínico também é uma das variáveis preditoras para o desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes, tal como mostram os dados do nosso estudo. Os valores médios na subescala de competências de contacto são mais elevados quando os estudantes estão acompanhados pelo “professor da escola”, enquanto nas subescalas de competências empáticas e de comunicação, os valores médios são mais elevados quando o acompanhamento em ensino clínico é realizado pelo “enfermeiro orientador e o professor responsável da escola”. É de salientar que se evidencia o papel do docente como elemento substancial do desenvolvimento deste tipo de competências. No seu estudo Rua (2009: 405) relata a “importância da relação de apoio sentido pelos alunos durante os ensinamentos clínicos (...) estes necessitam de uma supervisão permanente, de apoio e de incentivo ...” ou seja “o processo de supervisão está sempre subjacente, pelo que o mesmo é extremamente influenciador do desenvolvimento de competências dos alunos e isso depende não só da relação supervisiva, como também das estratégias de supervisão adotadas ...” (Rua, 2009: 410). Também no estudo de Melo (2005: 136) se “evidenciou o papel de monitor” como preditor nas competências de contacto, de comunicação e genéricas podendo ser promotor no desenvolvimento dessas competências pelos estudantes.

No nosso estudo estas variáveis preditoras evidenciam a sua importância no desenvolvimento das competências relacionais dos estudantes de enfermagem, interferindo nos seus comportamentos enquanto estudantes e futuros enfermeiros. São variáveis que de uma ou de outra forma vão influenciar como é que cada estudante se vai comportar perante as situações de cuidado, onde se salientam nomeadamente o sexo e o ano do curso, variáveis que são intrínsecas a cada estudante, enquanto a Escola e o tipo de acompanhamento em EC são extrínsecas aos estudantes. Estas últimas são, portanto, as que consideramos que poderão ser alteradas em cada escola de forma a que os estudantes adquiram e desenvolvam este domínio das competências de forma mais harmoniosa com o cuidar em enfermagem.

2 –DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DOS DADOS DOS DOCENTES

Os docentes de enfermagem, no nosso estudo, fazem parte de uma das variáveis que Sousa (2009) relata como uma das mais importantes em Educação, a variável “professor”, ou seja é uma das variáveis mais importantes do processo ensino-aprendizagem, a qual pode influenciar os resultados da aquisição/desenvolvimento de competências dos estudantes. Em educação em enfermagem o docente tem um grande peso nos resultados da aprendizagem, tanto teóricos como práticos, fator que pode estar relacionado quer com a metodologia utilizada, quer com a atuação do docente. A sua principal responsabilidade, neste âmbito, é a de fazer a ligação entre o conhecimento científico e o contexto real onde o estudante irá contactar no seu processo de aprendizagem.

A análise das entrevistas foi feita com base nos resultados da aplicação do *Software Alceste 2010*, nas questões de partida previamente definidas e de acordo com as orientações de Nascimento e Menandro (2006) e de Sousa (2009).

2.1 - PERCEÇÃO DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE A AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTOS DE COMPETÊNCIAS RELACIONAIS DOS ESTUDANTES

Considerámos pertinente compreender qual a percepção que os docentes de enfermagem tinham acerca do fenómeno em estudo, pois estes ocupam uma posição central no decorrer do processo de aquisição e desenvolvimento das competências relacionais pelos estudantes.

Em termos das percepções expressas pelos docentes entrevistados e partindo da classe 1 que engloba a maior percentagem de UCE (51%) do *corpus*, verifica-se relativamente à primeira categoria definida - **Ensino-aprendizagem**, verificámos que os docentes centram o seu discurso na raiz das palavras comp+, ensino+, clin+, avali+, aprendizagem, pratic+, vão e desenvolvi+. Sendo a palavra comp+ a que apresenta maior valor de qui quadrado e é a que está no centro desta categoria.

Esta categoria aponta para a importância da aquisição/desenvolvimento de *competências* ao longo do curso de enfermagem muito relacionada com a dimensão do *ensino*. Ou seja, é impossível separar ensino de aprendizagem, pois o *ensino* é um processo interativo que promove a *aprendizagem*. Esta dimensão é influenciada pelos conhecimentos ministrados em cada unidade curricular e treino em laboratório de práticas, os quais se vão articular com a prática durante o ensino clínico (Potter & Perry, 2008). Nas suas respostas consideram que o modelo de estruturação do curso é muito importante para num primeiro momento, quer em termos teóricos, como em termos de práticas laboratoriais, se dar a aquisição destas competências e posteriormente se concretizar o seu *desenvolvimento* num contexto real.

“ (...)este processo de aquisição de competências vai desde os conhecimentos teóricos aos conhecimentos práticos e depois a prática clínica ou seja aos ensinamentos clínicos onde eles aí vão de certa forma às competências que adquiriram na escola sedimenta-las e transforma-las (...)” uce n° 131 Khi2 = 19 (uci n° 2 : *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“ (...)através da aquisição de conhecimentos teóricos e depois é a aplicação desses conhecimentos na prática primeiro em laboratório (...)” uce n° 1040 Khi2 = 19 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

No processo ensino-aprendizagem, o docente e o estudante envolvem-se num procedimento de ensino que aumenta o conhecimento e as competências do estudante, sendo que no final do curso estas competências relacionais devem estar presentes em todo o processo de cuidar o utente. Rua (2009) identificou, em entrevistas aos docentes, fatores facilitadores e fatores inibidores do desenvolvimento das competências pelo estudante.

Na opinião de alguns dos docentes entrevistados, os estudantes vão adquirindo as competências relacionais ao longo do curso, mas consideram que no final do curso estas competências não estão completamente adquiridas, perante o que manifestam dúvidas se os conhecimentos ministrados serão os mais adequados para os estudantes atingirem esta dimensão das competências.

“ (...) interrogo-me muito sobre que conhecimentos é que os estudantes devem adquirir, que contextos para onde devem ir no início do curso e a mesma coisa para o fim para permitir esse tal desenvolvimento de competências (...)” uce n° 1395 Khi2 = 22 (uci n° 18 : suj_18*id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) adquirir naquela fase assim ele tem um comportamento uma atitude uma linguagem/ são vários não e/ eu penso que as competências relacionais adquiridas, as/ competências relacionais nunca se conseguem adquirir completamente, nunca/ porque ela é uma aprendizagem ao longo da nossa vida nos quando jovens (...)” uce

n° 44 Khi2 = 5 (uci n° 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

“(…) unidade curricular haverá competências que tem que adquirir vão adquirindo ao longo do curso. Agora assim um aspeto mais pratico talvez nos primeiros contatos com o utente e após os primeiros contatos com o utente, ai eles vão desenvolvendo mais essas competências relacionais que estão inacabadas até ao final (…)” uce n° 367 Khi2 = 19 (uci n° 5 : *suj_05 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“(…)um aluno de primeiro ano é um aluno que tem que ter unidades curriculares tem que ter realmente determinados contributos ao nível disciplinar e interdisciplinar para progressivamente no decurso do curso ir aumentando e consolidando essas mesmas competências para a prestação de cuidados.” uce n° 279 Khi2 = 13 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(…) marcada por estes valores e portanto começa aqui a haver claramente a dimensão da competência do saber ser, saber ser saber estar e sim e gradual primeiro e segundo ano muito focalizado no saber fazer mas depois a integração (…)” uce n° 1202 Khi2 = 11 (uci n° 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Como refere Le Boterf (2007), os saberes teóricos são saberes de inteligibilidade em que se pede ao estudante não apenas para fazer bem, mas entender aquilo que faz e saber porque o faz, o que significa que os conhecimentos teóricos são necessários para explicar este porquê. É função da escola difundir este conhecimento teórico para que o estudante o mobilize na aquisição das competências inerentes e posteriormente na prática clínica consiga o desenvolvimento dessas mesmas competências. No processo ensino-aprendizagem em enfermagem sabemos que o “saber é experimentado como um todo e não como um padrão discreto” (Lopes, 2006: 74) ou seja, o conhecimento adquirido no curso de enfermagem é feito por etapas evolutivas, sendo que no final do curso este conhecimento deve ser utilizado, como um todo, durante o processo de cuidar o utente. Também Carvalho (2004) no seu estudo percebeu que os docentes se preocupam que o processo de ensino aprendizagem deve ser progressivo, tanto teoricamente como a nível da componente prática.

Neste processo de ensino-aprendizagem a capacidade do estudante para aprender depende, tal como vimos anteriormente, das variáveis sociodemográficas, que condicionam a postura perante este domínio das competências. Verificámos que os docentes valorizam em primeiro lugar a componente teórica para aquisição de competências e a componente prática para o seu desenvolvimento. Esta aprendizagem deve ter em conta os saberes teóricos, éticos e deontológicos, os quais tem processos próprios de se adquirirem e desenvolverem nos domínios cognitivos, afetivos e psicomotores ou apenas num único domínio (Potter & Perry, 2008).

“(…) todas estas metodologias novas e ativas acompanhadas pelas tecnologias de informação e comunicação (TIC) que temos todos acesso a elas com as novas chamadas as TIC não é, eu acho que tem facilitado muito a aprendizagem dos estudantes de enfermagem é uma mais valia eles estão muito mais entusiasmados a aprender e há uma aprendizagem um saber aprender uma aprendizagem do seu aprender porque quando eles chegam a escola eles vem um (…)” uce n° 1051 Khi2 = 5 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Esta importância das competências relacionais está patente nalguns estudos consultados sobre satisfação dos utentes face aos cuidados de enfermagem (Franco & Florentim, 2006; Ribeiro, 2008; Vaz, 2008; Santos, 2009; Região Autónoma dos Açores, 2009) em que uma das dimensões das competências mais valorizada é a dimensão das competências relacionais assim como da intimidade, onde os utentes referem que gostariam de ser tratados com humanização e com respeito, sendo que esta dimensão das competências é sempre analisada em relação com a satisfação dos utentes face à qualidade dos cuidados de enfermagem.

Na primeira categoria (**ensino-aprendizagem**) a partir das palavras seleccionadas pelo *Software* encontramos elementos que nos conduziram à definição das duas subcategorias que são a componente técnico-científica e relacional e metodologia de ensino.

Relativamente à componente técnico-científica e relacional, verificámos que os docentes referiram as palavras desenvol+, fim, orientador, professor, clin+, ensin+, atig+, avali+, continu+, através, reflex+, processo, aprendizagem e valoriz+ relativamente à aquisição de competências, destacando-se as palavras com raiz em clin+, ensin+, avali+ e aprendizagem. Podemos assim dizer que os docentes dão importância à aprendizagem baseada num processo de reflexão *continuum* com a orientação do professor. No entanto, no estudo de Carvalho (2004), os docentes referem apenas a existência de um modelo de aprendizagem que tem a ver com a observação e a experimentação, não havendo referências à aprendizagem por reflexão ou seja, por desenvolvimento metacognitivo.

Verificámos que nos nossos entrevistados a reflexão está na base de uma prestação de cuidados assertiva, pois a reflexão está fundamentada numa análise crítica de cada situação e assim o processo de desenvolvimento das competências relacionais valoriza uma reflexão sobre a teoria e sob a ação no decorrer da prática clínica, sendo a comunicação entre o docente e o estudante essencial para ajudar neste processo.

“(…) penso que ajudamos o estudante a refletir sobre o seu exercício depois no final e a sumativa não e só no final. O que mais valorizo no processo ensino

aprendizagem no caso a avaliação agora já que falei no caso a avaliação formativa acho que é fundamental os professores trabalhem com os estudantes estes aspetos duma avaliação formativa (...)” uce n° 1316 Khi2 = 13 (uci n° 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) garante isto de estar lá nos primeiros anos do curso para fazer este desenvolvimento de competências ao mesmo tempo que o estudante faz uma reflexão sobre aquilo que sabe que aprendeu da fundamentação sobre aquilo que vê e também uma (...)” uce n° 1415 Khi2 = 9 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) raciocínio e está implícito o raciocínio clínico como é óbvio não é a tomada de decisão tudo isso está fundamentado na reflexão, está fundamentado numa análise crítica que eles têm que ter e os alunos que têm capacidade crítica são sem dúvida nenhuma os alunos que mais facilmente conseguem atingir as competências de uma forma mais rápida (...)” uce n° 161 Khi2 = 6 (uci n° 2 : *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“ (...) é possível portanto as abordagens eu penso que realmente eu concordo com esta perspectiva de fazer primeiro uma abordagem teórica se possível sobre as questões e depois conseguir fazer o processo de reflexão sobre a prática aplicando-os (...)” uce n° 718 Khi2 = 4 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) por esta parte primeiro mais teórica e depois fundamentar com a prática reflexão sobre a prática se calhar no terceiro e no quarto ano acho que já podíamos fazer emergir aqui de uma série de contextos práticos outros (...)” uce n° 721 Khi2 = 2 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) conseguindo ver a pessoa no seu todo como nos pretendemos que eles vejam de forma holística e que conseguir levantar os problemas todos. quando e que se pode dizer que eles tem competências relacionais adquiridas eu acho que eles tem competências relacionais adquiridas se o processo de aprendizagem de desenvolvimento das competências pela teoria pela reflexão sobre a teoria (...)” uce n° 726 Khi2 = 2 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Observamos, contudo uma preocupação dos entrevistados relativamente ao processo ensino aprendizagem, centrada na inquietação em encontrar instrumentos que ajudem os estudantes a desenvolverem as competências relacionais de forma gradual e reflexiva ao longo do curso. Consideram que esta é uma dimensão que é difícil praticar em contexto de laboratório, pelo que a sua aprendizagem será mais facilitada em contexto de ensino clínico. Os discursos dos docentes revelam que, embora continuem a dar mais importância às competências técnicas, já expressam uma crescente valorização das competências do domínio relacional.

A dimensão técnica e científica apesar de estar direcionada para o “saber fazer”, nos discursos de alguns docentes, existe a preocupação em associar sempre a este “saber fazer” o “saber ser” e o “saber estar”, quando expressam que à realização de qualquer procedimento em enfermagem deve estar sempre subjacente a componente relacional, a qual deverá ser introduzida progressivamente ao longo do curso, tal como defendido por

Benner (2001) através do modelo Dreyfus. Preparar para a competência, significa organizar e validar o ensino, centrando-o não só em saberes disciplinares, mas definindo-o pela produção de competências através da experiência (Fernandes, 2007), que os estudantes deverão dominar no final do curso. Também para Le Boterf (2007) a base de experiências correlaciona competências de três tipos, as competências de utilização dos saberes teóricos elaborados pela base de conhecimentos, as competências adquiridas pelas aprendizagens individuais realizadas ao longo dos ensinamentos clínicos e as competências de gestão das informações que provêm das reflexões realizadas pelo estudante. O desenvolvimento da competência relacional pressupõe uma lógica de raciocínio e de reflexão crítica sob a situação.

“ (...) ser eles a cuidar e portanto este desenvolvimento de competências é feito ao longo do curso num crescendo e eu penso que eles vão interiorizando e ganhando estas competências ao longo do curso no primeiro ano isto não fica colmatado (...)

“ uce nº 790 Khi2 = 11 (uci nº 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“ (...) o que mais valorizo portanto em ensino clínico em que aspeto? Sim ora bem processo ensino aprendizagem nos penso que tentamos quase sempre arranjar forma ou arranjar instrumentos que eles consigam que lhes permitam desenvolver competências nas mais diversas áreas e penso eu que com o Processo de Bolonha (...)” uce nº 432 Khi2 = 12 (uci nº 6 : *suj_06 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“ (...) quando nos vamos mais para casos ou para mais demonstração de algum procedimento além de já estar também descrito na nossa, na nossa norma nós também fazemos também costume usar, alguns exemplos da minha, da prática para tentar exemplificar como isso é importante e depois quando eles começam a passar do papel para tentarem ou por role-playing ou por simulação de casos com eles próprios ou com os modelos ou também tem isso em conta (...)” uce nº 1487 Khi2 = 0 (uci nº 19 : *suj_19 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_1 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) é um processo que nunca está terminado aliás se calhar até nem depois do curso mas eu penso que é um processo gradual que começa logo desde o início ou pelo menos nos tentamos que comece desde o início no primeiro ano uma parte (...)” uce nº 419 Khi2 = 11 (uci nº 6 : *suj_06 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“ (...) das próprias disciplinas da enfermagem no sentido de irem desenvolvendo progressivamente as competências para prestarem cuidados e terem em conta a privacidade e a intimidade, a intimidade da pessoa pronto um aluno de quarto ano e um aluno que já tem que ter muito muito assente realmente esse desenvolvimento de competências porque é um aluno que no final do curso então vai ter um desempenho em termos de prestação (...)” uce nº 283 Khi2 = 10 (uci nº 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...) é um processo normal ou seja eu penso que eles chegam ao fim com as competências relacionais básicas adquiridas agora tem que as continuar a desenvolver mas eu penso que desde que os princípios estejam adquiridos eles vão conseguir (...)” uce nº 758 Khi2 = 9 (uci nº 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Tal como refere Rua (2009: 288) “este saber fazer emerge no encontro de todas as outras dimensões: cognitiva, comunicacional e atitudinal”, pelo que a formação do estudante de enfermagem deve ser sempre orientada no sentido de desenvolver competências a vários níveis, quer pessoais, quer profissionais, uma vez que alguns dos fatores que podem influenciar a aprendizagem destes estudantes são a sua vivência pessoal anterior assim como a sua maturidade. Portanto, o desenvolvimento de competências pessoais vai ajudar o estudante a desenvolver as suas competências profissionais, nomeadamente nesta dimensão que é tão específica e que se relaciona com todas as outras dimensões das competências que um estudante deve atingir no final do seu percurso.

A metodologia de ensino sobressai nesta categoria como elemento importante, não só como desenvolvimento dos conhecimentos, mas também como capacidade de transposição para o contexto prático desses conhecimentos. Os docentes nas suas entrevistas salientam as palavras, conheci+, identific+, aqui+, laboratório, aplic+, pratic+, teor+, comp+, vão, enferm+, termo, desenvolvi+, model+, das quais se destacam as palavras com a raiz comp+, prat+, vão e desenvolvi+.

Nos seus discursos salientam que para o desenvolvimento das competências relacionais os estudantes têm que possuir bases teóricas relativas a esta dimensão das competências, pois sem a teoria dificilmente poderão acionar estratégias relacionais que perante o utente. No estudo de Abreu (2001), uma das críticas que emergiu foi o desfaçamento entre a teoria ministrada em sala de aula e a prática clínica nas unidades de cuidados onde os estudantes realizam os ensinamentos clínicos referente, não à qualidade, mas à omissão de conteúdos essenciais na prática clínica. Este desfaçamento pode estar associado ao plano curricular adotado em cada escola e no nosso estudo esta é uma situação que se verifica. Do *corpus*, relativamente a esta subcategoria destacamos os seguintes enunciados:

“ (...) com vários exemplos com o acompanhamento que fazemos por ai. Como é que ocorre o processo de desenvolvimento de competências na primeira fase com a aquisição de conhecimentos e na fase seguinte com a sua aplicação e com a sua transposição para o contexto quer numa fase inicial em pratica simulada (...)” uce nº 1295 Khi2 = 15 (uci nº 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) penso que esta alternância de conhecimento teórico e a pratica em ensino clinico com as próprias aulas praticas e a forma de promover o desenvolvimento de competências nesta altura tenho a convicção que os estudos também vão dizendo que (...)” uce nº 1387 Khi2 = 11 (uci nº 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(…) as competências relacionais tem o processo de consolidação de competências das outras portanto eles tem que adquirir conhecimentos teóricos para fundamentar as suas praticas e tem que conseguir mobilizar esses conhecimentos e aplica los e (…)” uce n° 658 Khi2 = 9 (uci n° 10 : *suj_10 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_3 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

Outros dos aspetos que os docentes relatam é a importância do treino desta dimensão das competências em laboratório, permitindo aos estudantes simularem o contacto direto com o utente e paulatinamente aprenderem a assumir as atitudes adequadas na sua relação com o utente. A importância deste treino é fundamental, quer porque a atitude perante o utente tem muito impacto no tipo de relação a estabelecer, quer porque os utentes têm sempre a expectativa de que o interveniente, neste caso o estudante, compreenda a sua situação, o seu problema e consiga ajudá-lo. Assim, é essencial que o estudante quando vai para ensino clínico esteja teoricamente preparado e domine todos os aspetos inerentes à sua atuação numa situação de relação de ajuda. Tal como é relatado pelos docentes, ao longo do curso, existe uma evolução em relação à atitude que o estudante tem perante o utente, na sua forma de comunicar e de estar e esta evolução também está associada à maturidade que vão adquirindo. Isto implica necessariamente que o estudante aprenda estratégias comunicacionais e o saber estar, no âmbito da relação de ajuda, de forma a poder interagir com o utente em todo o processo de cuidar.

“(…)apesar de aqui serem manequins e no doente é sempre diferente mas já tem a competência pratica adquirida em laboratório e depois e aplicá-la ao doente. A aquisição de competências vai pela sistematização do treino (…)” uce n° 128 Khi2 = 6 (uci n° 2: *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“(…) o desenvolvimento desta competência, também depende muito dos valores e própria cultura do estudante embora eu considera que haja um crescimento do primeiro para o quarto ano, considero que há um crescimento mas tem sempre essa componente(…)” uce n° 794 Khi2 = 5 (uci n° 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“(…) tem sempre essa componente anterior ao estar aqui, em que se traduz na pratica, eu penso que e muito interessante quem conhece os nossos estudantes quando entro aqui, no primeiro ano, no primeiro ensino clinico e tem oportunidade de os acompanhar depois no quarto ano em ensino clínico ou em estagio perceber como foi feito esse desenvolvimento e essa aquisição de competências porque se nota uma maturidade na relação (…)” uce n° 795 Khi2 = 10 (uci n° 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“(…) primeiro dia que ele vai para o ensino clinico ele tem que ter estas competências que já foram treinadas em laboratório na cabeça dele portanto ele tem que as per interiorizadas e ali vai treina las na pratica real e portanto a partir do (…)” uce n° 151 Khi2 = 9 (uci n° 2 : *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“(…) dos graus do enfermeiro mas num grau sei la em mínimo e depois o desenvolvimento da competência eu penso que se vai dando ao longo do curso ao

longo dos anos do curso e ao longo das unidades curriculares e das varias experiencias por-onde (...)” uce n° 728 Khi2 = 9 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Ao longo dos discursos dos docentes identificam-se algumas diferenças entre o ensino baseado na transmissão de conhecimentos ou seja baseado na racionalidade técnica (Mestrinho, 2012) e o ensino baseado na aquisição de competências e resultados de aprendizagem, mudança resultante do processo de Bolonha. Verifica-se ainda que esboçam algumas comparações em termos da importância dada a esta dimensão das competências relacionais no ensino de enfermagem desde a sua formação até à atualidade.

“ (...) doente e do aluno como é óbvio não é. Desde que eu tirei o curso e já tirei o curso há vinte e quatro anos, nessa altura falava-se destas temáticas de uma forma diferente mas nos aprendíamos a cuidar os doentes, na altura o cuidar ainda não era abordado como é hoje (...)” uce n° 111 Khi2 = 5 (uci n° 2: *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“ (...) com este novo plano de estudos novo eu acho que as novas metodologias de ensino, as metodologias ativas e até as que incluem o trabalho de estudante nomeadamente a realização em trabalhos de grupo mas a realização de trabalhos de grupo mas com produtos artigos produzirem artigos como produzirem portfólios como portanto (...)” uce n° 1050 Khi2 = 7 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Verifica-se, na escola B, uma prevalência dada à orientação em ensino clínico e a vontade de controlo na aquisição de competências nesta dimensão pelos docentes, pois têm unidades curriculares específicas nesta área, tanto teóricas como práticas e, durante o primeiro ensino clínico dirigido para esta dimensão das competências, estes estudantes recebem acompanhamento total e exclusivo pelo docente.

“ (...) primeiro ano e no segundo ano em que pode ser mais, pode ser menos fonte de preocupação para o estudante alguns pormenores e então o acompanhamento com o professor lá ou trabalhar com os orientadores nos aqui na escola temos acompanhamento a cem por cento no primeiro e no segundo ano que (...)” uce n° 1414 Khi2 = 7 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) da teoria para a prática portanto se não são competências teóricas são competências que se conseguem avaliar em ensino clínico essencialmente. Implica para mim para já em termos de ambiente preparar o ambiente e o preparar o ambiente tem a ver com criar condições para se conseguir essa privacidade depois dentro (...)” uce n° 350 Khi2 = 5 (uci n° 5 : *suj_05 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“ (...) que me atrevera a dizer que não há uma fórmula certa para que se proceda ao desenvolvimento de competências penso que tendo em conta o grupo que se tem tendo em conta o contexto que se tem se calhar nos primeiros dois anos se calhar

optava (...)” uce n° 720 Khi2 = 5 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Outra das preocupações dos docentes tem a ver com a avaliação desta dimensão das competências em ensino clínico. Para além de estarem contempladas nos instrumentos de avaliação, de acordo com Le Boterf (2007) os estudantes devem ainda tirar proveito da experiência e fazerem desta uma oportunidade de criar saber, ou seja aprenderem a saber agir com pertinência.

“ (...) competências estão contempladas no nosso instrumento de avaliação. O que mais valorizo no processo ensino aprendizagem eu diria que o estimular da autonomia a curiosidade que eu penso que é muito relevante (...) “ uce n° 814 Khi2 = 11 (uci n° 12: *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“ (...) essas competências no ensino clínico são avaliadas ao longo do ensino clínico ao longo portanto não são avaliadas quanto a mim no fim elas tem que ser avaliadas e trabalhadas a medida que o aluno vai progredindo no ensino clinico (...)” uce n° 150 Khi2 = 15 (uci n° 2 : *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“ (...) que foi definido portanto penso que havia de haver em cada grelha definido cada um destes critérios do que e das competências... isso poderia permitir facilitar o trabalho de quem avalia e perceber que não se pode dar muito bom a toda a gente (...)” uce n° 69 Khi2 = 9 (uci n° 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

Ao longo do seu trajeto académico, os estudantes vão sendo avaliados a nível das competências relacionais através de instrumentos de avaliação que fazem referência a esta dimensão das competências. Através da consulta do plano curricular, verificámos que na escola B o primeiro ensino clínico é direcionado para esta dimensão das competências, existindo uma preocupação em preparar, num primeiro momento, os estudantes nesta dimensão e só depois iniciarem a prática das dimensões técnico-científicas. Percebe-se no discurso dos docentes a importância desta metodologia, pois ao valorizarem, no primeiro ensino clínico, as competências relacionais, os estudantes percebem que também estas competências podem ser avaliadas e a importância que elas têm na sua inter-relação com o utente durante o processo de cuidar. Na Escola A, o estudante tem como orientador durante o primeiro ensino clínico um enfermeiro orientador da unidade de cuidados que atribui maior importância às competências instrumentais, o que pode levar o estudante a não valorizar as competências relacionais durante os ensinamentos clínicos, as quais são avaliadas de forma implícita nuns casos e noutros de forma explícita, mas apenas através de alguns itens vagos, constantes nos instrumentos de avaliação.

“ (...) aprendizagem mais ativas que vamos conseguindo trabalhar estas questões. Nos avaliamos os estudantes com recurso a um instrumento de avaliação que tem por base os domínios das competências que tem as competências organizadas pelos domínios portanto quando chegamos temos as competências, ao nível da comunicação (...)” uce n° 738 Khi2 = 9 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) aquilo que foi observado com aquele aluno ao longo do ensino clínico e é nessa folha que mediante critérios predefinidos que são predefinidos para aquele ensino clínico vamos avaliar e que algumas folhas tem implícito essas competências (...)” uce n° 156 Khi2 = 7 (uci n° 2 : *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

Os momentos de avaliação em ensino clínico também são referenciados como momentos importantes no desenvolvimento das competências relacionais, pois permitem perceber e trabalhar esta dimensão. Verificámos que na escola B, os estudantes para além dos dois momentos de avaliação, formativa e sumativa, se deslocam um dia por semana à escola para discutirem as experiências que tiveram, numa unidade curricular adequada para o efeito. Esta unidade curricular é denominada Supervisão da Aprendizagem dos Cuidados (SAC).

“ (...) porque penso que ajudamos o estudante a refletir sobre o seu exercício depois no final e a sumativa não é só no final. O que mais valorizo no processo ensino aprendizagem no caso a avaliação agora já que falei no caso a avaliação formativa acho que é fundamental os professores trabalharem com os estudantes estes aspetos numa avaliação formativa (...) ” uce n° 1316 Khi2 = 13 (uci n° 17: *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) é um processo de aquisição de sedimentação das competências ao longo de todo o ensino clínico e portanto depois vamos vendo e avaliando todo o percursos de uma forma continua. E assim para mim há duas formas de avaliar ou melhor há uma forma mas que é feita que se compõe por duas (...) ” uce n° 154 Khi2 = 7 (uci n° 2: *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“ (...) não eu penso que isto é um processo, e um processo evolutivo e eu penso que as experiências de ensino clínico e nos temos uma unidade curricular que é a supervisão da aprendizagem clínica de supervisão e aprendizagem dos cuidados, supervisão da aprendizagem dos cuidados aí (...) ” uce n° 786 Khi2 = 3 (uci n° 12: *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

A formação em enfermagem, adequada à realidade, é imprescindível para a preparação dos estudantes na construção da sua identidade como enfermeiros e também como eixo estruturante do desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes.

Na segunda categoria do *corpus*, **desenvolvimento de competências**, os docentes destacaram as palavras com raiz em ano, escol+, curso e longo, de entre as palavras com raiz em maturidade, oportunidade, ano, trabalh+, escol+, prepar+, alunos, nest+, final,

curso, longo, adquirir, desenvolvendo, lecion+, curriculares, unidade, curricul+, comportamento e metodologia. Verificamos que o desenvolvimento de competências relacionais ocorre ao longo do curso de acordo com o ano e a maturidade que os estudantes apresentam, no entanto verifica-se uma diferença entre cada escola de acordo com as unidades curriculares e metodologias utilizadas.

Nos seguintes segmentos de texto retirado do *corpus*, podemos verificar a opinião dos vários sujeitos sobre o desenvolvimento de competências relacionais nos estudantes.

“(...) ensinamentos clínicos penso eu que é nessa articulação da teoria com a prática que eles vão começando a adquirir essas competências e à medida que eles vão avançando no curso eles vão conseguindo conciliar as matérias dos vários anos e penso que e por(...)” uce nº 464 Khi2 = 8 (uci nº 7 : *suj_07 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“(...) eu espero que não aconteça é mau sinal, não considero que os alunos consigam quando terminam o curso ter realmente adquirido essas competências pelas várias coisas que já foram ditas nesta entrevista e porque realmente continuamos a desenvolver competências ao longo do nosso (...)” uce nº 96 Khi2 = 7 (uci nº 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

“(...) mesmos cuidados claro que o aluno que chega à escola ele já vem formatado, entre aspas, dessa mesma, dessa mesma sociedade e já trás, já trás valores, já trás realmente determinadas competências com ele durante o curso e para isso mesmo aliás que serve a formação durante essa mesma formação o aluno irá ter realmente unidades curriculares importantes que lhe vão dar contributos para o (...)” uce nº 233 Khi2 = 7 (uci nº 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(...) nas representações sociais do que é ser enfermeiro progressivamente o aluno vai/ aprendendo vai crescendo vai tendo outra maturidade e quando chega ao quarto/ ano portanto já tem que ter uma bolsa entre aspas de aquisições que lhe permite (...)” uce nº 239 Khi2 = 9 (uci nº 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(...) com vários exemplos com o acompanhamento que fazemos por aí como é que ocorre o processo de desenvolvimento de competências na primeira fase com a aquisição de conhecimentos e na fase seguinte com a sua aplicação e com a sua transposição para o contexto quer numa fase inicial em prática simulada (...)” uce nº 1295 Khi2 = 15 (uci nº 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Esta segunda categoria (**desenvolvimento de competências**) deu origem a duas subcategorias, desenvolvimento pessoal e relacional do estudante e evolução de competências.

Na subcategoria desenvolvimento pessoal e relacional do estudante destacam-se as palavras com raiz em ano e esco+ de entre maturidade, oportunidade, trabalh+, prepar+, alunos, nest+. Na opinião dos docentes este desenvolvimento pessoal e relacional ocorre ao longo do curso e a escola prepara os estudantes para que este desenvolvimento ocorra, pois é um curso em que os estudantes têm que “ter maturidade” para conseguirem lidar

com as questões relacionais, de “saber estar” e “saber ser” perante o utente em todo o processo de cuidar.

“(…) chegávamos a escola no entanto em termos de desenvolvimento pessoal parece-me que há atualmente indivíduos menos maduros há alunos que entram aqui e tem comportamento de adolescentes são, não são todos felizmente, estão ainda numa fase (…)” uce n° 550 Khi2 = 7 (uci n° 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

“(…) são esses os aspetos que são efetivamente fundamentais ao longo dos quatro anos/ pressupõe que haja um crescendo do desenvolvimento do aluno como/ pessoa e como pessoa que esta a ser preparada para o desenvolvimento de uma (…)” uce n° 237 Khi2 = 7 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

Ao longo do seu discurso percebe-se os docentes transmitem conhecimentos sobre as competências relacionais, não apenas nas unidades curriculares teórico-práticas, mas também nas unidades curriculares práticas tanto em laboratório em situações de aprendizagem simuladas, como em contexto clínico e no esclarecimento de dúvidas no domínio do referencial das competências relacionais. Destacam-se nos seus discursos:

“(…) fazemos com eles de reflexão, acima de tudo isso para eles conseguirem refletir sobre o seu estar sobre a forma como comunicam sobre a sua postura os aspetos que podem melhorar nesse sentido porque assim nós estamos aqui a preparar são profissionais (…)” uce n° 1302 Khi2 = 1 (uci n° 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(…) experiências e pela reflexão que o estudante ou o enfermeiro faz de como é que aquele acontecimento que eco e que isso tem no seu quadro referencial de valores e este quadro referencial de valores influencia seguramente pode influenciar (…)” uce n° 1218 Khi2 = 0 (uci n° 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Por outro lado, este desenvolvimento pessoal influencia o desenvolvimento relacional, pois à medida que os estudantes interiorizam cognitivamente certas experiências, estas influenciam a sua aprendizagem, sendo também uma forma de consolidar a sua maturidade. Verifica-se que os docentes revelaram preocupações em centrar a aprendizagem dos estudantes no objeto do cuidado que é o utente. Podemos dizer que os docentes centram o seu objetivo numa perspetiva humanista do ensino que se manifesta no seu empenho com vista ao desenvolvimento pessoal e social dos estudantes (Mestrinho, 2012) e numa forma de transmitir o conhecimento visando sempre que os estudantes prestem cuidados de acordo com as necessidades dos utentes.

“(...) do terceiro quarto ano isso deixa de acontecer e eu penso que isso e resultado também desta maturação e que esta maturidade e embebida de diferentes áreas da competência isto por um lado por outro lado a capacidade que eles vão (...)” uce n° 1213 Khi2 = 11 (uci n° 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(...) quarto porque de facto ai nos notamos e quando temos oportunidade de poder estar com eles nas varias fases do curso nos vários anos do curso de facto nota se vê se que há uma maturidade que há uma maneira de pensar de estar e de lidar com o (...)” uce n° 988 Khi2 = 7 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(...) efetivamente eles tem que crescer e os que/ não crescem ficam pelo caminho. Eu no meu tempo de estudante, como é evidente eu já fiz o meu curso há trinta e um anos, os meus professores e a época não valorizavam tanto as competências relacionais mas já eram muito valorizadas e eu sempre as valorizei muito e sempre as pus muito em pratica portanto não havendo tanto conhecimento científico não havendo (...)” uce n° 616 Khi2 = 15 (uci n° 9 : *suj_09 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_2)

“(...) próxima porque todos trabalhamos por um mesmo objetivo comum não e a formação dos estudantes acima de tudo eu penso que a capacidade de os levar a refletir e de refletir com eles pronto mas sobre o processo de ensino aprendizagem penso que (...)” uce n° 1318 Khi2 = 9 (uci n° 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Transparece no discurso dos docentes da escola B a importância que atribuem à existência de unidades curriculares específicas para a abordagem das competências relacionais, assim como a aplicação de metodologias que ajudem os estudantes a desenvolverem estas competências em ensino clínico. Como refere Mestrinho (2012), os docentes salientam que a forma de um enfermeiro se relacionar com o outro (utente) não pode ser considerada como tarefa menor no ato de cuidar, pois o processo de cuidar centra-se na pessoa individual, concretizando-se através das relações interpessoais. Também Siva & Silva (2004: 110) defendem que “a presença do docente, sobretudo na fase inicial, dá segurança e ajuda a estabelecer a relação entre os contextos” teórico e prático do processo de cuidar.

“(...) eu acho que começa logo no primeiro ano e em diversas unidades curriculares ou seja nos temos aqui no curso como a Otilia depois pode verificar no currículo algumas unidades curriculares que têm esse fim específico desenvolvimento das (...)” uce n° 1369 Khi2 = 13 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(...) começa essa preparação no sentido da capacidade de se relacionar com os outros não e portanto a resposta à questão e no primeiro ano primeiro semestre portanto quando eles chegam à escola.” uce n° 183 Khi2 = 7 (uci n° 3 : *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“(...) estabelecemos com os estudantes e dos casos práticos que lhes vamos dando de varias disciplinas que vão trabalhando casos portanto eu acho que se vai e depois no ensino clínico onde eles poderão aplicar e desenvolver aquilo que foi (...)” uce

n° 979 Khi2 = 13 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…) primeiro ano só vai para ensino clínico numa fase mais avançada no final mesmo do ano das últimas seis semanas do ano e que tem ensino clínico mas para trás tem toda a componente teórica e aulas práticas em que isso é muito trabalhado e (...)” uce n° 1287 Khi2 = 11 (uci n° 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(…) aqui é muito visível de facto um estudante que já conseguiu esta integração destas diferentes dimensões e consegue ter já uma dimensão de maior abertura e que se materializa efetivamente nesta capacidade de aceitação incondicional de (...)” uce n° 1208 Khi2 = 7 (uci n° 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Verifica-se também a vontade de controlo do desenvolvimento de competências dos estudantes ao longo do curso pelos docentes, nomeadamente os da escola B, pois acompanham os estudantes em presença permanente nos ensinamentos clínicos do 1º e 2º ano, exclusiva durante o primeiro ensino clínico (1º ano) e partilhada com enfermeiros dos respetivos serviços no 2º ano. Na escola A este acompanhamento é realizado pelos enfermeiros dos respetivos serviços, tendo o docente o papel de orientador pedagógico em todos os ensinamentos clínicos do curso. É de salientar, tal como referido anteriormente que na escola B além de estarem contempladas no plano curricular unidades curriculares relacionadas com as competências relacionais, o primeiro ensino clínico (1º ano) é totalmente dirigido para o desenvolvimento desta dimensão das competências, o que nos dados recolhidos junto dos estudantes se traduziu numa diferença significativa do nível de competências entre os estudantes das duas escolas.

“(…) ensinamentos clínicos maior será a oportunidade de ele desenvolver essas competências obviamente que no quarto ano os alunos deverão ter desenvolvido todas as competências muito mais do que um aluno do primeiro ou do segundo em todos (...)” uce n° 663 Khi2 = 15 (uci n° 10 : *suj_10 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_3 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(…) as competências que considero serem fundamentais, são naquilo que os autores nos identificam como os três domínios competências ao nível do saber fazer e em articulação com o conhecimento o saber teórico e depois a aplicação instrumental o por em prática o que aprendem na escola ou até (...)” uce n° 1151 Khi2 = 12 (uci n° 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(…) que tem ajudado muito os alunos nesse sentido eles ficam mais começam logo no primeiro ano a ter PPL em trabalhos de grupo e depois ao longo do curso eles experimentam muitas metodologias e relacionam-se como seres humanos digamos entre uns (...)” uce n° 1054 Khi2 = 7 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Alguns docentes, maioritariamente da escola A, expressaram preocupação com a preparação dos enfermeiros dos serviços responsáveis pela orientação e avaliação dos

estudantes durante os ensinamentos clínicos, referindo que estes deveriam ter uma preparação adequada para o desempenho destas funções, nomeadamente cursos de formação em supervisão clínica. Tal como refere Fernandes (2007), o tutor é atualmente uma das peças fundamentais na formação em enfermagem, pois no contexto atual da formação cabe aos docentes, na maioria das situações, a orientação pedagógica dos estudantes em ensino clínico, ficando a orientação em contexto prático da responsabilidade dos enfermeiros dos serviços onde os estudantes realizam o seu ensino clínico. A mesma autora, verificou que alguns dos enfermeiros dos serviços estavam pouco envolvidos na orientação dos estudantes, realizando uma orientação pautada por um modelo de rotinas e pouco orientado para a reflexão na ação.

“ (...) isto muitas vezes não é visto neste aspeto portanto eu penso que há muito ainda-que fazer nas grelhas de avaliação dos nossos alunos e também na formação dos nossos preceptores dos nossos tutores em termos e conseguir avaliar competências (...)” uce nº 64 Khi2 = 9 (uci nº 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

“ (...) tem imenso peso também a esse nível os tutores se são realmente enfermeiros com uma boa preparação a esse nível e se realmente os ensinam e lhes proporcionam realmente uma aprendizagem adequada a esse nível em termos de formação curricular(...)” uce nº 338 Khi2 = 5 (uci nº 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...) influenciar, a insegurança as competências que ainda não estão desenvolvidas o facto de ele estar apoiado por outros por enfermeiros não a supervisão dos cuidados deles e a supervisão dos cuidados muitas vezes pode influenciar de uma forma menos (...)” uce nº 644 Khi2 = 0 (uci nº 10 : *suj_10 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_3 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...) com o vivido ou com o refletido sobre a situação de sofrimento e de exposição ao sofrimento do outro o estudante e depois naturalmente acompanhado pela orientação dos docentes, dos docentes e não só não tenho a veleidade de achar que este tipo de conteúdos ou este desenvolvimento e feito só na escola eu acredito que também e muito feito com os colegas os senhores enfermeiros que orientam que acompanhamos(...)” uce nº 1177 Khi2 = 0 (uci nº 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) desta mesma intimidade portanto eu acho que aqui sobretudo o conhecimento a/ segurança que o aluno tem a esse nível e depois tem muito a ver com a/ orientação que lhe esta a ser dada e com todo o contexto onde ele esta/ integrado.” uce nº 272 Khi2 = 6 (uci nº 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...) e de haver uma por assim dizer uma boa relação e até uma preparação dos orientadores pela própria escola porque quando nos quando os orientadores estão bem cientes daquilo que são os nossos princípios e as nossas orientações as coisas (...)” uce nº 782 Khi2 = 0 (uci nº 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“ (...) professores mas também na pratica dos orientadores e dos preceptores (...) portanto há aqui um papel muito/ importante de-quem esta a formar/ eu não uso nem gosto muito de usar aquela frase do ponham- se no papel do outro/ portanto se fossem vocês não gosto não é por nada mas não gosto porque faz me/ alguma impressão porque nós nunca nos conseguimos colocar no papel do outro/ (...)” uce nº 28 Khi2

= 2 (uci n° 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

Na subcategoria evolução de competências, o discurso dos docentes centrou-se na raiz das palavras curso e longo, tendo sempre associado as palavras, final, unidade, adquirir+, curricul+, metodologia comportamento e desenvolvendo. Referem que, ao longo do curso, as várias unidades curriculares proporcionam esta evolução de competências, nomeadamente o grupo de docentes da escola B faz referência a unidades curriculares básicas para a aquisição e desenvolvimento desta dimensão das competências, as relacionais, tal como já tínhamos referido anteriormente.

“ (...) desta apropriação das/ diferentes dimensões porque nos temos duas unidades curriculares que acontecem/ ao longo do curso que são a relação de ajuda e aconselhamento em que num/ primeiro momento e mesmo para num processos de o nosso objetivo de/ desenvolvimento emocional moral (...)” uce n° 1204 Khi2 = 13 (uci n° 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) também em relação com as outras unidades curriculares nomeadamente com a ética com a própria enfermagem que e unidade curricular transversal todo o curso não é, mas a própria enfermagem no primeiro ano eles também já tem relação de ajuda (...)” uce n° 1288 Khi2 = 11 (uci n° 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) obviamente também na ética na comunicação e relação de ajuda e falado também no ensino clínico e falado nas aulas praticas porque temos aulas praticas e das primeiras aulas praticas que se falam é a preparação da unidade do utente (...)” uce n° 778 Khi2 = 2 (uci n° 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

Ao longo dos seus discursos está patente a importância que os docentes da escola B atribuem à existência desta metodologia na sua escola para a aquisição e desenvolvimento da dimensão relacional das competências básicas que um estudante deve atingir no final do seu curso. Tal como refere Dias (2006) a formação deve estar norteada no sentido do desenvolvimento das competências, pois as metodologias utilizadas na formação em enfermagem, podem ser um poderoso instrumento no ensino-aprendizagem da competência relacional, onde a noção da inter-relação entre os saberes teóricos e a sua aplicação prática são fatores essenciais.

Salienta-se ainda o facto de os docentes manifestarem a sua responsabilidade pela formação dos estudantes, considerando que devem ser eles a direccionar a orientação tanto teórica, como prática do desenvolvimento das competências, de forma estruturada e sistemática, para que os estudantes no final da formação consigam ter interiorizado a

importância desta dimensão das competências no seu desempenho em todo o processo de cuidar o utente.

“(…) ser eles a cuidar e portanto este desenvolvimento de competências é feito ao longo do curso num crescendo e eu penso que eles vão interiorizando e ganhando estas competências ao longo do curso (…)” uce n° 790 Khi2 = 11 (uci n° 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“(…) das próprias disciplinas da enfermagem no sentido de irem desenvolvendo progressivamente as competências para prestarem cuidados e terem em conta a privacidade e a intimidade, a intimidade da pessoa pronto um aluno de quarto ano é um aluno que já tem que ter muito assente esse desenvolvimento de competências porque é um aluno que está no final do curso então vai ter um desempenho em termos de prestação (…)” uce n° 283 Khi2 = 10 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(…) o que e que eles no final ou daquela unidade curricular ou do curso quais são as competências que eles tem que ter adquirido que eles tem que ter trabalhado pronto e elas são trabalhadas ao longo do curso portanto com níveis diferentes (…)” uce n° 414 Khi2 = 9 (uci n° 6 : *suj_06 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

No entanto, alguns são de opinião que o desenvolvimento desta dimensão das competências não termina com a formação.

“(…) é um processo que nunca esta terminado aliás se calhar até nem depois do curso mas eu penso que é um processo gradual que começa logo desde o início ou pelo menos nos tentamos que comece desde o início no primeiro ano (…)” uce n° 419 Khi2 = 11 (uci n° 6 : *suj_06 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3).

No estudo de Fernandes (2007) é salientado que os enfermeiros recém-formados relatam que “a prática de enfermagem se mostrava representada por rotinas” (2007: 321), alguns serviços com anos de tradição, onde apesar de ingressarem novos elementos recém-formados, estes não conseguem alterar estas situações, pois são os procedimentos técnicos que surgem em maior quantidade e os que representam na generalidade a especificidade do trabalho em cada serviço, sendo encarados como o núcleo de trabalho central para se ser considerado um enfermeiro competente, enquanto os procedimentos relacionais não são mensuráveis quantitativamente. Atualmente, esta questão é ainda mais pertinente face aos modelos de gestão hospitalar, em que a contabilização das horas de cuidados necessárias a cada utente, é claramente difícil de justificar (segundo esses mesmo modelos).

“(…) dos graus do enfermeiro mas num grau sei lá em mínimo e depois o desenvolvimento da competência eu penso que se vai dando ao longo do curso ao

longo dos anos do curso e ao longo das unidades curriculares e das varias experiências por onde (...)” uce n° 728 Khi2 = 9 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) que também nesse ano se de prioridade as unidades de cuidados mais diferenciadas onde eles terão mesmo de desenvolver competências mais diferenciadas também. Também é ao longo do curso só que pronto tem a ver com cada ensino clínico ao longo dos ensinios clínicos apesar em praticas em sala em aulas praticas existir algum desenvolvimento já a nível da preocupação pelo menos com (...)” uce n° 362 Khi2 = 7 (uci n° 5 : *suj_05 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“ (...) instrumento tem que ser aplicado em termos daquele ensino clínico e depois tem que haver um crescimento na aquisição e no desenvolvimento das competências aos longo do ano claro que os alunos quando chegam ao quarto ano desenvolvem (...)” uce n° 1081 Khi2 = 24 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Esta evolução de competências relacionais é manifestada pelos docentes quando refletem sobre a prestação de cuidados dos estudantes finalistas, tanto no saber ser como na postura perante situações reais, o que confirma o nível de desenvolvimento de competências relacionais que estes estudantes detêm no final da licenciatura.

“ (...) quarto ano ele terá enquanto aluno, isto enquanto aluno e não enquanto profissional porque enquanto profissional só depois de profissional e ao longo do tempo mas enquanto aluno no quarto ano será mesmo desenvolvimento das competências que foi adquirindo ao longo do curso dai (...)” uce n° 361 Khi2 = 11 (uci n° 5 : *suj_05 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

Portanto, a evolução de competências dos estudantes de enfermagem, para além de se traduzir na operacionalização dos saberes adquiridas pressupõe o raciocínio lógico sobre a ação, pelo que se pode ressaltar que este desenvolvimento de competências é um ato demorado, que supostamente vai tendo a sua evolução ao longo do curso de forma gradual e lógica.

A classe 2 nomeada por Relacional com 14% da UCE do *corpus* foi a classe menos valorizada em termos lexigráficas pelos docentes. No entanto, em enfermagem a relação é um dos aspetos mais importantes no processo de cuidar, pois o estudante está em constante inter-relação com o utente. Esta classe também foi dividida em duas categorias, donde emergiram conceitos referentes à forma como o estudante deverá estar atento à componente relacional, tais como visão holística do utente, a relação com o mesmo, o pedir autorização e informar o utente sobre os procedimentos, aspetos indissociáveis da preservação da intimidade do utente na prestação de cuidados. As dificuldades na dimensão das competências relacionais dos estudantes poderão estar relacionadas com a

inexperiência na forma de se relacionar com os utentes durante a prestação de cuidados. Na primeira categoria desta classe (terceira categoria do corpus) - **forma de olhar o utente**, os docentes salientam as palavras com raiz em urgência, vez+, pe+ e incomod+, fic+, senhor, rest+, destap+ e tap+. Neste caso, parecem subscrever as conceções de Chalifour (2008) quando afirma que o desenvolvimento das competências relacionais é diretamente influenciado pela personalidade, conhecimentos e habilidades profissionais e ainda pela conceção que os estudantes tem de pessoa e saúde. Quando confrontados com a hipotética situação de serem eles os beneficiários dos cuidados de enfermagem, sentem o significado desta conceção de ser cuidado preservando a sua intimidade.

“ (...) os aspetos e a vivência muitas das vezes de alguns aspetos... pois e fazendo apelo um bocadinho a isso se calhar e eu isso já disse e pegando em aspetos muitos deles, alguns já recorreram e partilham os que conseguem em sala alguns ouvindo a experiencia dos colegas como é que se sentiram deitados numa maca todos despidos apesar de terem um lençol por cima sentem se completamente nus perante o mundo (...)” uce n° 710 Khi2 = 34 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Embora a observação dos estudantes durante os ensinios clínicos, tenha sido importante tal como relatamos anteriormente, torna-se agora importante analisar os discursos dos docentes de cada escola acerca da forma como estes transmitem estes conhecimentos aos estudantes ao longo do curso.

“ (...) portanto penso que também não seja por falta de motivação ou de ensino pode ter/ depois a ver com cada postura a posição de aluno acho a posição de aluno as/ vezes também e complicada quando o aluno se sente que esta a ser observado ou (...)” uce n° 25 Khi2 = 20 (uci n° 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

“ (...) quando estão em serviço de urgência as vezes ficam muito tristes com algumas coisas que veem não sei se um dia quando trabalharem num serviço de urgência serão capazes de se manterem diferentes vamos esperar para ver mas de uma forma geral (...)” uce n° 830 Khi2 = 21 (uci n° 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“ (...)atenção quer dos estudantes quer nossa que não acautelamos esta situação/ porque este senhor tinha ficado com este estudante rapaz já precisamente por se/ terem identificado algumas, alguns medos e alguns constrangimentos da parte do/ senhor e depois como os estudantes trocam entre si à hora da refeição e trocar/ os estudantes isso não foi acautelado nem pelos estudantes, nem por nós (...)” uce n° 1135 Khi2 = 14 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) e presentes mesmo que não fosse do grupo que fosse um outro enfermeiro que se/ pudesse tratar la esta com humanidade e tratar o outro da maneira como ele deve/ ser tratado e isso não o incomodar o foi e realmente foi um bocadinho de falta (...)” uce n° 1134 Khi2 = 9 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Esta categoria (**forma de olhar o utente**) é igualmente importante no processo ensino-aprendizagem, pois a forma de olhar o utente nem sempre é valorizada, porque na maioria das situações o que importa é saber fazer determinado procedimento, omitindo-se a preocupação com o utente a quem se está a realizar esse procedimento, tal como referido em alguns discursos relatados pelos docentes. Por outro lado, há docentes que percebem que as competências relacionais de alguns estudantes já se encontram adquiridas o que é manifesto, segundo dizem, quando os estudantes conseguem observar e expressar que os profissionais atuam de forma inadequada na prestação de cuidados ao utente.

“ (...)o que nos fomos observando naqueles minutos não sei se foram até chegar ao pé do senhor foi a indiferença com que as pessoas iam passando alguém que está completamente despido, completamente despido e era frio se ainda fosse de verão podemos dizer se calhar e pela razão do calor mas ontem estava frio e portanto ela quando me viu no corredor imaginou que eu ia logo falar lhe do assunto portanto antecipou se e disse (...)” uce n° 1436 Khi2 = 36 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) serviço de urgência como e que eles se sentiram como e que eles vivenciaram/ eles vão cuidar de pessoas que estão a passar por momentos de crise portanto/ fazer com eles um bocadinho portanto os fatores e um bocadinho a reflexão sobre(...)” uce n° 709 Khi2 = 8 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) maus enfermeiros mas provavelmente eles perante a adversidade de um serviço de/ urgência da quantidade de decisões que tem que tomar etc. etc. provavelmente/ conseguem e eu não estou a desculpa los estou a tentar compreender(...)” uce n° 1448 Khi2 = 9 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) pronto que e no caso do primeiro ano do primeiro contacto e depois mais tarde portanto com crianças e com pessoas adultas e com outra populações mas que eles tem que perceber como e que tentar perceber que a outra pessoa não se vai sentir (...)” uce n° 976 Khi2 = 2 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Nesta categoria (**forma de olhar o utente**) encontrámos duas subcategorias, relação terapêutica e comunicação interpessoal. Relativamente à relação terapêutica os docentes destacaram as palavras com raiz em urgência e vez+, mas sempre relacionadas com sei, ver, observ+, pass+, ia+, serv+, bocad+, sent+, colega, coisa e lemb+. Constatámos que alguns docentes têm alguma dificuldade em descrever a metodologia que utilizam no processo ensino-aprendizagem dos estudantes, e o seu discurso remete para as lembranças que têm sobre algum caso experienciado e/ou relatado ou mesmo para o seu percurso enquanto estudantes. Utilizam a “aproximação por similitude” (Lopes, 2006: 311) ou seja, os docentes referem similitude de vivências porque passaram ou que lhe foram relatadas

por estudantes, esta similitude estabelece a construção e o desenvolvimento da componente relacional que desejam que os estudantes adquiram.

“ (...) exemplo eu faço uma coisa que e fico ali a massajar a mão a espera que eles/ atinjam o limite do desconforto e depois aproveito para verificar com os outros/ então estão a ver que então se for rapaz ainda mais porque há aqui uma relação(...)” uce n° 1382 Khi2 = 14 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)atraído pela memoria porque nos enquanto estudantes há muitas coisas em termos de conteúdos que nos passam, que nos passam e depois e não nos recordamos mesmo são sei se estou também reconheço que posso estar a ser atraído pela memoria mas não me lembro de ver aquele ênfase no estabelecimento da relação trabalhávamos muito num contexto numas(...)” uce n° 937 Khi2 = 16 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)que me tinham deixado intimidada mais tarde nem eu sei explicar muito bem-como e que as coisas aconteceram acabei por ser professora e estar a trabalhar com essas colegas e lembro me de estar sentada a secretário no meu gabinete e estar (...)” uce n° 1102 Khi2 = 12 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

A relação terapêutica - a relação que os estudantes estabelecem com os utentes - deve ter uma preparação teórica e teórico-prática, para que quando este estudante estiver na presença do utente saiba como proceder para atender as todas as necessidades dos diferentes utentes, cada um com a sua própria individualidade. Vários autores estudaram o processo de relação entre enfermeiro e o utente em vários contextos do processo de cuidar, nomeadamente Peplau (1952), Swanson (1991), Morse, Bottorff, Anderson, O'Brien & Solberg, (1992) e Lopes (2006), sendo que cada um definiu fases para o processo de relação. Optámos pela classificação de Lopes (2006: 306) segundo o qual o processo relacional “desenvolve-se em três fases sequenciais, com características próprias”. Essas fases foram denominadas, início da relação, corpo da relação e fim da relação. Pela análise do discurso dos docentes parece-nos que no processo formativo é dado mais ênfase à segunda fase desta relação, ou seja o corpo da relação, ficando em segundo plano as outras duas fases da relação terapêutica apesar de, como refere Lopes (2006), poder haver alguma dificuldade em delimitar as duas fases iniciais. Este facto que é de extrema importância na formação dos estudantes de enfermagem, uma vez que a relação estabelecida entre o estudante e o utente representa como um meio importante, para a qualidade dos cuidados em todo o processo de cuidar. Os docentes relataram também as metodologias utilizadas para desenvolverem estratégias relacionais no processo ensino-aprendizagem dos estudantes.

“ (...) como deviam fazer em contexto prático com a simulação com o role playing vamos conseguindo trazê-los um bocadinho a consciência que de facto e uma coisa que eles tem que manter. Eu acho e que pela própria observação que nos fazemos dos estudantes do correr a cortina do as vezes falar mais baixo o trazerem o processo muitas das vezes com algumas duvidas tem ali a família e que quer saber isto mas eu disse que era(...)” uce n° 923 Khi2 = 6 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) causa porque também temos as competências portanto foram desenvolvidas e percebemos de facto o que e que as coisas significam se calhar na altura eu lembro me como estudante que me diziam tem que criar relação de empatia e eu ficava assim(...)” uce n° 1005 Khi2 = 5 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) sim muitas, muitas, muitas logo nas primeiras visitas que fazem aos/hospitais e aos centros de saúde ficam chocadíssimos com algumas coisas que/ veem e eu costumo lhes dizer logo no primeiro ano quando eles vem das visitas e/ eles dizem ai vimos isto assim(...)” uce n° 826 Khi2 = 3 (uci n° 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“ (...)dito e quase as vezes transpor imaginem se vocês numa cama de hospital ou numa instituição com pessoas a cuidar de vocês que vocês não conhecem depois como e a primeira experiencia normalmente são com pessoas idosas faco um bocado de os(...)” uce n° 974 Khi2 = 23 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Para que esta relação terapêutica entre o estudante e o utente decorra como relatado por Lopes (2006), em três fases: início da relação, corpo da relação e fim da relação, devem ser mantidas determinadas atitudes e, para isso, os docentes ao longo do curso devem abordar, durante a componente teórica e teórico-prática, conteúdos que integrem nomeadamente a postura perante o utente, quer em termos comunicacionais, quer em termos de apresentação física. Ao longo dos discursos dos entrevistados percebemos que alguns abordam e dão importância a estas temáticas e atitudes, enquanto componentes essenciais no processo de cuidar o utente.

“ (...) pintadas não devo pelo menos nem ter uns brincos por exemplo tenho que ter uma/ toca tenho que proteger o cabelo e por ai fora, portanto e há aqui coisas que/ eu penso que se deixou de ter aquele rigor que se tinha há uns anos atrás que/ essencial mas também eu também já falei aqui que isto também tem a ver muito(...)” uce n° 85 Khi2 = 6 (uci n° 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

“ (...)e estive a cumprimenta la e quando olho para os pés vejo uma menina toda muito/ bem fardada com a farda do hospital onde esta a trabalhar tudo muito bem e/ depois tinha umas meias cor de rosa com uns bonequinhos que não tinha nada a(...)” uce n° 1143 Khi2 = 11 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)ate porque eles estão atentos a tudo e olham com aqueles olhos superatentos e a luz do seu referencial não e às vezes há situações que eles relatam e recordo me também de um episodio foi de uma estudante que teve uma atitude menos(...)” uce n° 1334 Khi2 = 18 (uci n° 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)na postura na atitude não sei que a menina nos depois como professores estamos/ sempre a observar portanto a menina estava tudo-bem fez tudo-bem tratou o/ utente eu estava sempre com o ouvido a ver como e que ela falava para o utente(...)” uce n° 1141 Khi2 = 19 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)própria formação ele começa a ver estas duas facetes de maneira um bocadinho/ diferente e aproximando as cada vez mais. Eu creio que que as competências relacionais dos estudantes se traduzem as vezes em coisas tão simples de observar como a maneira como falam com as pessoas a maneira como se aproximam ate-o próprio tom de voz a própria postura do aluno que(...)” uce n° 524 Khi2 = 8 (uci n° 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

As intervenções dos estudantes de enfermagem no processo relacional devem ter sempre em atenção a forma como é realizado esse processo, pois o sucesso desta intervenção permite o estabelecimento de uma relação próxima e empática com o utente, que vai beneficiar a realização de um processo de cuidados de qualidade. Uma das atitudes que pode comprometer a qualidade da relação estabelecida, é o desrespeito pela privacidade e intimidade do utente. Verificámos nos discursos dos docentes que os estudantes, ao longo do curso, começam cada vez mais a valorizar a componente relacional e a sua importância no processo de cuidados.

“ (...) descritas para quase todos os procedimentos eles tem alerta não e a privacidade do utente a lavagem das mãos quer dizer isto há coisas que estão sempre são taxativas não e eles tem sempre isso em mente o poro biombo o ir fazer(...)” uce n° 1033 Khi2 = 7 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) vai naquele sentido de fazer o que o utente quer, quer ser tratado e não sabe se impor ou não sabe fazer de resto com a experiencia que tenho ultimamente nestes últimos anos os estudantes estão muito alertados para a privacidade do utente e como tem normas de procedimento que nos temos(...)” uce n° 1032 Khi2 = 6 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)isso as vezes esse primeiro trabalho não e, não e simples até porque eles não/ se conhecem por vezes o suficiente para formarem o grupo consoante as suas/ estratégias, as suas estratégias ou os seus modos de ver portanto se calhar/ logo aqui na teoria nos conseguimos ir operacionalizando isso depois e só/ transformar o que se passa aqui com o resto da equipa ou com o resto dos(...)” uce n° 1483 Khi2 = 8 (uci n° 19 : *suj_19 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_1 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Durante o processo de cuidar é necessário ter atenção à informação disponível sobre os utentes, pois no âmbito da passagem de turno ou até mesmo no sentido de uma aproximação com o utente podemos estar a invadir a sua privacidade se não tivermos a informação necessária. Lopes (2006) no seu estudo relata que o estabelecimento de uma relação de proximidade pode ser física e afetiva, o que coloca problemas relativamente

aos limites da relação. Constatámos que para os docentes entrevistados, esta situação está bem patente e que estes consideram importante ter a maturidade para gerir as emoções e a informação sobre os utentes o que requer por parte dos estudantes uma aprendizagem contínua ao longo do curso.

“ (...)eu acho que as vezes surgem, situações em que um, estudante? Doente? Partilhar com uma estudante que era mal tratado pelo filho e obviamente como e que nos trabalhamos estas situações com os estudantes primeiro o estudante fica comprometido porque não sabe se muitas das vezes ele fica na duvida se há de (...)” uce n° 942 Khi2 = 18 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)estudante mas que não podia dizer e entretanto venho falar consigo eu acho que nos tomamos mais consciência disso de facto quando somos confrontados com estas situações em que o estudante em que ou observamos diretamente ou estando aqui(...)” uce n° 924 Khi2 = 9 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)estava a chorar e eu cheguei ao pé dele não tinha sido passada nenhuma informação na passagem de turno, em turno e eu cheguei ao pé dele muito naturalmente disse não chores que já é hora quase da mãe chegar e a mãe tinha sido morta pelo pai no dia anterior e portanto quando eu falei nisto o menino chorou tremendamente e eu fiquei(...)” uce n° 620 Khi2 = 41 (uci n° 9 : *suj_09 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_2)

“ (...)os nossos próprios colegas portanto a maneira como se passa essa informação por vezes isso já me tem dito que se sentem desconfortáveis mas depois também estão em situação de, de estudante não e mas é interessante como eles também tem essa visão mesmo as vezes quando nos vamos a visitas de observação nos próprios serviços também relatam portanto eles realmente nos aqui fazemos com que eles tenham o espírito(...)” uce n° 1503 Khi2 = 27 (uci n° 19 : *suj_19 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_1 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)conosco a dizer que esta com um problema, esta com um problema porque a família quer saber isto ou o próprio doente quer saber isto ou aquilo e ele enquanto estudante tem receio de poder dizer alguma coisa ou até mesmo nas passagens de turno quando os doentes confidenciam alguma(...)” uce n° 925 Khi2 = 9 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Para o estabelecimento desta relação terapêutica durante o processo de cuidar é necessário chamar atenção dos estudantes para o facto de que nesta relação de cuidados deve ter presente diversos conceitos facilitadores da relação, onde se associam diversos elementos, nomeadamente a atitude perante o utente, a aproximação adequada para que se consiga o diagnóstico correto da situação, para se planear qual a intervenção mais adequada para cada utente de entre uma paleta diversificada de opções, sem estar a invadir a sua privacidade. No processo de cuidar, a componente relacional assume, em determinados momentos, situações de grande proximidade e até de intimidade,

nomeadamente na realização de determinados cuidados técnicos instrumentais os quais exigem uma grande contato físico.

A preparação para uma relação adequada é fundamental para a aquisição e desenvolvimento das competências relacionais nos estudantes de enfermagem, segundo os entrevistados.

“ (...)ouve se tudo/ quer dizer não há preservação nenhuma há muitas vezes e cheguei a estar com/ alunos, cheguei a estar com alunos em situação de consulta em que isso/ acontecia e depois nos falávamos e comentávamos e tentávamos pronto explicar o/ que estava mal e eles apercebiam se perfeitamente dessa falta de preservação da/ intimidade das pessoas.” uce n° 335 Khi2 = 7 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...)bocadinho como vê estou lhe já a falar do assunto fiquei aqui um bocadinho/ atravessada fiquei aqui com um bocadinho porque fico a pensar se ela faz isto/ que e uma coisa tao simples também possivelmente prevarica noutras coisas e no(...)” uce n° 1145 Khi2 = 9 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)que não se sente muito bem eu acho que isso nunca mais se esquece e fazer esse/ processo de reflexão com o estudante de certeza que em outros processos o/ estudante vai se lembrar que aquilo na ocasião ou então fazer apelo a(...)” uce n° 707 Khi2 = 12 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)estar/ a tomar o seu duche sozinho e o estudante tem tanto medo de o deixar sozinho/ que fura um bocadinho a privacidade e aí tem que ser um bocadinho chamado a/ atenção, as vezes conseguimos chamar a atenção outras vezes não se consegue não/ e porque não estamos presentes ou não vimos ou não detetamos essas situações/ mas sempre-que são detetadas eu tenho isso sempre muito presente na área da(...)” uce n° 1037 Khi2 = 11 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)logo eu estava cá há pouco tempo na escola portanto foi uma situação agora não me recordo assim mais nenhuma foi, foi numa altura e o estudante percebeu isso e pediu a colega para acompanhar a senhora a casa de banho e portanto o resto ele fazia estava com a senhora estabelecia comunicação com ela muito bem mas quando era os cuidados de higiene era a(...)” uce n° 1011 Khi2 = 15 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)cuidados de higiene era a colega e que ia prestar cuidados de higiene porque a senhora não se sentia a vontade e o estudante percebeu isso e portanto transmitiu e na altura era a colega que ia prestar cuidados a senhora portanto foi assim uce n° 1010 Khi2 = 7 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

O início da relação estudante/utente, descrita por Lopes (2006), como a primeira fase do processo relacional no decurso da prestação de cuidados deve ser treinada e deve ocorrer na ausência do utente, para que o estudante consiga adquirir as competências e a confiança necessárias para o primeiro encontro com o utente.

Tal com já vimos anteriormente na escola B há uma preocupação com a relação estabelecida entre o estudante e o utente durante o processo de cuidar, recebendo os

estudantes preparação específica com base em unidades curriculares específicas e um ensino clínico com orientação direcionada nesse sentido.

Relativamente à subcategoria - comunicação interpessoal, os docentes salientam as palavras com raiz em *pe+*, e *incomod+*, apresentando as palavras *fac+*, *doente*, *quase*, *convers+*, *estiv+*, *daquel+*, *completa+*, *diss+*, *partilh+*, *inform+*, *experienci+*, *assunto*, *sal+*, *banho*, para caracterizar esta subcategoria. A comunicação da informação relativa a cada utente e aos procedimentos realizados é referida como constrangedora para os estudantes, pois estes têm dificuldade em perceber o que podem e devem transmitir à restante equipa, sem estar a invadir a intimidade do utente. Também Rua (2009) relativamente a este assunto concluiu que, para os estudantes, a comunicação oral da informação relativa aos utentes e às atividades desenvolvidas durante o turno podem ser um momento gerador de *stress*, pois os estudantes sentem-se inibidos e constrangidos quando têm que abordar aspetos do foro íntimo do utente.

“(…)doente acabou por dizer que tinha um filho mas que não queria que o filho lá fosse porque o filho era maltratava o e o estudante ficou na duvida se havia de partilhar esta informação se não mas ficou incomodado ficou incomodado e porque (…)” uce n° 944 Khi2 = 41 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…)se chegar não foi fácil mas conseguiu se chegar estou me a lembrar também de uma outra situação em que um idoso foi para a casa de banho com um estudante porque precisava de evacuar e foi sentado na sua sanitazinha e estava lá com o estudante (…)” uce n° 1130 Khi2 = 23 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…)nos de facto vemos quase que ali um excesso de confiança do estudante para-com os doentes ou seja mas e um estudante que por sua vez não reconhece o seu papel enquanto estudante portanto faz uma (…)” uce n° 906 Khi2 = 8 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…)partilhar esta informação com o professor se não é a preocupação que ele tem e de dizer oh professor não comente que eu lhe contei porque ele pediu me segredo para não contar isto porque eu perguntei lhe se ele não costumava ter visitas e o(…)” uce n° 943 Khi2 = 23 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…)determinada informação enquanto são estudantes ou porque consultam o processo/ ou porque conversam muito com os doentes eu ai eu acho que eles tem por vezes/ alguma dificuldade em ajuizar o que é que é(…)” uce n° 871 Khi2 = 12 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…)informação até mesmo com o professor estão a ir estão a contrariar a confiança/ deles e depois também há aquelas situações em que os estudantes não reconhecem/ os limites e aqui há tempos fiquei muito aborrecido porque quando dei conta(…)” uce n° 949 Khi2 = 20 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Por outro lado, segundo os docentes entrevistados, no desenvolvimento das competências relacionais é necessário o estudante estar preparado com as competências da relação de ajuda, nomeadamente a empatia, a congruência e o respeito.

“ (...)doente que no fundo acabou por falecer minutos depois mas foi o que foi possível/ há aspetos vividos na sala de partos que realmente incomodam muito e que tem a/ ver com este aspeto da intimidade e da privacidade e que eu já os relatei(...)” uce n° 90 Khi2 = 11 (uci n° 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

“ (...)necessidade de conversar sobre este assunto mas ao mesmo tempo eles depois ficam com algum receio de estar a violar uma confiança que lhe foi dada pelo doente porque depois quer queiram quer não ao fim de uma semana daqueles internamentos(...)” uce n° 947 Khi2 = 18 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)vissem portanto havia ai e a senhora precisava mesmo de tomar um banho e estava numa situação que precisava mesmo e teve que haver ali uma relação de empatia e até chegamos a um bom consenso e conseguiu se chegar não foi fácil mas conseguiu(...)” uce n° 1129 Khi2 = 14 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)a sala de trabalho para um momento de maior privacidade e perante o facto numa/ perspetiva de olhe foi cuidados com correu a cortina mas depois o doente/ disse lhe que estava cansado e você sobrepôs a organização do seu tempo face a(...)” uce n° 1243 Khi2 = 11 (uci n° 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Todo o processo de comunicação é essencial para a prestação de cuidados, quer seja a comunicação verbal como a não-verbal. Para que este processo decorra sem incidentes, os estudantes devem ter preparação teórica para perceberem os sinais enviados pelos utentes e para saberem descodificar o que este lhe tenta transmitir, muitas vezes de forma não-verbal. Fernandes (2007) salienta que a perceção sobre a dinâmica de uma comunicação efetiva, só passa a ser realmente compreendida quando os estudantes se confrontam com situações reais.

“ (...)toda a gente lhes está a ver o interior, não é como a pessoa se sente as vezes partilhas deste género da para que o resto da turma fique a pensar e fique de alguma forma mais sensível para o assunto e mais disponível para conseguir falar (...)” uce n° 711 Khi2 = 10 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)aluno fazer o seu estagio cumprir a sua experiencia clinica e a necessidade da senhora de apreender o conhecimento mas vi alguns, e este é um exemplo alunos com dificuldade de exercerem esse papel é preciso socorre-los não é porque ficam realmente muito atrapalhados quer o sexo masculino mais não é o sexo/ feminino não e as raparigas enfermeiras as alunas.” uce n° 562 Khi2 = 13 (uci n° 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

“ (...) esse senhor e depois tinha que limpar o senhor e ajuda-lo na sua higiene após a/ evacuação e o senhor também ficou muito incomodado a maneira como percebemos o/ incomodo que o senhor tinha que era muito grande e a maneira como

resolvemos (...) uce n° 1132 Khi2 = 6 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Verificámos na estrutura curricular das duas escolas (A e B) que a preocupação com a aprendizagem e aquisição de competências de comunicação interpessoal durante a componente teórica do curso é diferente, enquanto a escola B tem unidades curriculares específicas, a escola A vai introduzindo a temática em algumas unidades curriculares, o que pode não assumir (no conjunto) a relevância necessária para os estudantes perceberem a importância que esta tem na enfermagem. Por outro lado, na escola A verifica-se que durante os ensinamentos clínicos há momentos específicos para os estudantes discutirem as suas experiências práticas. De fato, durante a permanência dos estudantes na prática clínica, verifica-se cada vez mais a redução do número de enfermeiros e o aumento de doentes, o que reduz o rácio de enfermeiro/doente, logo o que acontece é que os estudantes sentem-se pressionados para realizarem os procedimentos técnicos, o que lhes ocupa a maior parte do turno, deixando para segundo plano o desenvolvimento de uma relação de aproximação e de ajuda ao utente/família, de forma a compreenderem e resolverem situações de saúde inerentes, tal como lhes tinha sido ensinado na teoria (Fernandes, 2007). A experiência beneficia a aprendizagem, mas para que isso aconteça esta tem que ser analisada e discutida, ou seja deve-se utilizar a reflexão da prática.

“(...)experiências que o estudante tenha tido. Eu gosto muito quando leciono estas/aulas seja processo de doença seja nomeadamente fazer apelo a experiências que/eles tenham anteriores que tenham estado ou internado ou tenham passado por um (...)” uce n° 708 Khi2 = 9 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(...)sobre aquele assunto portanto eu tento fazer apelo a essas experiências isto ainda quando estou numa perspetiva teórica ou então conto-lhes eu algum caso e até algumas vezes falo lhe de uma experiência pessoal eu estive uma única vez(...)” uce n° 712 Khi2 = 11 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(...)estado aliás vemos isso quando por alguma razão ou a propósito de algum assunto isto se trata vê-se que há uma diferença entre aqueles estudantes que tiverem experiências anteriores de doença ou de necessidade de cuidados e aqueles outros (...)” uce n° 194 Khi2 = 8 (uci n° 3 : *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

Tal como refere Fernandes (2007: 228) “o domínio da comunicação com o doente, o desenvolvimento da relação interpessoal e da relação de ajuda em enfermagem, são intervenções chave (...) que permitem ao enfermeiro ajudá-lo a gerir angústias e dúvidas”. No seu estudo, Rua (2009) salienta as dificuldades dos estudantes em ensino clínico, nomeadamente nas dimensões comunicacionais e atitudinais que os estudantes

percecionam como “a capacidade de se relacionar com outros e conseqüentemente ter mais ou menos facilitado o desenvolvimento de competências comunicacionais e atitudinais” (2009: 292).

“ (...)não de momento não mas já vi e já senti que alguns cuidados não foram realizados tendo esse cuidado com a intimidade... há coisas hoje que eu não faço justamente pela experiência que já tive não e porque um banho na cama é uma coisa que pode (...)” uce n° 222 Khi2 = 8 (uci n° 3 : *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

Há também relatos dos docentes que salientam que estudantes têm um desempenho exemplar no relacionamento com os utentes.

“ (...) eu que estava no gabinete ao lado e por acaso ouvi a conversa, fiquei embevecida/ com o que vi com o que ouvi que eu não vi não e porque tinha a cobertura a/ tapar mas quando eu sai da sala ao mesmo tempo sai o utente da sala e ela saiu (...)” uce n° 1142 Khi2 = 22 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Apesar disso, alguns docentes consideram que a competência relacional não se consegue adquirir até ao final do curso.

“ (...)com que a competência relacional seja modificada seja adquirida só em parte/ seja totalmente adquirida portanto eu acho que nunca consegue adquirir/ completamente. Isso faz-me pensar naquela resposta que eu bem dei, porque, que eu dei um bocadinho mais atrás que se eu dissesse que a privacidade era só por o lençol fechar a porta de apagar a luz etc. era fácil dar esta resposta sendo ela muito mais abrangente ela tem (...) ” uce n° 46 Khi2 = 9 (uci n° 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

Em todo o processo de cuidar é necessário respeitar o utente, nas suas atitudes e características particulares, devendo para isso os estudantes terem formação adequada para conseguirem gerir estas situações inerentes ao processo de cuidar. Tal como refere Chalifour (2008) os estudantes devem adaptar as estratégias de comunicação interpessoal em todas as suas intervenções junto de cada um dos seus utentes.

“ (...)almofada e o senhor ajeita-se quase como se estivesse no útero materno a/ encolher se todo e a por o lençol e a colcha por-entre os ombros ele estava/ completamente cheio de frio e então eu pronto o que conversei com a minha/ uce n° 1440 Khi2 = 18 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)a utente e isso foi chocante portanto teve que haver primeiro uma conversa com as estudantes porque eles tinham que cuidar da senhora porque tinham medo era dos piolhos não e pronto e também tinham medo de enfrentar a senhora por ser

cigana(...)" uce n° 1127 Khi2 = 9 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

" (...)completamente agarrada ao chão sem perceber o que se estava a passar e realmente foi uma violência muito grande na intimidade daquela criança e eu nunca mais me esqueci disso a partir daí nunca mais usei esta forma de dizer que vinha (...)" uce n° 621 Khi2 = 11 (uci n° 9 : *suj_09 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_2)

As várias dificuldades que os estudantes podem encontrar na sua prática clínica, devem ser previamente trabalhadas em laboratório de forma a capacitá-los para aplicarem estratégias de intervenção adequadas e, ainda, usufruírem e serem confrontados com momentos de reflexão após a realização dessas práticas.

A quarta categoria - **processo de cuidar**, foi dividida em duas subcategorias, consentimento e intimidade. Em todo o processo de cuidar o consentimento e a reserva da intimidade são pilares básicos no desenvolvimento das competências relacionais dos estudantes, pois no processo de cuidar para além de estar em causa a intimidade resultante da componente física que leva à exposição de partes do corpo do utente, está também a resultante da interação verbal que os estudantes devem ter com o utente no estabelecimento do consentimento para os procedimentos que efetuarem. Nesta categoria destacam-se as palavras com raiz em senhor+, tap+, fic+, destap+, rest+ e situaç+.

Relativamente à subcategoria consentimento, destaca-se senhor+, fic+ e situaç+, das restantes palavras desta subcategoria, que são duvid+, quer+, to+, estu+. Na relação enfermeiro-utente o consentimento informado de qualquer procedimento realizado ao utente, é um dos direitos a que atenta no respeito pela dignidade humana dos utentes em todo o processo de cuidar, quer aos aspetos técnicos, quer aos aspetos relacionais dos cuidados. Num relatório elaborado pela Entidade Reguladora da Saúde (2009: 2) é definido o consentimento informado como "uma manifestação de respeito pelo doente enquanto ser humano. Reflete, em particular, o direito moral do doente à integridade corporal e à participação nas decisões conducentes à manutenção da sua saúde". O consentimento informado é um postulado reconhecido no direito português desde os anos 80 do século XX com a Declaração de Lisboa sobre os direitos dos doentes⁴². Nos anos 90 do mesmo século também a nível europeu se registava um consenso relativamente à necessidade de atender aos direitos dos utentes, onde foi assinada a Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina em 1997 e transposta para o direito português em

⁴² Adotada pela 34ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Lisboa, Portugal, setembro/outubro de 1981 e emendada pela 47ª Assembleia Geral da Associação Médica Mundial em Bali, Indonésia, setembro de 1995 e disponível: <http://www.dhnet.org.br/direitos/codetica/medica/14lisboa.html>

2001. Também em dezembro de 2009, com a entrada em vigor do Tratado de Lisboa a Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (União Europeia, 2010).que reconhece um conjunto de direitos, liberdades e princípios (dignidade, liberdades, igualdade, solidariedade, cidadania e justiça), incorporando-os no direito comunitário. Ainda segundo a Lei de Bases da Saúde, mais propriamente na Base XIV (Estatuto dos utentes), os utentes têm o direito de “decidir receber ou recusar a prestação de cuidados que lhes é proposta, salvo disposição especial da lei e ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito (Portugal, 1990a: 3454). Portanto o consentimento do utente é imprescindível para a realização de qualquer procedimento no decorrer do ato de cuidar. Atualmente esta questão está em discussão, pois a prestação de cuidados evoluiu bastante e por outro lado os utentes têm maior acesso à informação e exigem que sejam respeitados nos seus direitos, tal como é descrito na Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina, artigo 5º que diz que “une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu’après de la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé” (Portugal, 2001: 15).

Os docentes entrevistados, relataram situações observadas durante os ensinamentos clínicos em que os estudantes tiveram presente a necessidade de solicitar o consentimento para a realização dos procedimentos aos utentes e por outro lado a forma como os docentes encaram o ensino destes aspetos.

“ (...)e tinham medo que a cigana lhes fizesse mal a eles portanto havia aqui medos de parte a parte foi uma situação mesmo caricata e depois também falando com a senhora a senhora não queria que meninas a vissem meninas que nem casadas eram a(...)” uce n° 1128 Khi2 = 12 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)como e que e a situação da privacidade eu acho que a privacidade e tapar o outro e depois sendo que tem porque se tem que ver imagine que eu preciso de ver os genitais ou preciso de ver de uma senhora e pedir autorização para e fazê-lo (...)” uce n° 1069 Khi2 = 16 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)fazê-lo com toda a dignidade o que a pessoa tem de fazer não e sei lá se eu precisar de auscultar uma senhora tenho que lhe pedir autorização se tenho que auscultar para baixo do seio tenho que lhe mexer no seio se calhar peço-lhe (...)” uce n° 1070 Khi2 = 14 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Nalgumas situações relatadas pelos docentes, os estudantes quando estão em ensino clínico deparam-se com determinadas situações, nomeadamente com a manutenção do sigilo relativamente à informação dos utentes, evidenciando dificuldades na gestão destas questões é apresentando dúvidas se as podem transmitir à restante equipa do serviço. Pela

análise das entrevistas percebe-se que estas não são temáticas suficientemente trabalhadas durante a componente teórica ou práticas laboratoriais.

O domínio destes princípios é decisivo para o estudante fazer uma reflexão acerca do seu comportamento e é um princípio ético que todos deveriam ter interiorizado, tal como nos diz Ferreira & Dias (2005: 28), “as circunstâncias podem modificar o comportamento, a qualidade moral de uma ação, porém se existir apoio, recorrendo a um conjunto de princípios éticos e morais, as atitudes e comportamentos manifestar-se-ão na vida do indivíduo de determinada maneira”. Os estudantes desenvolvem a competência ética ao longo do curso, apresentando maior clareza e profundidade de reflexão quando chegam ao 4º ano, em que devem ter uma visão global do contexto de cuidados, apresentar maior facilidade na identificação dos problemas éticos e ainda apresentar uma maior autonomia de reflexão individual para a tomada de decisão (Pacheco, 2011).

“ (...)depois na altura lá esta na altura das ocorrências os enfermeiros perguntarem então mas este senhor não tem família não tem visitas portanto a dúvida era diz que tem um filho mas ele não quer que o filho venha cá porque o filho o maltrata (...)” uce nº 945 Khi2 = 9 (uci nº 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)empáticos com o doente ou com o utente e depois não sabemos dar-lhe a informação sobre o assunto técnico em relação ao qual ele nos consulta essa competência relacional fica ela própria também vazia não e era isto.” uce nº 571 Khi2 = 9 (uci nº 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

Nos discursos dos docentes emergem que, por vezes, as dificuldades expressa pelos estudantes quando se pronunciam sobre o desfasamento entre o que aprendem em contexto teórico com o que encontram nos locais da prática clínica, nomeadamente no que se refere à solicitação do consentimento do utente, assim como na preservação da sua dignidade. Tal como já relatamos anteriormente há contextos de cuidados que, essencialmente por motivos economicistas, estão mais centrados na instrumentalidade relegando para segundo plano o contexto relacional dos cuidados e os direitos dos utentes nomeadamente ao nível da preservação da sua dignidade como pessoa.

Esta situação gera dificuldades no processo de aquisição de competências dos estudantes em ensino clínico e na valorização da componente relacional durante o cuidado ao utente.

“ (...)aquela técnica que eles aprendiam por exemplo a nível do banho não era minimamente respeitada e eles ficavam chocados com essas situações e depois comentavam ah nós andamos a aprender e não sei que e depois chegamos lá e aquilo

é assim (...)” uce n° 332 Khi2 = 14 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...)esse deambular na forma como por exemplo se proporciona as pessoas momentos em que estão efetivamente em que precisam de estar sozinhas o correr da cortina, o não destapar totalmente, o pedir, o pedir para poder destapar (...)” uce n° 603 Khi2 = 11 (uci n° 9 : *suj_09 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_2)

“ (...)era bom que não acontecessem essas situações mas muitas vezes pela negativa elas acontecem por exemplo estarem na sala de operações e verem a/ pessoa toda despedia e que é uma das coisas que eu por exemplo quando dou essa(...)” uce n° 387 Khi2 = 12 (uci n° 5 : *suj_05 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“ (...)não e aprendam a aprender. Estou-me a recordar de uma situação que foi muito constrangedora pela atitude de duas estudantes quer pela atitude também da própria utente portanto era uma senhora puérpera que tinha piolhos e que de raça cigana e que não queria nem tomar(...)” uce n° 1125 Khi2 = 12 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Nos discursos dos docentes também encontramos referências ao fato de os estudantes, muitas vezes, se esquecerem de promover a autonomia dos utentes e a sua independência, ferindo a preservação da intimidade. Os estudantes não conseguem avaliar globalmente cada situação e assim, têm dificuldade em compreender quando e em que circunstâncias podem ou não deixar o utente sozinho.

“ (...) às vezes o medo de fazer o que estão a fazer outras vezes por terem esse receio esse medo vão por aquilo que o utente diz já me aconteceu, posso dar exemplos já me aconteceu já há uns anos atrás mas isto já me aconteceu que era o utente tapava o estudante tapava o utente e o utente destapava-se e dizia não tenho vergonha e destapava e era uma senhora que estava numa enfermaria(...)” uce n° 1030 Khi2 = 29 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)determinadas intervenções em sala de tratamentos, o ir com o doente para a casa de banho e fechar a porta, não haver portas abertas com todas as pessoas a espreitar lá para dentro portanto esse tipo de situação eu vejo que há mais cuidado contudo também vejo que às vezes os próprios estudantes são porque estamos aqui a falar de estudantes os(...)” uce n° 1034 Khi2 = 25 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)todas as situações os estudantes são ensinados que não devem deixar os utentes/ sozinhos e às vezes isso também faz com que eles furem um bocadinho a/ privacidade do outro do género há um utente que está bem pode muito bem (...)” uce n° 1036 Khi2 = 7 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Outra questão relevante no processo de obtenção do consentimento dos utentes prende-se com o género dos estudantes que lhes presta cuidados. Há utentes que ainda ficam constrangidos quando são cuidados por enfermeiros/estudantes do sexo oposto ao seu. Este facto, reforça a importância de, nos primeiros contactos com o utente, o

estudante ter competências que lhes permitam aperceber-se da existência de algum tipo de constrangimento por parte do utente, que possa vir a comprometer todo o processo de relação. Como refere Chalifour (2008: 124) “a fase de orientação da relação tem início com o primeiro encontro”, e deverá orientar as fases seguintes para que esta se processe da forma esperada. Nesta fase o estudante não conhece o utente, são portanto dois estranhos que se encontram e assim o primeiro deve favorecer sempre um clima de confiança entre ambos de forma a clarificar os papéis assumidos por cada um no processo de cuidar, informando o utente acerca dos seus direitos e deveres. Desta forma, o estudante estará a preservar a dignidade e a intimidade do utente e a contribuir para o desenvolvimento de uma ajuda adequada.

“(…)não pronto tive uma vez uma estudante estávamos num contexto e era uma senhora que não queria ter um aluno um rapaz e portanto percebemos isso e o aluno também percebeu e portanto aliás melhor ele ficou com a senhora mas quando eram os(…)” uce nº 1009 Khi2 = 14 (uci nº 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…)vai comer e o outro que toma a posição o lugar do outro nem por nos que não/ percebemos que os estudantes tinham trocado assim entre si mas pronto depois/ tentou se resolver não sei se estas duas histórias ilustram(…)” uce nº 1136 Khi2 = 13 (uci nº 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…)estudante mas entretanto chegou a hora do almoço desse estudante e então o estudante passou o seu utente/ a uma outra colega e ele foi almoçar e ficou a colega para depois ir buscar(…)” uce nº 1131 Khi2 = 20 (uci nº 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…)foi pedimos apoio a um outro estudante rapaz que fizesse em vez da estudante e/ as coisas resolveram-se o que estava aqui em causa era o ser uma rapariga uma/ menina e pronto uma estudante uma futura enfermeira mas havendo homens no grupo(…)” uce nº 1133 Khi2 = 13 (uci nº 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Tal como já pudemos constatar o desenvolvimento das competências relacionais dos estudantes requer uma preparação teórica e teórico-prática antes de estes se depararem com situações reais, por outro lado esta preparação também contribui como fator facilitador da interiorização de todos os procedimentos inerentes ao cuidar. Estes procedimentos, muitas vezes associados à componente mais técnica do cuidar, nalgumas instituições, ainda é uma dimensão pouco visível e que é difícil ser quantificada em horas de cuidados, como o é a dimensão técnica da enfermagem. Podemos constatar este facto no discurso dos docentes quando relatam que os estudantes quando terminam o curso tendem a omitir da sua prática quotidiana o que aprenderam na academia e começam a atuar de acordo com o *modus operandi* predominante na prática clínica de cada instituição. Tal facto também foi constatado por Mestrinho (2012) quando no seu estudo

concluiu que existe um desfasamento entre a teoria e a prática na inserção profissional dos enfermeiros recém-formados, devido à organização funcional do trabalho dos enfermeiros nos hospitais. Também Pacheco (2011) constatou tal facto no seu estudo referindo que alguns estudantes manifestaram revolta com alguns comportamentos de profissionais de saúde, em que a prática nada tem a ver com o aprendido teoricamente.

“(...)precisamos usufruir dos serviços de determinadas instituições e quando lá chegamos quase já nem os reconhecemos enfim situações que terão a ver eventualmente com outros aspetos não sei mas em termos de competências eu penso que sim que o(...)” uce n° 445 Khi2 = 13 (uci n° 6 : *suj_06 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“(...)professor agora não pode ver isso e anda uns passos à minha frente e foi tapar/ o senhor e aconselhar e depois lá ficamos ali um pouco a aconchegar o senhor e/ e muito interessante que a pessoa que estava na maca a seguir que era uma(...)” uce n° 1437 Khi2 = 8 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Relativamente à subcategoria – intimidade, destacam-se as palavras tap+, destap+ e rest+, de entre ped+, precis+, uns, med+ e pergunt+. Tal como constatámos nos relatos dos docentes a intimidade está implícita no processo relacional dos estudantes durante todo o processo de cuidar o utente. O estudante de enfermagem começa a interagir com o utente nos ensinamentos clínicos, o que implica a necessidade de ter competências de respeitar a dignidade desse utente e para isso necessita de ter bases teóricas que o ajudem a perceber e a atuar dentro do que é esperado ou seja, dentro do que eticamente está correto indo de encontro ao seu código deontológico, bem como aos direitos do utente. Nos discursos de alguns docentes percebemos que as vivências dos estudantes são importantes para a aprendizagem, da mesma forma que “os professores podem contribuir para o desempenho de atribuições pela maneira como respondem ao trabalho dos estudantes” (Ferreira,2005: 168).

“(...)as vezes a vivência de uma experiência e a pessoa às/ vezes dizer que não se sente confortável ou pedir lhe as vezes se eles por/ alguma coisa se esqueceram de qualquer coisa a própria pessoa pedir ou mostrar(...)” uce n° 706 Khi2 = 11 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(...)tem que ser vistos pedir autorização para ver e explicar o que é que estamos a ver porque e que estamos a fazer daquela maneira tudo isto/ pode ser dito tem que se estabelecer uma comunicação com o utente (...)” uce n° 1072 Khi2 = 9 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

A intimidade do utente tem certamente uma condicionante individual e é considerada elementar na relação com o outro, quer a nível da comunicação, da prestação de cuidados

sem exposição corporal, assim como da prestação de cuidados com exposição corporal, sendo essencial que os estudantes estejam despertos para todas as situações, pois o que é íntimo para um utente não o é para outro. No entanto, deve ser e estar preparado para qualquer que seja o procedimento, o qual deve ser sempre considerado no âmbito privado, pois os limites da privacidade podem variar de cultura para cultura (Silva, 2007).

Salienta-se a importância da forma não-verbal de comunicação já que por vezes tem mais impacto do que a forma verbal, nomeadamente a forma como se olha ou se toca um utente.

“ (...) autorização para levantar o seio quando estiver a auscultar olho só aquilo que preciso de ver esse calhar desvio o olhar portanto todos esses procedimentos que são necessários temos que os ter presentes para o fazer nos genitais os genitais (...)” uce n° 1071 Khi2 = 18 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) é importante conhecer o doente para conseguir chegar também a essa privacidade do doente não tem a ver só com o tapar e o destapar o doente tem a ver até com o olhar com o tocar com a forma como estamos junto do doente.” uce n° 352 Khi2 = 9 (uci n° 5 : *suj_05 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

A metodologia utilizada para o processo de ensino-aprendizagem da dimensão relacional das competências tendo sempre presente a intimidade do utente seguiu em cada escola um referencial diferente, atendendo, tal como refere Mestrinho (2012), a uma ligação entre os objetivos institucionais, competências profissionais assim como as metodologias individuais seguidas por cada docente.

No discurso de alguns entrevistados pode-se constatar que utilizam como metodologia a análise das vivências dos estudantes, para os fazer compreender mais facilmente o que é a intimidade. Fernandes (2007) define esta metodologia como a aprendizagem centrada na experiência, uma pedagogia do acontecimento, que se traduz na formação pela experiência e permite aproximar a formação do ponto de vista do estudante. Esta metodologia é influenciada pelas correntes norte americanas da aprendizagem de Rogers. A experiência tem como função melhorar teorias e conceitos pré-concebidos através do encontro de situações reais que acrescentam diferenças ténues à teoria (Benner, 2001).

“ (...) vontade de estar a mostrar o corpo portanto perante eles que são uns jovens e portanto tento faze-los entender como e que eles se sentiriam naquela situação passarem um bocadinho para o outro lado e tentarem perceber como é que eles se

sentiam(...)" uce n° 977 Khi2 = 8 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

" (...)de outros profissionais de enfermagem, lembra-me de em relação as medicinas por exemplo de comentarem que muitas vezes os enfermeiros não atendiam a privacidade ca esta a pessoa idosa que esta numa cama numa medicina as vezes e uma coisa que ali esta não e não e uma pessoa com(...)" uce n° 329 Khi2 = 13 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

Na sua formação os estudantes são confrontados com a aquisição das várias dimensões das competências, e na preocupação de executarem corretamente os procedimentos técnicos, o processo de aquisição da competência relacional é relegado para segundo plano, pondo em causa a preservação da intimidade do utente, tal como é descrito nos discursos dos docentes. Salientam ainda que os estudantes têm dificuldade em compreender a importância de realizar determinadas ações, como por exemplo tapar os utentes ou colocar um biombo quando estão a realizar determinado procedimento, mesmo que não esteja seja invasivo. É difícil para os estudantes compreenderem que o simples puncionar uma veia periférica no membro superior e não "puxar a cortina" ou "colocar o biombo" para proteger o utente dos restantes na enfermaria é constrangedor e invade a intimidade do utente. Até a simples substituição de um estudante durante a hora das refeições destes, pode transformar-se num procedimento constrangedor e difícil para a inter-relação com o utente. Pelo discurso dos docentes percebemos que estes são aspetos ainda pouco trabalhados ao longo da teoria e que só parecem ganhar relevância em ensino clínico.

" (...)virtude de saber estar com o outro pela por aí por esse não sei se estou a dar a resposta a sua pergunta? ah isso aí também é muito profundo que e o tapar o utente em situações que o ponham a descoberto e este tapar do utente não e só o tapar com um pano ou com um lençol ou com um resguardo ou com uma bata as vezes também e tapar o utente com(...)" uce n° 1025 Khi2 = 24 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

" (...)muitas vezes sem comunicar quase com o doente sem lhe perguntar como e que ele se sente melhor sem lhe perguntar o que é que ele prefere sem preservar a intimidade ao nível por exemplo de ter a pessoa devidamente tapada com roupa portanto(...)" uce n° 331 Khi2 = 20 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

" (...)procedimentos portanto como nos temos as normas todas descritas portanto eles tem que ir mantendo a pessoa tapada por exemplo não temos cortinados mas temos biombo e vão buscar os biombo e poem os biombo e portanto isto-e trabalhado em(...)" uce n° 994 Khi2 = 9 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

" (...)perturbado e motivo para não estar tapado e foi muito interessante parece que/ houve ali um anjinho protetor que protegeu o professor naquele momento e correu/ tudo como nos livros que foi nos ela tapou o senhor eu só ajudei a por a(...)"

uce n° 1439 Khi2 = 9 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(…)com doze pessoas portanto isto foi em santa maria naquelas enfermarias grandes o estudante tentava tapar e era rapaz portanto aí havia um conflito de género e pronto isso muitas vezes também não é fácil para o estudante e prevarica porque(…)” uce n° 1031 Khi2 = 19 (uci n° 15 : *suj_15 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…)passado e as pessoas não são respeitadas ohh várias vezes, várias vezes não, não ia só dizer que também muitas vezes a nível das próprias consultas eu estava falar por exemplo dos serviços de internamento e serviços de medicina mas mesmo ao nível das próprias consultas muitas vezes não há preservação nenhuma da(…)” uce n° 333 Khi2 = 7 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

Para os docentes de enfermagem ressaltam algumas dificuldades em transferirem para os estudantes a essência das competências relacionais, pois pelos seus discursos, utilizam na sua maioria as suas vivências para transmitirem a forma como devem proceder perante os utentes. Por outro lado, muitas vezes, é apenas em ensino clínico que os estudantes se confrontam com estes factos (teóricos), nomeadamente quando invadem a intimidade dos utentes. A competência relacional para ser adquirida tem que ter sempre presente a competência ética dos cuidados, ou seja o respeito pela dignidade do utente.

2.2 - PERCEÇÃO DOS DOCENTES DE ENFERMAGEM SOBRE A FORMA COMO OS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM PRESERVAM A INTIMIDADE DOS UTENTES

Como objetivos do nosso estudo pretendíamos compreender e identificar como os estudantes da licenciatura preservam a intimidade do utente no decorrer da aquisição das competências relacionais. Através da observação dos estudantes obtivemos alguns resultados, que pretendemos clarificar com as entrevistas aos docentes, ou seja perceber como decorre o ensino-aprendizagem desta temática tão importante no processo de cuidar. A preservação da intimidade do utente é uma vertente do processo de cuidar que faz parte das competências éticas da profissão de enfermagem, porque a intimidade é um direito do utente que se liga à conceção de dignidade da pessoa e que está transcrita em vários documentos oficiais nacionais como internacionais, nomeadamente na Declaração de Lisboa sobre os direitos dos doentes, no código deontológico dos enfermeiros e na constituição Portuguesa, tal como referenciados anteriormente.

Quando analisamos a percepção dos docentes de enfermagem sobre a forma como os estudantes de enfermagem preservam a intimidade dos utentes verifica-se, no *corpus* analisado, que os docentes não relacionam a intimidade como um elemento das competências éticas.

A intimidade foi definida como a classe 3 do *corpus* das entrevistas em que o *Software Alceste* agrupou nesta classe palavras relacionadas com a intimidade do utente. Definimos a categoria **preservação da intimidade** a partir da leitura do *corpus*, destacando-se as palavras com raiz em, pesso+, intimidad+, privacidade, preserv+ e respeit+ com maior valor de qui quadrado.

No decurso das entrevistas pediu-se aos docentes que descrevessem o que significava para eles preservar a intimidade dos utentes, qual a importância que atribuíam a esse facto na prestação de cuidados, o que influencia ou não a preservação da intimidade e como transmitem e abordam os conhecimentos sobre preservação da intimidade.

Alguns docentes pronunciam-se sobre a intimidade relacionando-a com aspetos reprodutivos e sexuais, outros relatam-na como um cuidado que exige competências específicas e para outros significa respeitar o utente durante todo o processo de cuidar, não esquecendo o ambiente onde se prestam cuidados. Salientam ainda as diversas formas de comunicação que se utilizam e como se utilizam e acima de tudo relatam que a intimidade não é só física mas está presente em todas as dimensões do ser humano.

“(…) quando falamos de intimidade e de privacidade levamos logo para aspetos muito mais reprodutivos e sexuais eu não considero que sejam só esses os aspetos da privacidade portanto privacidade, intimidade vão muito para lá de nós podermos ter uma pessoa completamente vestida e estarmos a invadir a privacidade e intimidade dela portanto ela é realmente mais abrangente e a privacidade tem a ver com o respeitarmos o outro em todos os (...)” uce nº 13 Khi2 = 9 (uci nº 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

“(…) como que um integrar da dimensão de cuidado físico e da intimidade e/ privacidade da dimensão física mas depois gradualmente vão integrando também a/ dimensão da intimidade e privacidade do ponto de vista emocional e espiritual e (...)” uce nº 1182 Khi2 = 8 (uci nº 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(…) para mim é um cuidado, preservar e intimidade versos privacidade é um cuidado faz parte dos cuidados que nos temos que prestar e faz parte das competências dos enfermeiros portanto tem que ser uma competência do enfermeiro ele preservar a privacidade daquele (...)” uce nº 110 Khi2 = 5 (uci nº 2 : *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

A categoria **preservação da intimidade** foi dividida em duas subcategorias **preservação** e **relação empática** que se estabelece com o utente durante todo o processo de cuidar.

Relativamente à preservação as palavras associadas tem raiz em pesso+, intimidad+, privacidade, preserv+, respeit+, da e sej+. As palavras desta subcategoria remetem todas elas para a própria categoria - o processo de cuidar o utente.

Na opinião dos docentes a privacidade é extremamente importante porque tem a ver com o que é de mais íntimo na pessoa e relacionam-na com o que se refere ao corpo, o que se refere aos aspetos da vida íntima da pessoa ou aquilo que a pessoa nos conta do seu histórico (há aspetos a que o enfermeiro tem acesso a que quase mais ninguém, tem acesso dentro da equipa de saúde). Consideram também que os estudantes têm que ser preparados, ter competências para lidar com essa privacidade e perceber a sua importância, pois é um direito que faz parte das relações interpessoais, que é necessário preservar, tal como refere Ferreira & Dias (2005: 30) “o direito aponta o seguinte: respeita o outro, mesmo que te seja estranho, promove o bem comum, não faças nada para o prejudicar”.

“(…) privacidade da pessoa o respeito pela pessoa e pelo processo de cuidados portanto eu acho que faz todo o sentido é algo inerente ao próprio processo de cuidados portanto a importância que atribuo é elevadíssima significa assim cuidar de(…)” uce nº 687 Khi2 = 10 (uci nº 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(…) dentro do processo de cuidados portanto acho que já disse todas comunicação aspetos deontológicos éticos e deontológicos acho que já disse processo de cuidados sim. Muita atribuo muita importância acho que é aliás tentamos passar isso aos nossos estudantes que é importante cuidado e cuidar com qualidade e cuidar (…)” uce nº 686 Khi2 = 8 (uci nº 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(…) de forma adequada à pessoa um dos aspetos essências é preservar a intimidade e a/uma importância elevada não é, faz parte eu acho que isso e algo que deve estar inerente aos próprios cuidados e algo que os estudantes pronto quer aqui nas aulas práticas vai sendo falado e vão treinando portanto é um aspeto que é essencial que não se pode descorar de (…)” uce nº 1278 Khi2 = 2 (uci nº 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Por outro lado, também salientam que preservar a intimidade é respeitar o outro como um todo, um ser com ideias que tem os seus princípios, o seu modo de ser e de agir e assim “o ideal de ensino orienta-se por um conjunto de valores, atitudes e comportamentos dos professores e para a criação de momentos formativos e contextos que ajudam os estudantes a aprender e a cuidar” (Mestrinho, 2012: 213). A preservação da intimidade transmite aos cuidados uma dimensão humana, podendo ser considerada um princípio ético e um valor inerente ao ato de cuidar.

“ (...) que nos estamos a lidar com a intimidade da pessoa algo muito pronto que e da própria pessoa que nos temos que respeitar e temos que perceber até onde e que podemos ir e de facto tentar estabelecer uma relação de modo a deixar a pessoa mais(...)” uce n° 964 Khi2 = 7 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) deles a grande maioria eu acho que sai de facto com essa noção de que é importante preservar a intimidade que tem que respeitar o outro tem que olhar para a outra/ pessoa como pessoa que ela é e portanto respeita-la na sua integridade (...)” uce n° 1013 Khi2 = 7 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) sexualidade ou do aspeto reprodutivo que muitas vezes é esse o significado que a maior parte das pessoas lhe diz portanto preservar a intimidade é respeitar o outro em todo como um ser não é nas ideias que ele tem nos princípios (...)” uce n° 15 Khi2 = 5 (uci n° 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

Relativamente à preservação da intimidade/privacidade dos utentes, quando confrontámos os docentes com a pergunta em que altura do curso começa a falar nesta temática, obtivemos alguma semelhança entre as conceções acerca desta temática nos docentes das duas escolas. Enquanto na escola A os docentes relatam que consideram que se deveria começar a ministrar conteúdos para preparar os estudantes no primeiro ano, os docentes da escola B são convictos e dizem que começam no primeiro ano a abordar esta temática e até realçam o facto de terem unidades curriculares específicas, assim como um ensino clínico. Fernandes (2007) realça que tem importância a confrontação das referências teóricas com o que encontra na prática de forma a perceber qual o impacto e a adequação que têm sobre o sucesso ou insucesso da experiência. Neste sentido, a Escola B parece apresentar uma maior preocupação neste confronto da teoria com a prática nesta temática, uma vez que têm um ensino clínico específico direccionado para a aquisição de competências relacionais.

“ (...) desde o primeiro ano que eles se estruturam como futuros profissionais no sentido de perceberem que no entendimento na prestação de cuidados ao utente é fundamental este aspeto da preservação da intimidade da pessoa não é se a pessoa for(...)” uce n° 275 Khi2 = 9 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...) a mesma coisa por exemplo quando falamos das questões das necessidades humanas ou quando, nas aulas teóricas, ou quando falamos da comunicação da relação de ajuda também se faz sempre apelo a questão de preservar a intimidade da pessoa e a privacidade da pessoa nomeadamente quando estamos em conversas que mais ninguém deveria ouvir e que são(...)” uce n° 812 Khi2 = 7 (uci n° 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“ (...) primeiro ano mais para o segundo semestre, começamos a falar dos fundamentos e das primeiras técnicas do banho em que implica logo aqui o banho por si só ou temos também as ligaduras e algumas outras técnicas, (...)” uce n° 695

Khi2 = 0 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

A metodologia utilizada pelos docentes, centra-se essencialmente nas vivências e exemplos reais. No entanto, se há docentes que referem algumas dificuldades em abordar esta temática, há outros que revelam que primeiro abordam as conceções dos conceitos de intimidade e de privacidade, para de seguida partir para a reflexão através de situações concretas. Também se referem a momentos de laboratório em ambiente artificial com os manequins e momentos em contexto de prestação de cuidados com os utentes. Mestrinho (2012) refere que para reduzir a divergência entre teoria e prática devem-se promover reflexões sobre as temáticas apresentadas teoricamente e as aprendizagens em contexto real de cuidados de modo a promover a eficácia na docência.

“ (...) como é que eu ensino bem para os alunos perceberem a importância da preservação da intimidade dos utentes é preciso dar exemplos e preciso fazê-los ver que as pessoas que no momento na sala de aula são não existem são abstratas merecem o(...)” uce n° 513 Khi2 = 0 (uci n° 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

“ (...)é importante nós sensibilizarmos o estudante para isso uma-vez-que também os acompanhamos em ensino clínico e um aspeto que mesmo-que eles se esqueçam eu acho que nos temos atenção de os lembrar e de promover essa privacidade e(...)” uce n° 1279 Khi2 = 0 (uci n° 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) como transmito para já há a parte teórica, por assim dizer que expressada oralmente, as vezes, damos exemplos práticos, nas aulas práticas pela demonstração de como e que se pode fazer sem, nomeadamente na prestação de cuidados de higiene nas mobilizações nas mudanças de posicionamento quando se fazem determinados procedimentos mais invasivos obviamente que se reforça essa ideia nas aulas práticas há também os tais exemplos(...)” uce n° 784 Khi2 = 0 (uci n° 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

Nos discursos dos docentes outra das palavras que associam à preservação da intimidade é o respeito que se deve ter pelo utente no processo de cuidar e assim, alguns realçam a falta de maturidade dos estudantes para compreenderem este aspeto e por outro lado a formação pessoal de cada estudante que é também muito importante para adquirirem esta competência. Rua (2009) realça a importância das características da pessoa, do contexto, do processo e do tempo para o desenvolvimento desta dimensão das competências. Já Ferreira & Dias (2005) evidenciam que se o estudante não realizou o seu próprio crescimento pessoal, não consegue demonstrar respeito pelo utente. O desrespeito pelo utente, pelo direito de receber cuidados digna e humanamente, podendo causar danos, é imoral e eticamente inaceitável nas inter-relações entre o utente e o

estudante (Ferreira & Dias, 2005). Já Pacheco (2011), salienta que as competências éticas se vão adquirindo ao longo do curso.

O respeito, não é uma exigência ética apenas na comunicação verbal, mas envolve também a comunicação não-verbal ou seja, os comportamentos e as atitudes que se radicam não só na moralidade, mas também em princípios e valores pessoais. Efetivamente, o respeitar o utente é aceitar humanamente a sua realidade, com as suas experiências e demonstrando-lhe verdadeira consideração, aceitando-o como ele é, como ser único.

“ (...) intimidade da pessoa durante os cuidados. E cuidar a pessoa respeitando a aceitando a tal como ela e respeitando se a si próprio e prestando os cuidados acima de tudo tem a ver eu acho que com o respeito(...)” uce n° 1280 Khi2 = 13 (uci n° 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) passou ou não portanto as condições que são precisas para o outro compreender a mensagem passa tudo por aí a questão do respeito e é essencial e um direito fundamental do ser humano começa logo por aí independentemente de estarmos a(...)” uce n° 417 Khi2 = 12 (uci n° 6 : *suj_06 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“ (...) pratica quotidiana este respeito este cuidado pela intimidade do outro do ponto/ de vista relacional e espiritual ou emocional estão lá dentro estão dentro da/ relação pelo seu carácter de subjetividade nem sempre esta tão presente agora(...)” uce n° 1171 Khi2 = 11 (uci n° 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...) se ele entender aquela pessoa e a olhar com uma identidade a respeitar ela entende a necessidade da privacidade e intimidade daquela pessoa agora isso leva algum tempo a compreender e preciso amadurecer um bocadinho para poder compreender(...)” uce n° 510 Khi2 = 10 (uci n° 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

“ (...) significa exatamente cuidar da forma que eu gostaria de ser cuidada, ou seja respeitada, respeitado o corpo, respeitada a mente, respeitada a alma, todos os aspetos da vida do ser humano respeitados sempre, sempre em primeiro plano são aquelas(...)” uce n° 579 Khi2 = 10 (uci n° 9 : *suj_09 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_2)

“ (...) significa respeitar a pessoa no sentido de quando se presta cuidados portanto dar e importante o ambiente onde estamos no sentido não expor a pessoa portanto esse e um dos fator desde logo importante não expor a pessoa respeitar ver até/ uce n° 961 Khi2 = 8 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) é necessário que as pessoas tenham formação, competências que derivam da sua formação pessoal e do seu desenvolvimento pessoal e que mais importante que tudo se calhar e o respeito que precisam ter pelas pessoas a quem prestam cuidados e esse respeito e indispensável que seja visível na atitude (...)” uce n° 168 Khi2 = 6 (uci n° 3 : *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

Ainda na categoria **preservação da intimidade** definimos a subcategoria relação empática, a qual tem associadas as palavras com raiz em, human+, ouv+, compreend+,

empat+, estabelec+, palavra+, aspet, perceb+, relac+, pod+, fal+, tecnic+, quest+, relacion+, sendo que desta se destacam human+ e relacion+. Em enfermagem o cuidar fundamenta-se numa inter-relação entre o utente e o cuidador, sendo esta relação o eixo central do processo de cuidar, pois o utente torna-se uma pessoa vulnerável que requer cuidados humanizados e personalizados baseados em conhecimentos e atitudes adequadas que exigem ao estudante um cuidado de qualidade, aliando o “saber fazer”, o “saber estar” e o “saber ser” e é precisamente nesta última competência que se inclui a empatia. A relação empática é um dos requisitos mais importantes na inter-relação com o utente. Para Lazure (1994) a empatia tem como finalidade compreender o utente e manifestar essa compreensão, para isso é necessário manter o respeito pelo utente, preservando assim a sua intimidade.

“(…) respeito que o profissional tem para com a outra pessoa. Cuidar de forma humanizada é cuidar entendendo ao outro nas suas e varias vertentes isso nos dizemos que somos humanos somos seres humanos isso agora a questão do termo humanizado tem sido muito falado ultimamente mas para mim o cuidar de (...)” uce n° 451 Khi2 = 8 (uci n° 7 : *suj_07 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

Nesta subcategoria emergem também outras exigências para a relação empática, nomeadamente a humanização dos cuidados prestados pelos estudantes. Quando se perguntou aos docentes o que significa para eles cuidar de forma humanizada, as respostas foram quase unânimes ao afirmarem que significa, cuidar de forma holística tendo em conta todas as perspetivas a biológica, psicológica, social e espiritual. Defendem, que significa observar a pessoa no seu todo atendendo a todas as suas dimensões, a todas as suas necessidades, tendo em atenção tanto as competências técnicas como as competências relacionais.

“(…) forma humanizada e atender aquela pessoa no seu todo no seu passado na sua cultura perceber o-que-e-que ele quer o-que-e-que ele espera dos nossos cuidados o-que-e-que ele sabe porque e que ele esta ali internado isso para mim e que e o (...)” uce n° 452 Khi2 = 6 (uci n° 7 : *suj_07 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“(…) aquilo que seria a reserva da vida privada. Cuidar de forma humanizada tem na minha perspetiva mais-do-que uma vertente por um lado o cuidado humanizado e aquele-que e determinado em função daquela pessoa portanto nos temos uma noção de um cuidado que uma determinada pessoa requer (...)” uce n° 175 Khi2 = 5 (uci n° 3 : *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

O cuidado humanizado traduz-se numa implicação concreta do “eu” pessoa com “o outro” pessoa, numa relação de grande proximidade. Não se trata de interferir na privacidade do outro mas de estabelecer uma grande proximidade entre o que o outro é como pessoa e o que eu sou enquanto pessoa. Esta situação nem sempre é fácil para o estudante no início do seu percurso de aprendizagem, em que ainda não domina muitos dos conhecimentos e não adquiriu muitas das competências necessárias para esta prestação de cuidados. Alcançar o significado da vida no processo de cuidado inclui não somente funções técnicas, mas também a competência de perceber e compreender o ser humano, como ele é, como ele está no seu mundo (Bettinelli, Waskiewicz & Erdmann, 2003).

“(…) abordagem também que tem em conta as questões multiculturais eu penso que ser a questão do cuidado humanizado tem a ver com uma implicação concreta do eu pessoa com o outro pessoa uma relação de grande proximidade sem ser propriamente de(…)” uce nº 766 Khi2 = 5 (uci nº 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“(…) portanto cuidar é de facto bastante abrangente, voltamos aquela história da questão de cuidar de forma holística da pessoa como um todo olha lá como um todo e não como partes individualizadas de forma humanizada penso que e o facto de se prestar cuidados personalizados de-acordo-com(…)” uce nº 396 Khi2 = 21 (uci nº 6 : *suj_06 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“(…) o cuidar tem que ser humanizado portanto está implícito dentro do cuidar e como esta implícito dentro do cuidar eu entendo cuidar e abrangente ou seja e o chapéu grande onde o enfermeiro tem que prestar todos os cuidados de-acordo-com os(…)” uce nº 104 Khi2 = 16 (uci nº 2 : *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“(…) enfermeiro porque isso faz parte do conceito de cuidado de enfermagem não é quando cuidados no âmbito da enfermagem temos que atender entre outros aspetos à privacidade da pessoa. Eu acho que não há cuidar de outra forma porque cuidar de uma forma humanizada é atender à pessoa o objeto de estudo dos enfermeiros são as pessoas não é portanto humanizar os cuidados e atender as particularidades de cada-um e atender (…)” uce nº 631 Khi2 = 12 (uci nº 10 : *suj_10 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_3 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(…) competências relacionais essencialmente parece me a mim que sejam essas. E extramente importante, portanto ninguém gostara de recorrer a uma instituição de saúde e de facto não tenha direito a sua privacidade não e isso e uma questão básica até mesmo do ser humano cuidar de forma humanizada (…)” uce nº 395 Khi2 = 13 (uci nº 6 : *suj_06 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“(…) seja adequado e esse e que e o cuidado humanizado na minha perspetiva obviamente. as competências relacionais são aquelas que tem em vista o estabelecer de uma relação empática entre o utente ou a utente e os profissionais isto porque sem-que um utente confie no profissional não e possível dizer que há uma(…)” uce nº 178 Khi2 = 14 (uci nº 3 : *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“(…) que o utente se sinta bem se não estiver protegido nesse sentido portanto é dos princípios mais importantes e estabelecer a privacidade de cada-um a

intimidade de cada-um. Cuidar e humanizar são dois aspetos muito abrangentes e muito complexos eles estão interligados porque eu não consigo perceber que alguém não cuide sem humanização e não seja capaz de ser humano e seja capaz de cuidar (...)” uce n° 6 Khi2 = 11 (uci n° 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

“ (...) pessoa no seu mundo e na sua experiencia cultural e pessoal por-isso a visão humanizada terá que ter em conta a questão técnica, a questão da relação e eu diria mesmo da ternura do cuidado atencioso da preocupação genuína com o outro eu diria até quase uma relação amorosa no sentido da atenção ao outro depois as questões da espiritualidade as questões da cultura a (...)” uce n° 765 Khi2 = 9 (uci n° 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

Alguns docentes salientam que muitas vezes se utiliza a expressão “cuidar de forma humanizada”, mas que é necessário explicar aos estudantes o que é esta “forma humanizada”. É necessário evidenciar aos estudantes que as características da relação empática, da relação de ajuda, são os pilares fundamentais da humanização dos cuidados. Outros referem que é necessário sublinhar junto dos estudantes, estas temáticas para que as reflitam, discutam, analisem e as possam colocar em prática na sua prestação de cuidados. Há também docentes que salientam que nunca utilizam a palavra humanização, porque consideram que é uma palavra muito “vaga” e que diz pouco ou não traduz o que é na realidade a humanização de cuidados ao utente. Atualmente emergiu o conceito de humanidade⁴³ em enfermagem nos discursos de alguns docentes entrevistados, mas tal como refere Simões, Rodrigues & Salgueiro (2008: 8), é uma “questão atual e pertinente, carecendo de um maior esforço de investigação, fundamental e aplicada” para um melhor conhecimento da filosofia da humanidade. No nosso estudo optámos utilizar o termo humanização⁴⁴.

“ (...) relativamente aos cuidados. Cuidar de forma humanizada, isso e um daqueles chavões que nos utilizamos muito e depois se calhar na altura temos alguma dificuldade em definir o cuidar de forma humanizada e cuidar de forma (...)” uce n° 838 Khi2 = 6 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) cuidados humanizados também, também são um chavão e os cuidados humanizados tem que ter uma base sólida de formação por trás não e só porque falei com o senhor x ou com a senhora y que lhe perguntei o nome que não sei que (...)” uce n° 253 Khi2 = 4 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

⁴³ Humanidade – conceito de natureza antropológica que nos descreve as raízes da condição humana o que constitui a sua essência (Phaneuf, s/d).

⁴⁴ Humanização – é o ato de humanizar, é uma medida que visa sobretudo tornar efetiva a assistência ao individuo doente, tornando-o humano e dando condições humanas (in dicionário informal <http://www.dicionarioinformal.com.br/humaniza%C3%A7%C3%A3o/>)

“ (...) nomeadamente o respeito pela dignidade da pessoa pela humanidade da pessoa dizem alguns autores pela humanidade da pessoa porque ainda é necessário eu digo ainda porque quem sabe um dia nos vamos já não precisar de falar no assunto porque a(...)” uce n° 1360 Khi2 = 1 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)é sempre humanizado provavelmente o que se querará dizer é um cuidado com maior consciência do que é a outra pessoa e com uma maior sensibilidade mas não é uma palavra que eu utilize regularmente no meu dia a dia nem na conversa com estudantes. uce n° 1458 Khi2 = 1 (uci n° 19 : *suj_19 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_1 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) falamos é importante eles perceberem e nunca é demais a gente falar na individualidade da pessoa nos cuidados humanizados porque as matérias acabam sempre por se interligar umas com as outras portanto até mesmo uma disciplina que a partida(...)” uce n° 425 Khi2 = 12 (uci n° 6 : *suj_06 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

A humanização está sempre subjacente à privacidade, ou seja não se conseguem prestar cuidados humanizados, se não se tiver em consideração a intimidade do utente.

“ (...) visível mas o assegurar as necessidades humanas tem que ser feito num ambiente de privacidade mesmo por exemplo converso muitas vezes uso esse exemplo, por exemplo mesmo na alimentação nos pela organização dos cuidados ou dos serviços quando o utente tem capacidade de mobilidade e convidado ou o almoço a refeição e servida na sala de refeições costumo sempre perguntar aos estudantes se(...)” uce n° 1224 Khi2 = 0 (uci n° 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Nesta subcategoria (relação empática), outras das palavras com qui-quadrado mais elevado é a palavra com raiz em relacion+, pois tal como já salientámos a prestação de cuidados em enfermagem tem na sua essência a inter-relação entre o utente e o cuidador e constitui-se como um componente essencial no processo de cuidar. Possuir as competências técnicas e científicas é importante na prestação de cuidados ao utente, mas não conseguir estabelecer uma relação empática com o utente pode colocar em risco a evolução do seu estado de saúde ou mesmo a sua recuperação. Takaki & Sant’Ana (2004) no seu estudo concluíram que os enfermeiros têm conhecimento e sabem a importância do desenvolvimento da empatia, no entanto, não a desenvolvem devido a fatores como: falta de tempo, influência de fatores emocionais do profissional e falta de valorização pela própria equipa.

“ (...) nos falamos como o/ estabelecimento da relação empática que e tentar perceber e compreender quais/ são os sentimentos daquela e daí prestar cuidados tendo em consideração essa, essa questão sob o ponto de vista relacional(...)” uce n° 850 Khi2 = 19 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…) relacional o-que-e a relação entre um enfermeiro portanto acho que temos aqui um pano para mangas muito, muito diverso e pode ser avaliado a vários níveis portanto essa questão do afetivo eu acho que já punha diretamente de lado o estabelecimento da relação empática que e o tentar compreender e o estabelecer uma relação, de forma(…)” uce n° 851 Khi2 = 15 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…) ora competências essencialmente pronto competências relacionais, não e, que a pessoa saiba cuidar do outro relacionando se com ele comunicando aquelas questões da empatia e depois as competências técnicas que de facto andam aliadas umas as outras e não se podem de alguma forma desligar competências técnicas(…)” uce n° 394 Khi2 = 11 (uci n° 6 : *suj_06 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

Também a nível da relação empática, os docentes referem como um fator dificultador do estabelecimento da relação empática, a falta de maturidade dos estudantes, nesta fase da sua trajetória de vida. De facto, a maturidade dos estudantes caracteriza-se por alterações nas funções psicológicas, determinadas por processos cognitivos em constante progressão durante toda a sua vida e que no momento em que frequentam o curso, ainda estão longe de estar plenamente atingidos. Torna-se então fundamental que os docentes desenvolvam estratégias e apoiem os estudantes na análise, discussão e reflexão, ajudando-os a paulatinamente irem consolidando a sua maturidade. Logo, para que se desenvolva a relação empática os estudantes devem possuir um “bom” nível de maturidade, estabilidade emocional e autoconhecimento, para que se desenvolva um relacionamento de respeito mútuo, reconhecendo sempre a cultura, crenças e valores do utente (Takaki & Sant’Ana, 2004).

“(…) transmitir tentando relacionar e tentando dar uma solução uma solução de interesse aquela pessoa portanto são as vezes pequenos, pequenos sinais que mostram a utilização dos instrumentos a empatia a comunicação que são traços visíveis portanto da sua maturidade ou da sua evolução em termos relacionais. uce n° 526 Khi2 = 1 (uci n° 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

Também as metodologias de ensino são fatores que influenciam a aquisição da competência empática pelos estudantes. Tal como relatam os docentes, existem diferenças no processo de ensino-aprendizagem dos pressupostos inerentes à relação de ajuda por parte dos estudantes. O processo de formação, no que diz respeito à relação empática, deve ser um processo empreendedor que exige concentração assim como motivação, pois é essencial que o estudante se sinta disponível para “dominar” estes conceitos.

“ (...) portanto fiz o curso há vinte e cinco anos e isto não era falado desta maneira já era dada importância de facto a maneira como nos relacionávamos com o doente, a empatia portanto era uma palavra muito utilizada tínhamos que estabelecer empatia com a pessoa no-entanto agora acho que as coisas estão mais planificadas ou mais não sei mais claras talvez e também acho que é diferente precisamente por(...)” uce n° 1004 Khi2 = 1 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...) são trabalhadas através dos conceitos teóricos das técnicas relacionais pronto e portanto primeiro os conceitos e depois nas aulas práticas por em prática esses conceitos com situações clínicas simulação de prestação de cuidados e assim(...)” uce n° 667 Khi2 = 0 (uci n° 10 : *suj_10 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_3 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

Também o respeito é aqui mencionado pelos docentes como importante para manter esta relação empática com o utente.

“ (...) o respeito pelo outro pela pessoa e relacionar se de uma forma genuína congruente com aquilo que é feito e acima de tudo nos prepararmos e prepararmos os estudantes para conseguirem fazer o seu melhor e prepararem se sempre para se (...)” uce n° 1281 Khi2 = 1 (uci n° 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Portanto, o saber ser e o saber estar são novamente mencionados pelos docentes como aspetos importantes da prestação de cuidados e que poderão influenciar esta inter-relação com o utente durante o processo de cuidar.

“ (...) lhe estamos a provocar e a resposta que ela nos está a dar. Competências relacionais tem a ver com saber ser saber estar e a maneira como a pessoa se como e que ela se relaciona com o outro (...)” uce n° 959 Khi2 = 0 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Passamos à categoria **processo de cuidar** em enfermagem e na qual definimos duas subcategorias de acordo com a divisão feita pelo programa *Alceste*, competências relacionais e competência técnico-científica. Nesta categoria (**processo de cuidar**), salientamos as palavras com raiz em cuid+, humaniz+, cuidados, prest+, corpo e atend+. O cuidar depende de um processamento de cuidados que se constrói a partir de uma mobilização de competências que interagem entre si com o objetivo de satisfazer as necessidades do utente (Collière, 1989). Portanto, compreender o significado da vida para o utente no processo de cuidar, inclui não somente competências técnicas, mas também a competência de compreensão e aceitação do utente como ele é, como está no seu mundo e como desenvolve a sua identidade (Bettinelli, WasKievicz & Erdmann, 2003).

A prestação de cuidados não pode estar desvinculada e descontextualizada do utente na sua totalidade e da especificidade das suas necessidades. Logo devemos valorizar o utente como um todo pois se isto acontecer não estamos a prestar cuidados atendendo às suas dimensões física, psíquica, social e espiritual.

“ (...) como eles valorizam realmente o que e dito pela outro pela pessoa que esta com/ os problemas traduz se pela, pela, pelo levantamento das problemáticas/ inerentes a uma determinada situação, traduz se pelo modo como eles planeia a/ resolução dessas situações e tudo isto traduzido muito numa situação de/ parceria entre o aluno e o próprio, e o próprio utente acho que isso e a chave/ para uma boa prestação de cuidados. uce nº 287 Khi2 = 0 (uci nº 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...) mais uma boa prestação de cuidados e um todo portanto nos não podemos estar a dividir essa prestação de cuidados em partes ou avaliarmos a atuação daquele aluno, a prestação de cuidados daquele aluno ao utente globalmente e percebermos que ele manipula também os aspetos técnicos como manipula bem os aspetos que estão inerentes as questões relacionais portanto isto-e um dois em um não podemos separar (...) ” uce nº 294 Khi2 = 9 (uci nº 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...) esta diretamente relacionado com o facto de nos ao prestarmos esses cuidados termos que contemplar todas estas dimensões individuais de cada pessoa portanto não podemos dizer que prestamos cuidados humanizados da mesma forma a todas as (...) ” uce nº 841 Khi2 = 7 (uci nº 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Alguns docentes salientam, nos seus discursos, que a privacidade é inerente e fundamental em todo o processo de cuidar. Se o enfermeiro não atender a esta dimensão do cuidar, então não se trata de um cuidado de enfermagem.

“ (...) E assim se nos cuidados o humanizado já devia estar implícito no cuidar portanto não pode ser separado portanto quando se cuida o humano está lá dentro portanto cuidar de forma humanizada para mim é pleonasmo não pode haver cuidar de forma humanizada (...) ” uce nº 103 Khi2 = 19 (uci nº 2 : *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

As palavras mais valorizadas refletem a opinião dos docentes acerca da preservação da intimidade dos utentes em todo o processo de cuidar e traduzem-se na humanização dos cuidados e em não expor o corpo e a “alma” do utente. Estas são dimensões que preocupam os docentes no seu dia-a-dia e que tentam transmitir aos estudantes, tanto na componente teórica, como na componente prática do curso, visando sempre, que estes, preservem e salvaguardem a intimidade do utente, em cada ato do cuidar.

“ (...) nos prestamos cuidados em nome da privacidade em que deixamos as pessoas em grande solidão e portanto só por si proporcionamos privacidade do ponto

de vista do recurso físico mas não proporcionamos intimidade nem privacidade do ponto de (...)” uce nº 1166 Khi2 = 16 (uci nº 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(...)agora procurar uma palavra que me substitua a relação não querendo utilizar uma palavra da mesma família em que o enfermeiro consegue estabelecer uma interação com aquela pessoa, de forma, a que exista uma abertura da parte do outro que e aquele-que nos prestamos cuidados de formas a que ele sinta que nos somos dignos da sua confiança e que prestamos cuidados de enfermagem sem fazer juízo de valor e que acima de tudo o doente (...)” uce nº 844 Khi2 = 13 (uci nº 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(...)presente a vontade e o desejo do outro aquilo que ele quer depois a questão importantíssima do segredo profissional da confidencialidade do não ser invasivo do espaço pessoal do outro e do corpo do outro a atenção que se deve ter ao toque (...)” uce nº 773 Khi2 = 16 (uci nº 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“(...)privacidade é sem dúvida nenhuma o enfermeiro não é porque o enfermeiro tem/ contacto nomeadamente com o corpo da pessoa como mais nenhum técnico tem não e/ pensemos por exemplo nos cuidados de higiene e conforto para não irmos mais (...)” uce nº 243 Khi2 = 13 (uci nº 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(...)profissão da saúde porque muitas atividades podem ser realizadas por um-qualquer profissional mas a relação que cada enfermeiro estabelece em cada ato de cuidado que só o enfermeiro sabe (...)” uce nº 1423 Khi2 = 21 (uci nº 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Os discursos dos docentes revelam que na centralidade da sua atuação formativa está a preservação da intimidade do utente, uns realçam a importância da intimidade dos utentes em todo o processo de cuidar outros apenas quando há exposição do corpo do utente. Na prática profissional, todas as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa (OE, 2009).

Nesta categoria (**processo de cuidar**), definimos duas subcategorias (competências relacionais e competência técnico-científica) sendo a primeira nomeada de competências relacionais, de onde se salientam as palavras com raiz em modo, *chav+*, *inerente*, *cuid+*, *humaniz+*, *fis+*, *signific+*, *cuidados* e *prest+*.

Para alguns docentes a humanização dos cuidados é uma palavra “chavão”, pois segundo os mesmos aos cuidados de enfermagem está sempre inerente a humanização. O enfermeiro ao ser responsável pela humanização dos cuidados tem o dever de conceder uma prestação total de cuidados ao utente, inserido na família e na comunidade, criando também um ambiente adequado para o desenvolvimento das capacidades do utente (Ordem dos Enfermeiros, 2009). A palavra humanizar está ligada ao cuidado e no *corpus* das entrevistas está patente esta relação, pois quando os docentes falam em cuidado, esta vem sempre acompanhada da palavra humanizar. Neste caso, a percepção é de que “o cuidado seja uma consequência da humanização” (Waldow & Borges, 2011: 416).

“ (...)cuidar de forma humanizada, humanização é um chavão e humanizar também é um chavão no entanto esse conceito esta muito ligado ao personalizar e individualizar para isso é importante conhecer a pessoa e conhecer as necessidades daquela pessoa para corresponder (...)” uce n° 347 Khi2 = 16 (uci n° 5 : *suj_05 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“ (...)o cuidado olhar aquela palavra, aquela palavra chave que nos utilizamos que é de uma forma holística mas que de facto e isso significa isso mesmo e olhar para a pessoa quando se esta a prestar cuidado prestar portanto aquilo que ela esta a sentir portanto aquilo que nos (...)” uce n° 958 Khi2 = 9 (uci n° 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)eles já nem ouvem portanto aquilo que é novo vamos aquilo que é diferente vamos aquilo que são os cuidados específicos a esta pessoa e portanto aquilo que eles dizem que é o chavão preservar a intimidade da pessoa muitas vezes (...)” uce n° 921 Khi2 = 7 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)para uma prestação de cuidados humanizada o meu entendimento em concreto claro que só faz uma prestação de cuidados humanizada quem esta preparado para ela não e quem esta preparado para ela porque isto também e um chavão esta coisa dos (...)” uce n° 252 Khi2 = 2 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

Atualmente, deparamo-nos com um “sistema de cuidados, influenciado pela busca dos melhores resultados no tocante aos ganhos financeiros imediatos” (Bettinelli, WasKievicz & Erdmann, 2003: 234), o que faz com que o ambiente do processo de cuidar se esteja a tornar pouco humanizado. Na verdade, a prestação e cuidados dos enfermeiros é quase perfeita em termos das competências técnicas, mas em termos das competências relacionais parecem persistir algumas lacunas, pois os utentes deixam de ser o centro das atenções e são, por vezes, transformados em “objetos” do cuidado e fonte de lucro das instituições, perdendo assim a sua identidade como pessoa (Bettinelli, WasKievicz & Erdmann, 2003). No entanto, em termos da formação dos estudantes é sempre incutido que associada à prestação técnica tem que estar sempre presente a relação com o utente, ou seja as competências relacionais são inerentes ao cuidar o utente em todas as suas dimensões, tal como podemos ver no discurso de alguns docentes.

“ (...)as competências relacionais sem ir à procura agora do conceito são as competências inerentes ao cuidado de enfermagem relacionais com a relação que e estabelecido entre o enfermeiro e a pessoa só que não são umas competências que eu vejo (...)” uce n° 1362 Khi2 = 6 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)cuidado humanizado competências relacionais assim em poucas palavras, e saber estar com o outro e compreender o outro e no fundo o outro perceber que esta a ser cuidado e que esta a ser ajudado não só ele mas também a família sobretudo. uce n° 453 Khi2 = 13 (uci n° 7 : *suj_07 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“(...)essas serão as transversais que interligam com todas as outras e tem a ver com a forma como se estabelece a relação no fundo como se comunica como se interage por ai. No processo de cuidados respeitar outra vez associando o respeito parece que estou com o disco riscado mas manter o outro no seu (...)” uce n° 1283 Khi2 = 12 (uci n° 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(...)que as competências instrumentais e relacionais são algo portanto que e teoricamente separamos para falar delas mas estão muito, muito ligadas entre si não e possível prestar um bom cuidado técnico sem cuidar em termos relacionais agora o relacional também não pode ser oco sem o cuidado técnico la porque perde qualidade não e se nos somos todos muito afetuosos muito (...)” uce n° 570 Khi2 = 6 (uci n° 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

“(...)isso porque creio que os estudantes ainda olham começam por olhar muito por olhar o doente como um objeto a quem prestar cuidar cuidados não por ma intensão ou por desrespeito penso que faz parte da própria evolução é o objeto de cuidados (...)” uce n° 511 Khi2 = 3 (uci n° 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

Existe uma linha ténue entre o que se deve ou não fazer e dizer no contacto com o utente e isso, por vezes, é uma barreira difícil de manter pelos estudantes de enfermagem. Tal como verificámos anteriormente, alguns não a conseguem manter e ultrapassam-na invadindo a intimidade dos utentes, mas esta é uma invasão muitas vezes inconsciente, mas que apesar disso deixa o utente vulnerável na sua condição de ser humano, num ambiente adverso. A enfermagem é baseada numa relação simétrica, em que por parte do estudante se traduz numa necessidade para humanizar o processo de cuidar (Bettinelli, WasKievicz & Erdmann, 2003). Logo, é importante que a nível da sua formação esta seja uma temática abordada e constitua um dos objetivos do ensino-aprendizagem, pois aquisição de uma competência requer, “o domínio prévio ou paralelo dos fundamentos teóricos dessa competência” (Collière, 1989: 245).

“(...)como essencial, como essencial e a aprendizagem do estudante para isso para-que ele/ não seja mais um técnico de saúde como se diz agora ou um profissional de saúde/ como os outros mas que seja um profissional de saúde que não e o dos cuidados/ mas como eu gosto de dizer que seja da relação de cuidado porque os cuidados/ prestam se numa relação sempre então essas competências relacionais (...)” uce n° 1426 Khi2 = 11 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(...)tem que ser preparados ao longo da formação para-que quando prestem cuidados/ tenham que atender a privacidade da pessoa sem-duvida nenhuma que e um aspeto, e um aspeto muito importante na relação de ajuda eles aprendem (...)” uce n° 245 Khi2 = 12 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(...)ligação muito grande entre os dois conceitos os dois termos portanto a definição quer um significado só não e portanto o significado e tratar e lidar e orientar e supervisionar alguém de forma humana e com todos os cuidados (...)” uce n° 7 Khi2 = 6 (uci n° 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

“(...)é uma das coisas logo fundamentais que nos abordamos com os estudantes portanto e importância de manter portanto a intimidade da pessoa e de respeitar a pessoa. Cuidar de forma humanizada significa cuidar olhar portanto cuidar da pessoa como uma pessoa o ser o ser que ela e é portanto não olhar apenas em termos físicos mas sim também em termos do que a pessoa esta a sentir quando estamos a prestar (...)” uce n° 957 Khi2 = 9 (uci n° 14: *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Emerge assim, uma outra conotação para o processo relacional do cuidado, que é a intimidade e a necessidade de em todo o processo de cuidar, respeitar o utente na sua globalidade e não apenas quando se está a expor alguma parte do corpo. Aos estudantes deverá ser transmitido que a intimidade não está apenas presente na exposição do corpo, mas em todo o processo de prestação de cuidados e em todo o envolvimento direto indireto e comunicação verbal ou não verbal. Nos discursos dos docentes transparece que ao longo da formação é dada a importância necessária para que os estudantes adquiram as competências relacionais tendo sempre em atenção a intimidade dos utentes e respeitando a vontade do mesmo.

“(...)respeito pela pessoa pela identidade daquela pessoa que esta ali a nossa frente. As competências relacionais são as competências as habilidades as capacidades o mostrar no caso do enfermeiro não e que respeita a pessoa ou seja as competências relacionais elas estão inerentes (...)” uce n° 500 Khi2 = 5 (uci n° 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

“(...)ao utente dele um conjunto de competências dentro das competências relacionais que são inerentes a essa competência e que passam por a competência de bem comunicar a competência de respeito a competência da empatia (...)” uce n° 133 Khi2 = 4 (uci n° 2 : *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“(...)pessoa competências nesse domínio também acho fundamental enfim são assim de/ uma forma geral estas, estas que eu acho. A privacidade eu acho que e uma coisa inerente ao cuidado de enfermagem quer dizer não podemos destacar só há cuidado de enfermagem em privacidade com privacidade no respeito pela intimidade das pessoas só que eu vejo o respeito pela (...)” uce n° 1353 Khi2 = 4 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(...)da privacidade da pessoa aqui há dois aspetos há a privacidade como é que eu ei de dizer há a privacidade em relação ao corpo não é em relação aos cuidados que se prestam ao corpo e há a privacidade em relação aos aspetos da vida íntima (...)” uce n° 247 Khi2 = 8 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(...)significa respeitar o outro em toda a sua, em toda a sua dimensão não ser algo que façamos assim chapa cinco para todos mas a-medida-que nos vamos conhecendo a outra pessoa, respeita lo e preservar aquilo que os seus valores as suas crença e tal e qual como o seu corpo não ser ali não ser só a parte física mas respeita lo também nas outras dimensões não sei se estou a ser clara. uce n° 1460 Khi2 = 4 (uci n° 19 : *suj_19 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_1 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

A relação que se estabelece com o utente deve ser uma relação de confiança e de compreensão, pois só assim se pode dizer que estamos a prestar cuidados humanizados, cuidados adequados a cada utente. Esta relação que se estabelece pressupõe o desenvolvimento do sentimento de empatia entre o estudante e o utente, pois do sucesso da relação depende na maioria das situações o sucesso da recuperação do utente (Takaki & Sant'Ana, 2004). O utente quando comunica com o estudante cria, na relação, uma expectativa de ser compreendido (Chalifour, 2008) e, para tal, deve demonstrar a sua compreensão, o que só acontece se o estudante tiver adquirido os conhecimentos e as atitudes em contexto teórico. Também os docentes referem que a empatia faz parte das competências relacionais que o estudante deve desenvolver durante todo o seu percurso académico.

“ (...)possa confiar acho que acima de tudo passa por uma relação de confiança entre o prestador e o nosso cliente ou o nosso o doente a quem nos estamos a prestar cuidados portanto as competências relacionais obviamente (...)” uce n° 845 Khi2 = 10 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)da lugar a essa relação empática e é isso que no meu entender e uma competência relacional. E não expor as pessoas mais-do-que o necessário e quando digo não expor as pessoas mais-do-que o necessário e não expor fisicamente e não expor emocionalmente e ser capaz de fazer leituras sem-que haja uma exposição exagerada das pessoas. uce n° 180 Khi2 = 9 (uci n° 3 : *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“ (...)como no que diz respeito a intervenção emocional a intervenção a envolvente da pessoa ou seja nos precisamos de compreender uma pessoa compreender o seu contexto compreender as suas necessidades para depois lhe prestar um cuidado que lhe (...)” uce n° 177 Khi2 = 8 (uci n° 3 : *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“ (...)termos dos conhecimentos que detém e em concreto da prestação de cuidados que esta a desenvolver a uma determinada pessoa, se o aluno estiver inseguro não sabe, é um cata vento, não sabe para que lado se haverá de virar e portanto o que ele realmente tem em primeira linha na sua cabeça é desenvolver a técnica corretamente e portanto todo o outro aspeto do relacional fica para segundo plano (...)” uce n° 267 Khi2 = 0 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

Por outro lado, ao falar de empatia nas competências relacionais, é necessário conceituarmos o processo de comunicação que se estabelece durante o processo de cuidar já que é através da comunicação verbal e não-verbal que podemos levar o utente a sentir-se como um ser humano digno (Takaki & Sant'Ana, 2004). Nos discursos dos docentes verifica-se que estes também realçam a comunicação não-verbal como um dos aspetos que os estudantes devem ter em conta no processo de cuidar, já que esta é igualmente

valorizada pelos utentes, para sentirem confiança e compreensão na pessoa que o está a cuidar.

“ (...)ouvir e adequar a atividade a realizar aquilo que e o desejo da pessoa e portanto será uma ma pratica tudo aquilo que vai para lá do indispensável e eu acho que isso se poe mais nas questões que tem a ver com a parte física e nomeadamente (...) ” uce n° 204 Khi2 = 9 (uci n° 3 : *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“ (...)aspetos mesmo naquilo que ele diz no que ele fala o modo como se move, como se sente, como se senta como fala se tem algum problema quer comportamental quer físico portanto tem a ver com esses aspetos todos não tem a ver só com a questão da (...) ” uce n° 14 Khi2 = 6 (uci n° 1 : *suj_01 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_2)

Portanto, o cuidado de enfermagem é baseado numa relação que se estabelece com o utente e este “cuidado não é exclusivamente objetivo, não se limita a fornecer prestações de cuidado ao corpo” (Renaud, 2010: 3).

O cuidado de enfermagem deve ser um cuidado humanizado e que tem em conta a intimidade do utente. Podemos verificar que alguns docentes realçam que o cuidado é humanizado, mas por outro lado realçam a importância da intimidade ou seja fazem uma distinção entre a humanização e a preservação da intimidade do utente, como se o cuidado humanizado não significasse prestar cuidados tendo em conta a intimidade do utente. No entanto, outros consideram a palavra humanização uma redundância, pois nela está incluído o cuidar tendo sempre em conta a intimidade do utente.

“ (...)nesse respeito amplo pela privacidade. Eu acho que cuidar de forma humanizada é uma redundância porque não há cuidar sem ser de forma humanizada agora porque o cuidado é resultado de uma relação, é assim-que eu vejo (...) ” uce n° 1357 Khi2 = 8 (uci n° 18: *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)que eu devo incluir nesse respeito amplo pela privacidade. eu acho que cuidar de forma humanizada e uma redundância porque não há cuidar sem ser de forma humanizada agora porque o cuidado e resultado de uma relação, e assim-que eu vejo (...) ” uce n° 1357 Khi2 = 8 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)humanizado e uma coisa obrigatória no cuidado de enfermagem porque se não for assim não será. Competências relacionais, as competências relacionais tem que ver com a interação coma pessoa não e, a interação com a pessoa tem muito daquilo que cada-um e os enfermeiros já tem essas competências natas portanto enquanto pessoas independentemente de terem conhecimentos de enfermagem ou não tem facilidade em se relacionar com as pessoas (...) ” uce n° 633 Khi2 = 3 (uci n° 10: *suj_10 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_3 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...)relação de enfermagem e feita com tempo e feita num ambiente de privacidade e feito com os meios necessários e ai ela e humana por natureza, por natureza ela e sempre mas ela e humana frequentemente e deixamos de dizer

precisamos de fazer de forma humanizada portanto aceito a ideia apesar-de dizer que e redundância aceito a ideia porque ela ainda e necessária vincando ainda. uce n° 1361 Khi2 = 2 (uci n° 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)prestação de cuidados adequada logicamente que portanto quando eu digo que a pessoa é o tal ser único e singular logicamente que a privacidade tem que estar acima de tudo preservada não é e mais uma vez toda a relação de ajuda as técnicas (...) ” uce n° 277 Khi2 = 8 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

Na opinião dos docentes e de acordo com Renaud (2010), no processo de cuidar não devemos apenas prestar cuidados tendo em conta a intimidade do corpo, mas tendo em conta o utente na sua totalidade, pois a intimidade não está apenas na exposição do corpo, mas da totalidade o utente.

“ (...)tensões e esforço me para-que depois eles enquanto profissionais obviamente/ levem essa mensagem do preservar a intimidade do utente mas acredito que numa/ primeira instância quase que inconsciente eles tentam preservar a intimidade/ para se protegerem agora podemos pensar o preservar a intimidade na prestação/ direta de cuidados portanto num banho numa administração de um fármaco mas/ também podemos pensar na preservação da intimidade pelo acesso que eles tem a (...) ” uce n° 870 Khi2 = 5 (uci n° 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)a privacidade do utente é imprescindível momentos críticos bem os momentos são todos não e porque quer em termos dos cuidados ao corpo físico se teoricamente os podermos separar do ser da pessoa do eu da pessoa quer os cuidados em termos (...) ” uce n° 532 Khi2 = 6 (uci n° 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

Os docentes, no seu discurso, são quase unânimes ao afirmarem que a formação em enfermagem deve ter em conta todos estes aspetos que temos vindo a retratar e alguns realçam a importância de se incluir na estrutura curricular, temáticas objetivas que abordem a relação entre enfermeiro-utente em todas as suas dimensões, comunicacional, ética, deontológica e relacional, para que estes interiorizem o que realmente se pretende com cuidados de enfermagem humanizados. Também Maftum & Stefanelli (2000) citados por Takaki & Sant’Ana (2004: 81) referem que “existe a necessidade de se dar mais ênfase, nos cursos de enfermagem, aos conteúdos que dão embasamento para o relacionamento interpessoal do aluno, futuro profissional de enfermagem, uma vez que os profissionais desta área interagem constantemente com o ser humano, seu objeto de trabalho e as respostas podem advir de formas mais variadas possíveis”.

“ (...)relacional e efetivamente muito importante mais uma vez também já o disse atras/ são aspetos fundamentais para a prestação de cuidados e que tem que ser/

aprendidos e desenvolvidos durante a formação. Pois, já respondi, um pouco atras pronto tem a ver, tem a ver com todos esses aspetos considerar, agora vou resumir não e, considerar que o outro e uma pessoa que efetivamente tem o seu lugar próprio e ele que se conhece a si próprio (...)” uce nº 260 Khi2 = 2 (uci nº 4: *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(…)atividade de formação portanto esta necessidade que eles tem de trocar/experiencias faz com que muitas vezes algumas barreiras sejam ultrapassadas. eu acho que inicialmente lá esta, estamos aqui a falar num continuo, num continuo de atividade formativa e se calhar aqui vamos voltar a dividir em dois momentos um momento de laboratório em ambiente artificial e outro portanto em contexto de prestação de cuidados em laboratório (...)” uce nº 875 Khi2 = 1 (uci nº 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(…)nos enquanto docentes tentamos transmitir e uma enfermagem ideal e a enfermagem ideal por sua vez não e a enfermagem que nos prestamos nas nossas instituições de saúde quando nos estamos a lecionar alguma coisa por exemplo relativamente a (...)” uce nº 928 Khi2 = 1 (uci nº 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Todos os estudantes desenvolvem competências relacionais com base numa relação com o utente, no entanto esta relação na maioria das situações não ocorre tendo em conta a intimidade do utente, porque não se sustentam em “intervenções que se apoiam numa visão humanista da pessoa e do seu funcionamento (Chalifour, 2008: 256)”.

A subcategoria competência técnico-científica definida a partir da categoria (**processo de cuidar**), foi definida com base no discurso dos docentes e tem como palavras dados, lugar, higiene, corpo, exposição, entend+, cliente, atend+ e expor, sendo as mais importantes corpo e atend+, ou seja com qui-quadrado mais elevado.

Sabemos que no processo de cuidar existem procedimentos técnicos e relacionais, sendo por isso um processo dinâmico que se desenvolve na interação entre os dois tipos de procedimentos e sem os quais não se poderia satisfazer as necessidades do utente. Lazure (1994: 14) refere-se ao enfermeiro como “estar em relação” a qual significa não só a presença física, mas também todo o seu ser, ou seja as suas competências em todas as suas dimensões. Nesta subcategoria, e tendo presente os vários passos do processo de enfermagem, os docentes relatam que a privacidade dos utentes deve ser salvaguardada em todas as etapas do processo de cuidar, desde a colheita de dados através da entrevista inicial até à prestação dos cuidados e avaliação dos mesmos. Os estudantes devem ser despertados para a necessidade e importância de respeitarem a privacidade quando prestam cuidados aos utentes qualquer que seja o cuidado, tendo igualmente atenção o ambiente, o que perguntam e à forma como perguntam, não esquecendo o tom de voz, assim como a postura que adotam perante o utente. Em qualquer momento deste processo para além

das competências técnicas e das competências relacionais bem desenvolvidas devem ter em atenção a intimidade dos utentes.

“ (...)relacionais da relação interpessoais em todos os momentos a privacidade e necessária não sei se se refere a questão do guardar os dados o que eu estava a querer dizer e que de uma forma geral a privacidade e sempre imprescindível quer sejam (...) ” uce nº 533 Khi2 = 13 (uci nº 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

“ (...)eu acho que isso é importante o que eu acho que influencia pode ser ou a predisposição da pessoa ou o não conhecimento não estarem ainda despertos para isso. Por vezes nos podemos falar e apresentar dados teóricos e por vezes ou estarmos a falar de forma apresentarmos esses dados teóricos logo no primeiro ano pode até acontecer que seja (...) ” uce nº 460 Khi2 = 8 (uci nº 7: *suj_07 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“ (...)quando lhes falo das matérias da aplicação por exemplo dos questionários das entrevistas a guarda da confidencialidade dos dados e portanto a preservação da privacidade das pessoas e um assunto também falado portanto quando eu não consigo (...) ” uce nº 508 Khi2 = 8 (uci nº 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

“ (...)flagrante mas, mas acho que todos eles, todos eles porque por vezes ate-o mínimo dos cuidados o cuidado que nos ou por vezes até o local numa conversa numa colheita de dados ai estamos a transgredir esse direito que a pessoa também tem a sua intimidade e a sua privacidade (...) ” uce nº 1485 Khi2 = 6 (uci nº 19 : *suj_19 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_1 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)doentes que estão a ouvir a nossa conversa porque o processo de enfermagem a colheita de dados é muito importante mas também temos que ter cautela como é que o vamos colher como é que nos vamos fazer a entrevista nos contextos onde nos (...) ” uce nº 877 Khi2 = 4 (uci nº 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)que ser um ambiente mais privado obviamente que as condições que nos temos nos/ nossos hospitais não permitem os poucos locais que existiam, neste momento, já/ deixaram de existir para passar o lugar a gabinetes eles vão mas vão instruídos/ no sentido de fazerem esta colheita de dados o-mais silencioso possível/ portanto não fazer as perguntas em voz alta mas tentar preservar a pessoa (...) ” uce nº 882 Khi2 = 2 (uci nº 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Por outro lado, devem ser alertados para que no acesso aos dados do utente deve ser sempre salvaguardada a manutenção do sigilo, já que se tratam de dados confidenciais e pessoais dos utentes e que só a eles têm acesso porque estão envolvidos no processo de cuidar. Assim, o sucesso das restantes fases do processo depende da qualidade desta recolha de dados e da forma como foi realizada (Ferreira & Dias, 2005). Todos estes aspetos, segundo os docentes entrevistados, são tidos em conta na formação dos estudantes e são aspetos que fazem parte da sua maturação e crescimento pessoal.

“ (...)pessoa possa saber ou pode não saber e que eventualmente logo nessa altura podemos ter acesso a dados confidenciais e que se não fossemos enfermeiros e

que não estivéssemos envolvidos nessa atividade formativa nunca iríamos (...)” uce nº 860 Khi2 = 1 (uci nº 13 : *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“(...)eu começo por achar que hoje em dia, não sabemos muito bem porque as escolas dão atenção a esse pormenor mas hoje em dia na maior parte dos lugares que nos frequentamos e visível um menor cuidado, não digo que é uma falta de respeito (...)” uce nº 171 Khi2 = 0 (uci nº 3: *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“(...)é algo que é muito alertado ao longo do curso para terem atenção com a exposição com o não revelarem nada sobre o outro até mesmo conversas sobre a pessoa de história associada aos juízos de valores não fazerem juízos de valores aceitar o (...)” uce nº 1291 Khi2 = 0 (uci nº 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Outro dos aspetos salientado pelos docentes entrevistados e que é abordado em contexto teórico aos estudantes, são as características socioculturais de cada utente ou seja, devem respeitar determinados aspetos da vida dos utentes, nomeadamente a diversidade cultural, as crenças religiosas e a idade dos utentes, pois são aspetos que interferem no desenvolvimento do processo de cuidar. Assim, torna-se fundamental que o estudante compreenda a importância de preservar e respeitar sempre a individualidade e a cultura de cada utente, sem fazer juízos de valor como referem Pupulim & Sawada (2002), já que estes aspetos são muito significativos para proteger a intimidade do utente. Portanto, a planificação das intervenções junto do utente deve ser feita em função das necessidades e das características dos utentes, pois só assim se garante um cuidado individualizado (Pupulim & Sawada, 2002). Também Prochet & Silva (2008a) nos dizem que os enfermeiros devem estar sempre atentos às necessidades básicas do utente.

“(...)porque se eu tiver uma crença religiosa acerca de um determinado ritual ou/ determinada refeição ou de cuidado de higiene o eu não atender a esta/ necessidade pode ser altamente invasivo da privacidade (...)” uce nº 1231 Khi2 = 14 (uci nº 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(...)a intimidade da pessoa estou me a lembrar de um idoso de um velhinho a quem se prestam cuidados de higiene e conforto e que tantas vezes as coisas são feitas sem qualquer atendimento a essa mesma (...)” uce nº 300 Khi2 = 6 (uci nº 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(...)boa entrevista como é que se sabe escutar o-que-e isso do respeito pelo outro/ portanto todos esses aspetos estão na base depois-de uma boa aquisição das tais/ competências, das tais competências relacionais que fala o saber ouvir o saber estar com o outro o saber respeitar perceber que cada pessoa é um ser único e/ diferente e singular nomeadamente o atender as pequenas coisas da vida tal como (...)” uce nº 258 Khi2 = 5 (uci nº 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(...)todas as dimensões da pessoa e no fundo isso é que é cuidar em enfermagem não é cuidar em enfermagem já partimos desse pressuposto já partimos do pressuposto que se tem se tem que atender a todas as dimensões da pessoa

portanto o cuidado (...)” uce nº 632 Khi2 = 5 (uci nº 10 : *suj_10 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_3 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(...)culturas portanto que o estudante possa lidar com aquilo que e digamos com o socialmente aceite como a proteção da intimidade e da privacidade das pessoas ou seja e diferente expor o tronco superior de um homem ou de uma mulher e diferente (...)” uce nº 1404 Khi2 = 8 (uci nº 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Nos discursos dos docentes verificámos que um dos cuidados que mais dificuldades, apresenta para os estudantes, são os cuidados de higiene, pois são cuidados em que os estudantes têm que manipular o corpo do utente e em que a preocupação com o domínio da técnica, dificulta a capacidade de se centrarem simultaneamente na componente relacional. Esta manipulação do corpo, é uma das situações em que o utente “vivencia situações de menor privacidade e controle sobre o seu corpo” (Sawada, Galvão, Mendes & Coleta, 1998: 5). No entanto, Prochet & Silva (2008a:312) verificaram “que a maioria dos pacientes se importou mais com a invasão territorial do que com a invasão pessoal”, o que se pode justificar pelo facto de os utentes já terem consciência da necessidade de aproximação física para prestação de cuidados pelos enfermeiros.

“(...)assuntos mais cuidados mais relacionais ou mais físicos agora também depende um bocadinho da cultura da pessoa a higiene e um momento do cuidado em que a privacidade e absoluta pela nossa cultura não e os, como e que ei de dizer (...)” uce nº 534 Khi2 = 5 (uci nº 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

“(...)os outros nem perante nos próprios portanto há limites que temos que perceber essencialmente em termos de porque de facto quando nos prestamos cuidados e alguns cuidados mais-do-que outros não e a prestação de um cuidado de higiene e algo (...)” uce nº 963 Khi2 = 9 (uci nº 14 : *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Durante o contexto teórico e teórico-prático, devem-se preparar os estudantes para que estes estejam atentos para a exposição que é necessária durante os cuidados de higiene, assim como ter atenção às solicitações dos utentes, nomeadamente quando estes solicitam/desejam estar sozinhos. Também no estudo de Prochet & Silva (2008a) as duas situações que os utentes relatam como mais desagradáveis foram o facto de os profissionais de enfermagem realizarem procedimentos técnicos numa região mais íntima ou a troca de roupa sem colocar o biombo.

“(...)que não conseguimos assegurar que não vá um outro elemento da equipa entrar abrir a porta portanto ouça isso e eu acho que e mesmo eu não consigo elencar se calhar pela exposição de que e alvo por exemplo no cuidado higiene isso e muito

(...) ” uce n° 1223 Khi2 = 5 (uci n° 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)adaptarem as realidades de cada pessoa. Sempre mas há momentos mais pronto que eu diria que são mais perturbadores a questão da higiene a questão relacionada com a eliminação praticas invasivas quando a pessoa pede para simplesmente ser deixada sozinha que mais eu diria que e (...) ” uce n° 806 Khi2 = 3 (uci n° 12: *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“ (...)falo, efetivamente da intimidade. eu penso que por vezes o estudante, um dos medos com que ele se confronta e exatamente esse, e exatamente esse constatar e cuidar do corpo do outro e eu penso que ele terá alguma dificuldade em gerir essa relação que e preciso estabelecer não é fácil e eu lembro me não é fácil fazer a gestão e ter (...) ” uce n° 587 Khi2 = 1 (uci n° 9 : *suj_09 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_2)

“ (...)outro e de relacionar se com o outro diferente e que há uma evolução e que de facto há desenvolvimento entre essas competências. A dos cuidados de higiene quando estamos a prestar portando os cuidados de higiene quando estamos a prestar a fazer algum cuidados as feridas e até mesmo na entrevista quando temos o primeiro contacto com a pessoa na primeira entrevista (...) ” uce n° 989 Khi2 = 0 (uci n° 14: *suj_14 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

Os docentes também fazem referência a alguns procedimentos que acontecem nos serviços de saúde e que os estudantes por vezes presenciam e comentam, procedimentos realizados pelos enfermeiros que vão contra aquilo que eles aprendem na escola. Nestas situações, o docente deve intervir junto do estudante motivando-o para que ele veja a atitude dos profissionais como algo que precisa de ser refletido e mudado. Esta intervenção, baseada em factos reais observados, orienta os estudantes para a reflexão de que estas atitudes determinam a qualidade dos cuidados prestados (Ferreira & Dias, 2005).

“ (...)dignidade não é, não é uma pessoa singular e única e com o tal percurso de vida própria e chegar, por exemplo, nos cuidados de higiene e conforto eles muitas vezes comentavam que o enfermeiro chega zumba a roupa toda para traz fazem se os cuidados de higiene e conforto sem (...) ” uce n° 330 Khi2 = 0 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...)respeito pela intimidade de cada-um e isso por vezes não e visível e é um bocadinho chocante portante e um bocadinho chocante que utentes e profissionais não atendam um pouco melhor ou mais frequentemente ou não sejam mais cuidadosos com (...) ” uce n° 174 Khi2 = 2 (uci n° 3 : *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

Os estudantes devem aprender que para manter a intimidade/privacidade do utente devem pedir permissão para realizar os procedimentos e devem respeitar a decisão do utente. Ferreira & Dias (2005), salientam que independentemente da forma de contacto com o utente deve-se atender sempre a três dimensões fundamentais: “o tempo de

contacto, as posições físicas assumidas e a distância utilizada durante a relação (2005: 86)”.

“ (...)o pedir para poder desabotoar um botão e expor um pouco mais do corpo todos esses aspetos são fundamentais e todos esses aspetos devem ser respeitados realmente se não forem estamos a violar a intimidade da pessoas não é o corpo que é (...) ” uce n° 604 Khi2 = 9 (uci n° 9: *suj_09 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_2)

“ (...)procedimento, o principal procedimento e ter reserva sobre o corpo, principalmente o corpo do outro e não o expor mais-do-que aquilo que será indispensável se nos estivermos a falar nas questões emocionais psicológicas portanto nesta outra áreas o principal procedimento e talvez ouvir (...) ” uce n° 203 Khi2 = 5 (uci n° 3: *suj_03 *id_4 *sexo_2 *grauacad_1 *tempdoc_6 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

“ (...)vista a parceria tendo sempre em vista o-melhor atendimento possível ao outro e o reconhecimento do outro a privacidade tem que estar sempre presente acho que e um aspeto fundamental e na formação então eles tem mesmo-que ser preparados (...)” uce n° 249 Khi2 = 4 (uci n° 4: *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

Mesmo nos procedimentos técnicos deve ser salvaguardada a vontade do utente, pois não se deve fazer nada sem o seu consentimento já que caso isso aconteça está-se a invadir a sua privacidade. Por outro lado, o ambiente onde se prestam os cuidados deve ser adequado, já que o utente está vulnerável. Assim, deve ser incutido ao estudante, desde o início do curso, esta noção de privacidade do espaço de cada utente, que “considera como seu espaço territorial, o quarto ou enfermaria a cama e os objetos que o circundam. Para que se sinta respeitado, a equipe necessita bater na porta antes de entrar no quarto, informar sobre mudanças eventuais de leito e os motivos” (Prochet & Silva, 2008a: 314). Também Abreu (2001) no seu estudo se deparou com aspetos que os seus entrevistados relatam haver algum distanciamento no processo de cuidar, nomeadamente a primazia da intervenção do tipo instrumental, em detrimento das razões humanistas, colocando em causa o princípio da humanização dos cuidados.

“ (...)a essa mesma privacidade acho que realmente este, este duo privacidade intimidade é fundamental preservar sempre e em termos de cuidados de enfermagem, como já disse, nos lidamos com o corpo e realmente há muitos tabus há muitos aspetos ligados tem (...) ” uce n° 301 Khi2 = 5 (uci n° 4 : *suj_04 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“ (...)intimidade da pessoa a privacidade e da intimidade nomeadamente algaliações e procedimentos em que temos que por a descoberto não só parte dos corpo ditas braços pernas mas também tipo órgãos genitais todas essas partes penso que muitas das (...) ” uce n° 732 Khi2 = 5 (uci n° 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)manipulação entre aspas o mexer no corpo da pessoa e sobretudo em partes mais íntimas que são mais sensíveis e a outra coisa e por exemplo qualquer tipo de procedimento e o doente estar nu que acontece muitas vezes portanto seja até um (...) ” uce nº 140 Khi2 = 4 (uci nº 2 : *suj_02 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_1)

“ (...)qualquer atividade de cuidado. E significa aqueles aspetos que dizia há pouco de preservar o corpo preservar a expressão das suas emoções e sentimentos que as vezes temos que levar as pessoas para outro ambiente porque naquele ambiente não é possível preservar isso a (...) ” uce nº 1366 Khi2 = 4 (uci nº 18 : *suj_18 *id_3 *sexo_1 *grauacad_3 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)cuidado não é só a exposição do corpo mas a exposição do outro enquanto pessoa há coisas que são do domínio pessoal e que não deve ser partilhadas para lá eu costumo por-acaso as vezes dar o exemplo até uma colheita de sangue que toda a (...) ” uce nº 1285 Khi2 = 2 (uci nº 17 : *suj_17 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Na opinião de Ferreira (2004), todo o processo educativo em enfermagem deve ser orientado pelos valores básicos da vida humana. Portanto, devemos chamar a atenção para a informação que é partilhada com a equipa, pois há informação que retiramos do diálogo com o utente que é pessoal e que não interfere na continuidade dos cuidados, pelo que não deve ser partilhada. Também neste caso, as competências éticas sobressaem nos discursos dos docentes.

“ (...)enquanto enfermeiro e que de alguma formas essas informações podem ter implicações diretas para o cuidar em enfermagem e ai eu se calhar trabalhando numa equipa de enfermeiros, uma equipa de enfermagem, eu acho que há informações que se forem relevantes para os cuidados de enfermagem portanto eu ai devo partilha la com os meus colegas agora toda aquela informação que eu acho que eu acho não que o meu juízo entende que e do domínio privado (...) ” uce nº 856 Khi2 = 2 (uci nº 13: *suj_13 *id_2 *sexo_1 *grauacad_1 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_2)

“ (...)localizar um quando porque ou de uma maneira teórica mais determinada porque virada exatamente para esse assunto ou de maneira mais difusa penso que esta sempre presente. eu penso que o que influencia o estudante e a compreensão que ele pode ter da individualidade do outro se ele entender que a pessoa que esta ali e uma pessoa no seu todo com as suas particularidades com a sua vida, os seus, a sua historia de vida (...) ” uce nº 509 Khi2 = 1 (uci nº 8: *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

Alguns docentes realçam a importância dos estudantes treinarem a execução das competências técnicas com as competências relacionais, relatando que alguns estudantes estão tão centrado na técnica que se esquecem do utente. No entanto, este “possui o direito a um atendimento humano, atencioso e respeitoso; tem o direito a um local digno e adequado para seu atendimento, o direito a manter sua privacidade para satisfazer suas necessidades fisiológicas, inclusive de alimentação e higiénicas, quer quando atendido no

leito, no ambiente onde está internado ou aguardando atendimento” (Prochet & Silva, 2008a: 314).

“ (...)mostra o assumir dessa competência não e nos quando estamos ainda muito presos a atos técnicos temos uma posição algo rígida uma voz algo articulada não nos debruçamos sobre a pessoa tentando compreender tentando entender o que ela nos quer (...) ” uce nº 525 Khi2 = 1 (uci nº 8 : *suj_08 *id_4 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_2 *loc_1)

Os docentes entrevistados consideram que os estudantes têm competências relacionais quando conseguem prestar cuidados tendo em atenção a competência instrumental e a competência relacional, tanto com o utente e família como com a equipa multidisciplinar, mantendo sempre a privacidade do utente. Na opinião de Ferreira (2004: 124) “educar é mais do que instruir. É construir, é partilhar com os outros atos e hábitos e edificar pessoas íntegras e maduras para projetar profissionais competentes”.

“ (...)de gerir a comunicação com o outro acho que se nota bastante. Quando se pode dizer que os estudantes têm competências relacionais adquiridas, eu penso que quando são capazes de gerir de forma satisfatória a relação com os outros sejam eles o próprio cliente, a família, os profissionais de saúde, a equipa (...) ” uce nº 802 Khi2 = 13 (uci nº 12: *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“ (...)competência relacional, implica, também a minha disponibilidade para aceitar o outro e para o não julgar portanto uma aceitação plena do outro da situação em que ele esta portanto as competências relacionais implicam a pessoa meu cliente implicam eu enquanto profissional (...) ” uce nº 769 Khi2 = 11 (uci nº 12 : *suj_12 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_2 *K_3)

“ (...)forma holística tendo em conta todas as perspetivas a biológica, psicológica, sociológica, espiritual não e vendo a pessoa no seu todo atendo a todas as suas dimensões a todas as suas necessidades e estando (...) ” uce nº 688 Khi2 = 3 (uci nº 11 : *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“ (...)que haja aqui uma certa abstração portanto tem que ser o docente que tem que perceber que tem que codificar perceber se o aluno percebeu efetivamente o-que-e-que e a importância desta privacidade e depois podermos expor alguns casos (...) ” uce nº 461 Khi2 = 4 (uci nº 7 : *suj_07 *id_3 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_2 *catprof_1 *loc_1 *K_3)

Tal como já tínhamos verificado anteriormente, também aqui os docentes referem que a maturidade dos estudantes influencia a aquisição destas competências, pois “esta perspetiva desenvolvimentista (...) defende que a educação deve constituir para cada indivíduo uma forma de promover o máximo desenvolvimento das suas potencialidade, através de experiências de aprendizagem de complexidade crescente” (Ferreira, 2004: 123).

“(...)relacionamento e claro que essas técnicas são tanto melhor interiorizadas quanto as competências que já existentes nos alunos enquanto pessoa não e mas são indispensáveis, indispensáveis para o cuidado de enfermagem. Preservar a intimidade e não expor a pessoa e quando dizemos não expor a pessoa e não expor a pessoa fisicamente e não expor os problemas daquela pessoa as questões daquela pessoa para outros e não e demitir se das suas competências (...)” uce n° 636 Khi2 = 2 (uci n° 10: *suj_10 *id_4 *sexo_2 *grauacad_2 *tempdoc_3 *catprof_2 *loc_1 *K_3)

“(...)esses próprios aspetos podem ser trabalhados e depois podem ser desenvolvidos com as fundamentações teóricas ao nível da relação de ajuda aplicado ao processo de cuidados. Significa ter sempre em atenção que perguntar, ter em atenção não expor nunca desadequadamente a pessoa não expor a pessoa se não for necessário e expondo, por vezes temos que expor (...)” uce n° 691 Khi2 = 2 (uci n° 11: *suj_11 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_3 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

“(...)próprio respeito pela intimidade do próprio estudante eu não, tento ou e uma/ coisa que tenho muito presente e não expor o estudante naquilo que pode ser/ embaraçoso mas ter sempre a preocupação retirar do contexto para uma sala para (...)” uce n° 1242 Khi2 = 1 (uci n° 16 : *suj_16 *id_3 *sexo_2 *grauacad_3 *tempdoc_5 *catprof_1 *loc_2 *K_1)

Ao longo da formação devemos considerar sempre o estudante como uma pessoa que está em mudança através do processo ensino-aprendizagem já que “aprender é um termo cujo significado complexo envolve processos de maturidade, pensamento, comportamento e mudança” (Ferreira, 2004: 125) que estimulam a aprendizagem e influenciam a forma como esta se processa ao longo do curso. Ainda na opinião de Ferreira (2004), a aprendizagem pode considerar-se como o resultado do método de aprender, o qual leva à modificação do comportamento, podendo abarcar transformações no modo de pensar, de sentir ou de agir do estudante de enfermagem.

Dos discursos dos docentes ressalta a complexidade na abordagem da temática da preservação da intimidade com a conotação que deve ter a nível do processo de cuidar, pois percebe-se que ao serem abordados temas relacionados com as competências relacionais ou com a componente instrumental dos cuidados, não é estabelecida a relação com a preservação da intimidade do utente e os cuidados a ter nesse sentido.

Abreu (2001), salvaguardou precisamente a importância da formação para o desenvolvimento de competências e capacidades mentais fundamentais para a prática de cuidados de enfermagem humanizados. Nesta perspetiva, considera-se de extrema importância a presença desta temática na formação dos estudantes, para que vão “interiorizando” como fazer a preservação da intimidade ao longo da sua formação e mesmo do seu percurso profissional. O processo de ensino-aprendizagem nunca estará

completo se os estudantes não adquirirem competências relacionais e habilidades que lhes permitam preservar a intimidade dos utentes em todo o processo de cuidar.

PARTE IV – TRIANGULAÇÃO

*“O processo de mudança começa sempre
por uma tomada de consciência”
Phaneuf (2005: 178).*

1 – TRIANGULAÇÃO DA INFORMAÇÃO RECOLHIDA

Este capítulo assenta na triangulação da informação, ou seja no “cruzamento de todos os dados obtidos que foram organizados segundo as unidades de análise definidas para cada uma das metodologias” (Carvalho, 2004: 328) procurando responder às questões de investigação definidas anteriormente para dar resposta aos objetivos da investigação, concedendo-lhe significado e credibilidade. Sousa (2009), diz-nos que em educação esta metodologia expõe a observação de um mesmo fenómeno sob três ou mais pontos diferentes e com diferentes instrumentos. Utilizámos um questionário de caracterização dos estudantes e do contexto clínico, um Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) e uma Grelha de Observação para os estudantes e para os docentes realizámos uma entrevista semiestruturada. Iniciámos a colheita de dados com a aplicação dos questionários e do inventário de competências relacionais durante o período teórico do curso de forma a ter os estudantes mais disponíveis para o preenchimento deste tipo de instrumentos. Após iniciarem o período de prática clínica realizámos a observação dos estudantes nas unidades de cuidados onde realizavam os ensinamentos clínicos. Saliente-se, que tivemos sempre o apoio tanto dos estudantes como dos professores e dos enfermeiros orientadores das unidades de cuidados, que mostraram disponibilidade para colaborar no estudo. Numa segunda etapa procedemos às entrevistas aos professores, que foram realizadas em períodos de férias dos estudantes para se obter maior disponibilidade por parte dos docentes. As informações recolhidas foram essenciais para compreendermos o fenómeno em estudo.

Pretendemos com a triangulação da informação recolhida, através dos diferentes instrumentos utilizados e dos diferentes participantes, encontrar pontos similares de forma a tirar conclusões sobre investigação realizada.

No decurso deste estudo, obtivemos dados que nos permitiram entender a influência do processo de ensino-aprendizagem do estudante na aquisição e desenvolvimento das competências relacionais e na preservação da intimidade durante o processo de cuidar, articulando diferentes ambientes de recolha de dados, assim como diferentes abordagens de tratamento dos dados.

A aquisição e o desenvolvimento de competências relacionais, preservando a intimidade dos utentes enquadra-se numa matriz de desenvolvimento humano como um processo de formação contínua que se estende ao longo da vida do indivíduo, em que a interação com o ambiente é influenciado por determinadas variáveis que já abordámos anteriormente tal como reconhecido por Bronfenbrenner (2005) que afirma que o processo de desenvolvimento humano é influenciado pelos eventos e condições do meio ambiente. Uri Bronfenbrenner formulou a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (1970) onde descreveu o desenvolvimento humano “como o fenómeno de continuidade e de mudanças nas características biopsicológicas do ser humano” (Bronfenbrenner, 2005: 38).

Nesta triangulação de informação vamos utilizar a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de forma a perceber como ocorre a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionais preservando a intimidade dos utentes ao longo do curso de enfermagem, articulando as variáveis da nossa investigação: os estudantes, os professores, a Escola⁴⁵, o sexo, o acompanhamento em EC, e o ano de curso, ou seja vamos observar as relações entre o contexto escolar e as aprendizagens e as práticas dos estudantes, porque este estudante vivencia mudanças e continuidades ao longo de todo o seu processo de aprendizagem no curso de enfermagem.

O modelo ecológico proposto por Bronfenbrenner pretende distinguir não apenas o contexto, mas as variadas interações que têm lugar entre a pessoa e os diferentes sistemas com que se relaciona (Abreu, 2007). Os sistemas definidos por Bronfenbrenner (2005) organizam-se numa taxonomia hierarquizada em quatro níveis, que se distanciam dos mais próximos para os mais distantes, os quais constituem o ambiente ecológico: microssistema, mesossistema, exossistema e macrosistema.

Apresentamos de seguida os níveis estruturais do ambiente ecológico, definidos por Bronfenbrenner (2005) e adaptados ao nosso estudo (Figura 49):

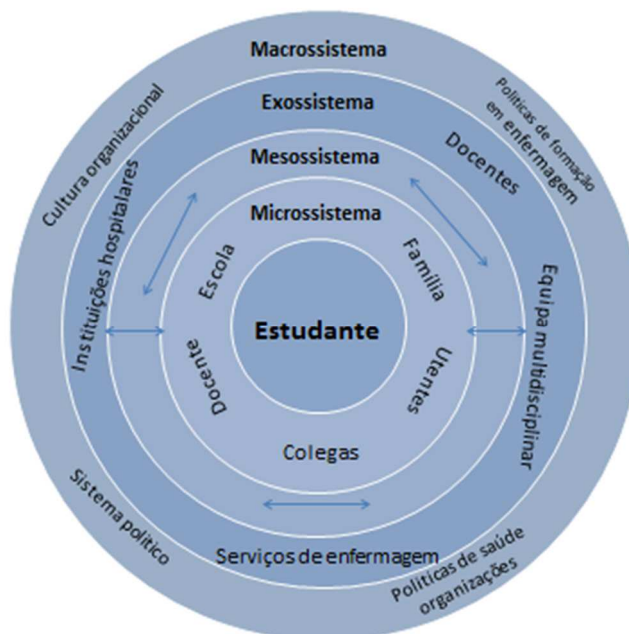
- 1) Um microssistema pode ser descrito por contextos onde ocorrem as atividades, papéis e relações interpessoais experienciadas pela pessoa num determinado momento da sua vida, com outras pessoas com diferentes características de personalidade e ideologias socioculturais. É o contexto mais próximo do

⁴⁵ Quando colocamos a variável escola, estamos a referimo-nos a todo o contexto escolar, ou seja plano curricular, filosofia da escola a metodologias de ensino.

estudante, ou seja onde interage com várias pessoas, colegas, docente da unidade curricular ou orientador do ensino clínico, utentes e família e toda a equipa multidisciplinar quando está em ensino clínico.

- 2) O mesossistema abrange as uniões e os processos que ocorrem entre dois ou mais ambientes (microssistemas), os quais incluem a pessoa em desenvolvimento. Para o estudante, este mesossistema é constituído por vários microssistemas, ou seja o estudante interage com vários ambientes a escola e as unidades de cuidados onde realiza o seu ensino clínico.
- 3) O exossistema engloba as ligações e os processos que ocorrem entre dois ou mais contextos, nos quais pelo menos um deles não afeta diretamente a pessoa em desenvolvimento, mas fá-lo de forma indireta. Para o estudante, a relação entre instituições de saúde onde realiza os seus ensinamentos clínicos, a prática de cuidados, a relação entre a equipa multidisciplinar, o modelo de gestão de cada unidade de cuidados e o modelo de acompanhamento durante o ensino clínico, podem realmente influenciar a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes uma vez demarcam a dinâmica de cada unidade de cuidados. Por outro lado temos os aspetos relacionados com a escola, igualmente determinantes para esta aquisição e desenvolvimento desta dimensão das competências, nomeadamente o plano curricular do curso.
- 4) O macrossistema exerce influência na pessoa em desenvolvimento e engloba o contexto global e as relações entre esses ambientes (micro, meso e exossistema) nomeadamente determinada cultura, subcultura ou o contexto social mais amplo. No caso dos estudantes, o desenvolvimento de competências relacionais sofre influências por exemplo das orientações da OMS, das políticas de saúde, da política de formação em enfermagem, assim como a filosofia de cuidados da própria instituição podem exercer influência indireta sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes por parte do estudante de enfermagem. Este macrossistema influencia a natureza das interações de todos os outros níveis do modelo.

Figura 49 - Modelo de desenvolvimento bioecológico do estudante de enfermagem, baseado em Bronfenbrenner



Fonte: Adaptado de Abreu, 2007

Abreu (2007) refere ainda um quinto nível estrutural, o cronossistema, o qual compreende o conjunto de mudanças e transformações ao nível da pessoa ao longo do tempo. A relação entre os vários ambientes atrás referenciados e a forma como o estudante se relaciona com eles pode ser um fator facilitador ou inibidor do seu desenvolvimento nesta dimensão das competências.

O desenvolvimento humano ocorre através de processos de interação recíproca progressivamente mais complexa. Para ser eficaz, a interação deve ocorrer numa base bastante regular ao longo de períodos de tempo prolongados, requerendo uma determinada continuidade. Tais formas duradouras de interação no ambiente são referidas como processos proximais. A forma, a energia, o conteúdo e a direção do processo de desenvolvimento proximal podem variar como uma função de articulação das características biopsicossociais da pessoa em desenvolvimento e o meio ambiente (Bronfenbrenner & Morris, 2006).

Bronfenbrenner (2005) salienta que o processo de desenvolvimento humano ocorre como um exercício que reúne as características do ambiente e da pessoa, num processo de

quatro núcleos inter-relacionados que ficou conhecido por Modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT) desenvolvido por Bronfenbrenner & Morris (1998).

Cada estudante (pessoa) desenvolve estas competências na interação com o ambiente (contexto) onde está inserido, que é influenciado por um sistema de inter-relações (mesossistema, exossistema e macrosistema), sendo ainda o processo e o tempo elementos essenciais a esse desenvolvimento de competências relacionais. Por outro lado as mudanças do desenvolvimento humano também podem ser desencadeadas por experiências de vida.

À luz do Modelo PPCT de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e Morris (1998, 2006), vamos confrontar os dados provenientes das análises e discussões realizadas nas partes anteriores do nosso trabalho de forma a extrair significados para elaborarmos as conclusões. Iremos estruturar a apresentação de acordo com os elementos do Modelo PPCT.

O primeiro componente do modelo, o processo “abrange formas particulares de interação do organismo com o ambiente, chamadas processo proximal, que operam ao longo do tempo e são situadas como os mecanismos primários que produzem o desenvolvimento humano” (Bronfenbrenner, 2005: 25), ou seja gira à volta de pessoas, objetos e símbolos e envolve a interação do organismo com o ambiente. Também no nosso estudo é um fator que pode interferir no desenvolvimento da dimensão das competências pelos estudantes.

De acordo com Abreu (2007) os autores Bronfenbrenner e Morris (1998) remetem este conceito de processos proximais para a interação social como dimensão estruturante do desenvolvimento, sendo que os autores apresentam ainda outro aspeto particularmente importante para o sucesso do ensino-aprendizagem, pois consideram os processos proximais como os motores do desenvolvimento e a sua variação sistemática, como uma função das características de ambos: Pessoa e contexto. Por outro, para os resultados de competência, os processos proximais não só levam a níveis mais altos de funcionamento de desenvolvimento, mas também servem para reduzir e agir como um amortecedor contra os efeitos de ambientes desfavorecidos e perturbador. Rua (2009) no seu estudo também considerou o processo de supervisão e avaliação como meio de interação entre pessoas que estão inscritas num determinado contexto.

Mais recentemente Bronfenbrenner & Morris (2006) referem que estes processos proximais podem produzir no estudante dois tipos de efeitos que se podem refletir no resultado do seu desenvolvimento, a competência e a disfunção. A competência é definida como a aquisição e o desenvolvimento de conhecimentos e competências para orientar a sua

própria conduta. A disfunção refere-se à manifestação recorrente de dificuldades por parte da pessoa em manter o controlo e integração de comportamento em situações de desenvolvimento.

Abreu (2007) salienta que este é o caso do estudante de enfermagem que durante o seu curso é confrontado com situações que colocam em causa a sua integridade psicológica e emocional, o que pode ter como efeitos a aquisição de competências ou na sua disfunção, ou seja devido a particularidades do estudante este pode ter dificuldades em desenvolver processos proximais estando comprometido a aquisição e o desenvolvimento das suas competências relacionais na preservação da intimidade do utente. No nosso estudo podemos identificar nos dados relativos aos estudantes o início dos ensinamentos clínicos e o tipo de acompanhamento em ensino clínico como fatores que poderão emergir como um estímulo para o desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade do utente, pois para que ocorra esse desenvolvimento é necessário que o estudante esteja inserido numa atividade (ensino clínico) efetiva e regular durante períodos de tempo prolongados, a qual deve ser progressivamente mais complexa, o que acontece com a evolução do estudante da Escola B que vai tendo evolução ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos na aquisição e desenvolvimento desta dimensão das competências, o que não se verifica nos estudantes da escola A em que esta dimensão das competências é introduzida ao mesmo tempo que outras dimensões são também exigidas.

Durante as observações realizadas aos estudantes em contexto clínico, verificámos que os estudantes atribuem grande ênfase às competências instrumentais relegando para segundo plano as competências relacionais, o que evidencia a importância do acompanhamento em ensino clínico, de forma a ajudarem os estudantes a entenderem as suas necessidades de aprendizagem promovendo condições favoráveis para que adquiram e desenvolvam esta dimensão. No entanto, nas entrevistas aos docentes emergiu a reflexão sobre a prática como uma das estratégias de grande impacto no desenvolvimento desta dimensão das competências pelos estudantes, o que relacionado com os dados anteriores, leva a concluir que o tipo de acompanhamento em EC coadjuvado com momentos de reflexão sobre a prática são fatores importantes para que os estudantes cheguem ao fim do curso com competências relacionais adquiridas e preservando a intimidade dos utentes em todo o processo de cuidar. O docente deve orientar momentos de discussão com o objetivo de desenvolver esforços para motivar os estudantes para desenvolverem habilidades na tomada

de decisão, desenvolverem o exercício independente da enfermagem e também adquirirem competências de pesquisa. Neste sentido, os ensinamentos clínicos são percebidos como interpretações do que foi ministrado em cada etapa do curso em contexto teórico e teórico-prático, cujas particularidades dependem do contexto ao qual se referem. Os ensinamentos clínicos permitem ainda o desenvolvimento pessoal e profissional dos futuros enfermeiros.

Na perspectiva do modelo bioecológico de desenvolvimento humano as pessoas (estudantes) possuem características biopsicológicas e características constituídas em contacto com os processos proximais - as características bio-psico-ambientais, por vezes tratadas como variáveis dependentes do desenvolvimento humano, poucas vezes analisadas como precursoras do desenvolvimento posterior e mais raramente como fatores moderadores que influenciam a força e o sentido dos processos do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 2005). A aprendizagem ocorre então numa construção pessoal, que passa pelo interior da pessoa, traduzida numa modificação estável do comportamento.

No nosso estudo foi identificada apenas uma variável, relacionada com as características da pessoa, o sexo que poderá influenciar o desenvolvimento do estudante na aquisição e desenvolvimento desta dimensão das competências. De acordo com Bronfenbrenner (2005: 173) esta característica física está no conjunto (sexo, idade e raça) das “consideradas poderosas na influência do curso do desenvolvimento futuro”. Na nossa amostra existem diferenças estatisticamente significativas de acordo com o sexo dos estudantes para aquisição e desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes, pelo que podemos concluir que o sexo dos estudantes influencia esta dimensão das competências.

A componente do modelo, contexto, compreende os vários ambientes, desde os mais contíguos aos mais longínquos (micro, meso, exo e macrossistema) os quais podem influenciar a pessoa em desenvolvimento. Bronfenbrenner (2005: 187) salienta que “os processos de desenvolvimento humano que ocorrem dentro de um contexto podem variar de forma substancial segundo os atributos pessoais de outras pessoas significativas presentes no contexto”. Tal como já referimos anteriormente o tipo de acompanhamento em Ensino Clínico pode ser um dos fatores que pode influenciar o desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade do utente pelo estudante de enfermagem, assim como outras das variáveis preditoras como a Escola, pois as diferenças de planos curriculares também é um dos fatores que foi destacado na discussão dos dados como promotor de

diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes analisados. Por outro lado, as relações interinstitucionais também poderão influenciar todo este processo, pois algumas vezes a falha de comunicação entre as escolas e as unidades de cuidados são fatores que podem marcar o desenvolvimento do estudante, concluímos então que todo o contexto influencia o processo e a pessoa. A forma como é avaliada esta dimensão das competências também deveria ser repensada, pois sendo este um momento de eleição para a sua aquisição e desenvolvimento, tem particularidade que importa compreender e o que se avalia é demasiado subjetivo, tal como é referido por Carvalho (2004).

Neste modelo bioecológico patenteiam-se como variáveis que podem influenciar ou favorecer este desenvolvimento de competências as características do ambiente onde está inserido o estudante, não só na interpelação entre as pessoas mas também com o ambiente que rodeia este ensino-aprendizagem de cada estudante. As relações entre a pessoa-contexto, na opinião de Bronfenbrenner (2005), devem ser o núcleo do estudo do desenvolvimento humano e do esforço para melhorar o curso da vida humana. Portanto, as relações entre os estudantes e o contexto devem ser o cerne que se deve ter em atenção para permitir que no final do seu curso tenham adquirido e desenvolvido as competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes. O tipo de relações que os estudantes estabelecem nos diferentes ambientes é um elemento integrador no processo de desenvolvimento desta dimensão das competências e na preservação da intimidade dos utentes.

O último componente do modelo, o tempo, é um fator que tem também ele a sua importância, pois permite-nos avaliar como ocorre o desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. Bronfenbrenner & Morris (2006) classificam o tempo em três níveis sucessivos: microtempo, mesotempo, macrotempo. Microtempo refere-se à continuidade em relação à descontinuidade em episódios contínuos de processo proximal. Mesotempo é a periodicidade dos episódios em intervalos de tempo mais amplos, tais como dias e semanas. Finalmente, o macrotempo centra-se nas mudanças, nas expectativas e eventos da sociedade em geral, dentro e através das gerações, revelando como elas afetam e são afetadas por processos e os resultados do desenvolvimento humano ao longo da vida.

Bronfenbrenner & Morris (1998) citados por Abreu (2007) salientam que as mudanças atribuídas ao tempo são também elas criadoras de transformações na biografia da pessoa em desenvolvimento. No nosso estudo verificámos que a variável ano do curso também tinha influência para o desenvolvimento desta dimensão das competências, pois verificámos que

tanto nas respostas dos estudantes como dos docentes esta variável aparecia como influenciadora do nível de competências que os estudantes apresentavam.

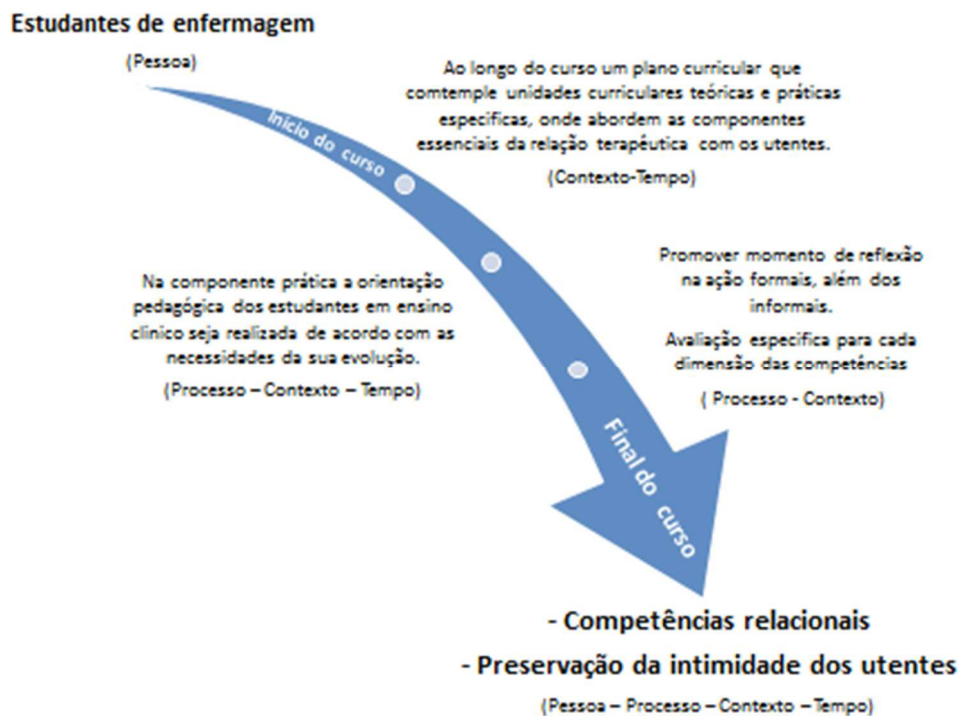
O entendimento relativamente à aquisição e ao desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade do utente pelo estudante de enfermagem, observado pelo modelo de Bronfenbrenner, possibilita-nos um olhar amplo sobre os diversos fatores que influenciam todo o processo de ensino-aprendizagem do estudante para que no final do seu curso tenha esta dimensão das competências assimilada.

Todo o processo de ensino-aprendizagem abrange formas particulares de interação entre o estudante e o ambiente, ou seja os processos proximais que atuam ao longo do curso e que são olhados como os principais mecanismos que conduzem ao grande objetivo quando o estudante termina a sua formação académica. No entanto, estes mecanismos variam em função das características dos estudantes, dos contextos ambientais onde decorre a formação e do evoluir do curso. Portanto, a aprendizagem constitui um processo vital para a adaptação e o desenvolvimento do estudante e os resultados dessa aprendizagem dependem essencialmente do estudante mas também do processo e do contexto.

Ao utilizarmos a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, procurámos explicar a informação seletiva recolhida pelos vários instrumentos ao longo da investigação e explicar com base na Teoria do desenvolvimento humano como ocorre o desenvolvimento desta dimensão das competências num estudante de enfermagem, e recolher as conclusões essenciais do nosso estudo para propor bases teórico-metodológicas para o ensino da enfermagem na aquisição e desenvolvimento das competências relacionais preservando a intimidade do utente durante o processo de cuidar.

É nossa convicção que a formação de enfermeiros assenta num modelo de desenvolvimento humano e parece-nos que ao propormos um modelo de bases teórico-metodológicas nesta dimensão das competências permite um ensino contextualizado numa realidade atual junto dos utentes a quem prestamos cuidados humanizados. Na figura 50 fizemos a representação do modelo proposto de acordo com os resultados obtidos ao longo do trabalho.

Figura 50 - Representação do modelo de bases teórico-metodológicas para os estudantes de enfermagem



Fonte: Própria

Para finalizar, evidenciamos que o desenvolvimento desta dimensão das competências nos estudantes de enfermagem ao longo do seu curso, é de extrema complexidade, pois apesar de apresentarem competências relacionais, por vezes não conseguem manter a ténue barreira entre o invadir e o preservar a intimidade dos utentes, sendo essencial reforçar o ensino aprendizagem nesta temática.

CONCLUSÕES

“A enfermeira deve portanto aprender a ver o que pode fazer numa situação, mas também a aceitar que há momentos onde ela não pode mudar nada, onde tudo o que pode oferecer é a sua presença e o seu calor humano”

Phaneuf (2005: 185).

CONCLUSÕES

Investigar sobre a sua própria prática, é condição indispensável para o progresso do professor de enfermagem, da própria instituição de ensino e acima de tudo do ensino da enfermagem a nível nacional. Compreender os processos de aquisição cumulativa de competências relacionais na preservação da intimidade do utente é um fenómeno complexo, que procurando atender às necessidades do estudante e às exigências da sociedade em geral é uma tarefa desafiadora. No final desta investigação consideramos que atingimos os objetivos propostos e que respondemos às questões de investigação formuladas, onde se destacava o nosso objetivo central de não apenas compreender como se processa o desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade do utente, mas compreender como ocorre esse desenvolvimento ao longo do curso de enfermagem.

Emergiram, da análise e discussão dos resultados, conhecimentos que podem consubstanciar-se como um importante contributo para a enfermagem relativamente à forma como os estudantes adquirem e desenvolvem as competências relacionais na preservação a intimidade dos utentes, pois tendo a enfermagem uma necessidade constante de adequação à evolução da sociedade atual, o cuidar em enfermagem mantém o seu cerne e, nesse âmbito, exige-se uma adequação das intervenções desenvolvidas em todo o processo de cuidar pelos enfermeiros ao contexto atual, à satisfação total das necessidades da pessoa de quem cuida. Atualmente os utentes estão mais informados sobre os seus direitos enquanto clientes dos serviços de saúde e por outro lado as condições ambientais e estruturais promovem também uma maior individualidade e privacidade para os utentes. Portanto pareceu-nos pertinente perceber como é que os estudantes adquirem e desenvolvem esta dimensão das competências, pois a nível de estudos referenciados ao longo do trabalho com enfermeiros verifica-se que esta dimensão das competências apresenta algumas lacunas, sendo relegada para segundo plano em favor das competências instrumentais.

Como já foi referido, investigar o processo de desenvolvimento de competências é complexo e subjetivo, ainda mais quando se trata desta dimensão das competências, as competências relacionais associadas à preservação da intimidade dos utentes, pois

deparamo-nos com uma problemática pouco estudada em simultâneo, mas que nos fez todo o sentido devido à sua magnitude. Quando estamos a cuidar de um utente, em qualquer momento do processo de cuidar, estamos inevitavelmente a desenvolver competências relacionais, uma vez que a nossa prática de cuidados não se dissocia desta relação entre o cuidador e o ser cuidado, ainda mais quando a barreira que separa a invasão da não invasão da privacidade é tão ténue.

A importância da aquisição das competências relacionais associadas à preservação da intimidade a nível do ensino de enfermagem aparece demarcada pelo crescente aparecimento de trabalhos de investigação sobre a temática das competências relacionais, embora os que se relacionam com a intimidade dos utentes, sejam mais escassos. Foi essa lacuna que tentámos suprimir com o nosso estudo.

É obrigatório que ao cuidarmos e nos relacionarmos com um utente estejamos entre a zona íntima e a zona pessoal, que tal como vimos são zonas de proximidade que indicam que já estamos a invadir a intimidade e a privacidade do utente. O que pretendemos saber com o nosso estudo é como os estudantes ao adquirirem e desenvolverem as competências relacionais conseguem manter a preservação da intimidade do utente. Verificámos as dificuldades que os estudantes apresentam e também que alguns deles não têm noção de que a intimidade do utente está a ser invadida. Da análise dos dados recolhidos, aos estudantes, salientamos a influência da existência de disparidade de planos curriculares do curso de enfermagem e tudo o que lhe está subjacente e constatámos as diferenças entre os estudantes com um plano curricular dirigido para abordagem mais específica e intensiva destas temáticas da inter-relação entre estudante-utente e os que não são confrontados com esta componente específica ao longo do curso, mas incorporada em várias unidades curriculares.

Concluimos também que é durante a prática clínica que ocorre o desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade do utente, nomeadamente o seu início e que o tipo de acompanhamento durante o ensino clínico, assim como diferenças no processo de avaliação em ensino clínico influenciam o processo de aquisição de competências estudado, pois como foi salientado, é no contacto direto com situações reais que o estudante consegue desenvolver estas competências. Atendendo a que este é um processo decisivo para o estudante (desenvolver esta dimensão as competências), deve ser preparado cuidadosamente, procurando-se sempre adotar as melhores estratégias de ensino-aprendizagem tanto físicas, materiais e como humanas.

Verificámos igualmente que os próprios docentes têm alguma dificuldade em transmitir essas temáticas durante o processo ensino-aprendizagem. Das entrevistas realizadas aos docentes emergiram três classes lexigráficas que originaram oito categorias. Podemos concluir que a classe 1 (competência) apresenta-se em oposição à classe 2 (relacional) e à classe 3 (intimidade), não se cruzando com o núcleo central de cada classe, ou seja podemos concluir que os docentes nos seus discursos não relacionam os conteúdos inerentes às três classes como tendo um núcleo comum. Verificámos que na classe 1 (competências), os docentes deixaram termos com raiz em pesso+, cuid+, intimid+, preserv+, humaniz+, que fazem parte das outras classes. Na classe 2 (relacional) foram deixados de forma termos com raiz em compet+, form+, clin+, curso, ensin+, e na classe 3 (intimidade), ano, ensin+, clin+, compet+, estud+, avali+, que estão presentes na classe 1. Concluímos então que existem dificuldades em relacionar competências relacionais com intimidade dos utentes, pois o utente tem sempre que ser concebido como um todo, ou seja na inter-relação entre o estudante e o utente há o comprometimento do corpo e da mente, além de valores socioculturais e das diferentes condições ambientais que o utente se encontra por estar ausente do seu contexto habitual e, necessariamente o estudante tem que ser preparado para conseguir apreender e exprimir esta totalidade, durante o processo de cuidados.

Estes dados levam-nos questionar se as escolas não deveriam rever os seus planos curriculares, em termos da estrutura curricular teórica e objetivos a nível prático, promovendo e incentivando momentos informais e formais de discussão e reflexão de situações de aprendizagem práticas, de forma a melhorar a formação dos estudantes a nível das competências relacionais e da preservação da intimidade do utente no processo de cuidar.

Podemos concluir que os estudantes quando terminam o curso e de acordo com a metodologia utilizada em cada escola, detém as competências relacionais essenciais a uma prática de cuidados de qualidade. Por outro lado, podemos inferir que quando os recém-formados ingressam nos serviços e são confrontados com as exigências da gestão e organização da própria unidade de saúde, para que se mantenha as práticas de rotinas instituídas há décadas e que se recusam a mudar, suprimem muitos dos conhecimentos e competências adquiridas ao longo do seu processo formativo. Este fato revela uma identidade profissional ainda não consolidada e que tem dificuldades em resistir às pressões do contexto de trabalho.

Face à atual crise, com impactos inegáveis nos serviços de saúde, a justificação das unidades de cuidados com a “falta de pessoal” e o grande número de utentes, leva-as a manterem as suas práticas centradas na tecnicidade e a omitirem uma prestação de cuidados centrada nas competências relacionais. Mas são sem dúvida estas (competências relacionais) que são sempre associada à qualidade dos cuidados de enfermagem, a qual é evidenciada por estudos realizados pela Região Autónoma dos Açores (2009) e por autores como Pupulim (2003), e Pupulim & Sawada (2005).

O estudante ao longo do seu percurso formativo está em constante desenvolvimento, sendo assim achamos pertinente fazer a analogia do desenvolvimento do estudante nesta dimensão das competências e o desenvolvimento humano, motivo pelo qual realizámos a triangulação dos resultados dos dados através de um modelo bioecológico como forma a atribui-lhe validade através das quatro componentes: Processo-Pessoa-Contexto-Tempo. Verificámos que para que o estudante adquira e desenvolva esta dimensão das competências (preservação da intimidade) tem que estar em interação com o processo e o contexto e esta interação ocorre num período de tempo - os quatro anos do seu processo de formação.

Chegados ao final, consideramos que desta investigação advém algumas implicações práticas para as escolas pelo que deixamos algumas sugestões de bases teórico-metodológicas para o ensino da enfermagem. Assim, parece importante que sejam (re)pensados os planos curriculares do curso de licenciatura em enfermagem, no sentido de perspetivar o Processo e o Contexto em que decorre o curso, como o mais adequado para a aquisição e o desenvolvimento desta dimensão das competências, pois tal como verificamos estes (Processo e Contexto) são dois grandes influenciadores das diferenças encontradas entre os estudantes das duas escolas implicadas no estudo. A formação inicial dos enfermeiros tem uma acuidade particular na construção da sua identidade enquanto enfermeiros e a forma como aprendem ou aprenderam irá marcá-los ao longo de toda a sua vida profissional e pessoal.

Parece-nos importante evidenciar igualmente a importância atribuída à reflexão na ação como metodologia para o desenvolvimento desta dimensão das competências, o que vem reforçar o que alguns autores já tinham evidenciado nos seus estudos, nomeadamente Carvalho (2004) e Fernandes (2007), que relatam que a reflexão é um método que confronta os estudantes com a sua forma de cuidar e que, certa forma, se traduz em conhecimento para o estudante.

Também o tipo de orientação do estudante em ensino clínico foi uma das variáveis que se evidenciou ao longo do estudo e, neste sentido, consideramos que cada escola deveria repensar o modelo adotado, pois este reflete-se nos resultados finais da formação dos estudantes, ou seja a orientação que os estudantes recebem em ensino clínico é também ela geradora de condutas e atitudes profissionais precursoras da identidade profissional do futuro enfermeiro. Por outro lado cada escola deveria ter em atenção à formação dos enfermeiros orientadores das unidades de cuidados na área da supervisão clínica. Na prática verificamos que quando são selecionados para orientarem os estudantes, a formação que detém (ou não) neste domínio muitas vezes não é tida em conta, por diversas razões que se prendem essencialmente com a gestão e organização das unidades de cuidados, o que se traduz negativamente no processo de supervisão do estudante. Esta conclusão aproxima-se da alcançada por Fernandes (2007: 342) que no seu estudo refere que “o processo de aprendizagem beneficia do acompanhamento de uma figura competente e interessada que discute, questiona e faz refletir no desenvolvimento da ação”. Salienta-se que são diversos os estudos existentes que salientam qual deve ser o perfil do supervisor clínico, nomeadamente o de Martins (2009) e Coimbra (2012).

Tal como nos é referido por Rocha (2008), é emergente a necessidade das escolas investirem no processo ensino-aprendizagem para a promoção desta dimensão das competências no processo de cuidar, pois tal como já foi relatado existe evidência científica dos benefícios para os utentes em termos de ganhos em saúde fruto de cuidados de enfermagem de qualidade.

Em relação às limitações do presente estudo, estas prenderam-se com a investigadora, pois pelo facto de haver sobreposição da investigação com as atividades profissionais e responsabilidade parental, implicou um esforço na gestão de tempo e na organização das atividades a desenvolver. No entanto, permitiu-nos um crescimento pessoal, profissional e como investigadora. Por outro lado, temos perceção que não se podem generalizar os resultados, imperando por isso uma necessidade de continuar a investigar esta problemática numa população mais abrangente. Esse é precisamente o objetivo futuro, continuar a investigar esta temática de forma a contribuir para melhorar o processo formativo dos enfermeiros.

No final deste longo percurso, e face aos resultados obtidos, consideramos que demos um contributo importante para a reflexão e a mudança ao nível da formação em enfermagem e indiretamente para a prática clínica.

BIBLIOGRAFIA

*“Se não sabes o que fazer das tuas mãos,
utiliza-as para dar ternura”
Phaneuf (2005: 350).*

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W.C. (2001), *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros*, Coimbra: Formasau-formação e saúde, Lda.
- Abreu, W.C. (2007), *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*, Coimbra: Formasau-formação e saúde, Lda.
- Abreu, W.C. (2011), «Supervisão Clínica em Enfermagem, Desenvolvimento Profissional e Excelência dos Cuidados», in UNIESEP-Núcleo de Investigação de Supervisão, Formação e Informação, *I Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências - Livro de comunicações e resumos*, Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, pp. 14-15. Acedido em 04/09/2012, disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_congresso_int_supervisao_clinica.pdf
- Agostinho, L.M.C.F. (2008), *Competência emocional em enfermeiros: um estudo em hospitais públicos*, Dissertação de mestrado em gestão pública, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 07/07/2012, disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3350/1/2008001353.pdf>
- Alarcão, I. (2011), «Escola Reflexiva e Supervisão», in UNIESEP-Núcleo de Investigação de Supervisão, Formação e Informação, *I Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências - Livro de comunicações e resumos*, Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, pp. 12-13. Acedido em 04/09/2012, disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_congresso_int_supervisao_clinica.pdf
- Albarello, L.; Digneffe, F.; Hiernaux, J.P.; Maroy, C.; Ruquoy, D.; Saint-Georges, P. (1997), *Práticas e Métodos de Investigação em Ciências Sociais*, Coleção Trajetos, vol.39, Lisboa: Gradiva – Publicações, Ld.^a.
- Allekian, C.I. (1979), «Anxiety due to territory and space intrusion questionnaire», in: Ward, MJ; Lindeman, CA (Ed.) *Instruments for measuring nursing practice and other health care variables*, vol.1, Washington: Department of Health, Education, and Welfare,

vol.1, p.100-105. Acedido em 18/08/2009, disponível em: <http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/contentdelivery/servlet/ERICServlet?accno=ED171763>

Almeida, L.S.; Guisande, M.A.; Soares, A.P.; Saavedra, L. (2006), «Acesso e sucesso no Ensino Superior em Portugal: questões de género, origem sociocultural e percurso académico dos alunos», *Psicologia: Reflexão e Crítica*, V.19, n.3, Rio Grande do Sul: Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pp. 507-514. Acedido em 14/08/2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v19n3/a20v19n3.pdf>

Almeida, M.C.P.; Rocha, J. S. Y. (1989), *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*, 2.ed. São Paulo: Cortez.

Almeida, M.J.F. (2004), *A intimidade da «pessoa doente» em contexto hospitalar: valores e fundamentos éticos*, Dissertação de mestrado, Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em 14/08/2012, disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/9667>

Almeida, V.C.F.; Lopes, M.V.O.; Damasceno, M.M.C. (2005), «Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum». *Revista da Escola de Enfermagem*, 39 (2), São Paulo: Universidade de São Paulo, pp.202-210. Acedido em 16/08/2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf/>

Amado, J. (2000), «A Técnica da Análise de Conteúdo», *Revista de Enfermagem Referência*, nº5, novembro, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pp. 53-63. Acedido em 14/02/2013, disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2049&pesquisa=

Amendoeira, J. (2004), *Entre preparar enfermeiros e educar em enfermagem uma transição inacabada: 1950-2003 um contributo sócio – histórico*, Tese de doutoramento em sociologia da educação, Lisboa: Universidade Nova de Lisboa. Acedido em 12/03/2012, disponível em: <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/92>

Amendoeira, J. (2006), *Uma biografia partilhada da enfermagem*, Coimbra: Formasau-
formação e saúde, Lda.

Arnold, E.; Boggs, K.U. (1999), *Interpersonal Relationships: Professional Communication Skill for Nurses*. Third edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company

- Balduino, A.F.A. Mantovani, M.F. Lacerda, M.R. (2007), *O processo de cuidar em enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca*, Dissertação Mestrado em Enfermagem – Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Curitiba: Universidade Federal do Paraná. Acedido em 21/10/2009, disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oAniceBalduino.pdf>
- Balduino, A.F.A.; Mantovani, M.F.; Lacerda, M.R. (2009), «O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca», *Revista de Enfermagem*, vol.13, nº2, abril-junho, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, pp. 342-51. Acedido em 21/10/2009, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>
- Bardin, L. (2008), *Análise de Conteúdo*, Lisboa: Edições 70.
- Beauchamp, T.L.; Childress, J.F. (1994), «Principles of biomedical ethics», in Loch, J.A. (s/d), *Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica*, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Programa de Pós-Graduação em Medicina e Odontologia BIOÉTICA. Acedido em 30/04/2012, disponível em: <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/jussara/confidencialidad.pdf>
- Benner, P. (2001), *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de Enfermagem*, Queirós, A. A.; Lourenço B. (Tradutor) Coimbra: Quarteto.
- Bettencourt, M. (2008), «Tomada de posição sobre a segurança do cliente», *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Nº 29, maio, Lisboa: Ordem dos enfermeiros, pp. 57-62.
- Bettinelli, L.A.; Waskiewicz, J.; Erdmann, A.L. (2003), «Humanização do cuidado no ambiente hospitalar», in *O Mundo da Saúde*, Ano 27, v. 27, nº 2, abr/jun. Acedido em 18/05/2012, disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23\(4\)111.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/is_digital/is_0403/pdf/IS23(4)111.pdf)
- Bobroff, M.C.C. (2003), *Identificação de comportamentos de cuidado afetivo-expressivos no aluno de enfermagem: construção de instrumentos*, Dissertação de Mestrado, São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da USP. Acedido em 04/05/2010, disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-19102004-150714/pt-br.php>
- Bogdan, R.; Biklen, S. (1991), *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*, Porto: Porto Editora.

- Borges, C.I.G. (2010), *Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: que parcerias?* Dissertação de Mestrado em Supervisão, Departamento de didática e tecnologia educativa, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 04/09/2012, disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1432/1/2010001411.pdf>
- Braga, E.M. (2004), *Competência em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem*, Tese de doutoramento em enfermagem, São Paulo: Universidade de São Paulo. Acedido em 05/04/2012, disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-16102006-155511/pt-br.php>
- Briga, S.C.P. (2010), *A comunicação terapêutica enfermeiro/doente: perspectivas de doentes oncológicos entubados endotraquealmente*, Dissertação de Mestrado em Ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto: Universidade do Porto. Acedido em 28/07/2013, disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26914/2/Dissertao%20Mestrado%20Snia%20Briga.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (1994), *Ecological models of human development*, in *International Encyclopedia of Education*, v.3, 2nd ed., Oxford: Elsevier Sciences, Lta, pp. 1643-1647. Acedido em 04/07/2013, disponível em: <http://www.psy.cmu.edu/~sieglar/35bronfenbrenner94.pdf>
- Bronfenbrenner, U. (2005), *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*, California: Sage Publications, Inc. Acedido em 28/07/2013, disponível em: http://books.google.pt/books?id=byY08EBUrQOC&pg=PR30&hl=pt-PT&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false
- Bronfenbrenner, U. (2011), *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humanos*, Carvalho-Barreto, A. (tradução), Porto Alegre: Artmed.
- Bronfenbrenner, U.; Morris, P. (2006), «The Bioecological Model of Human Development», In Damon, W.; Lerner, R., *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development*, sixth edition, Chapter 14, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. pp. 793-828. Acedido em 08/07/2013, disponível em: http://books.google.pt/books?id=GFzWZMvQR8kC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
<http://www.columbia.edu/cu/psychology/courses/3615/Readings/BronfenbrennerModelofDevelopment.pdf>

- Bureau, J. (1995), «L'intimité et l'identité sexuelle: une approche existentielle». *Revue Sexologique: Dossie: Intimité*, vol.3, nº1, printemps, Montreal: UQAM et Les Éditions I.R.I.S., pp. 7-36. Acedido em 01/02/2012, disponível em: http://www.er.uqam.ca/nobel/revsexo/revues/revueSexo_v3n1.pdf
- Camargo, B.V. (2005), «Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais, in Moreira, A.S.P.; Camargo, B.V.; Jesuíno, J.C.; Nóbrega, S.M. (organizadores), *Perspectivas Teórico-metodológicas em representações sociais*, capítulo 17, pp. 511-539, Editora Universitária – UFPB, Brasil. Acedido em 19/07/2013, disponível: http://www.laccos.org/pdf/Camargo2005_alc.pdf
- Camilo, P.; Morais, A.; Fontes, A.; Bastos, L.; Ferreira, A. (1999), «Privacidade: condição ou critério para cuidar», *Revista Nursing*, nº 129, janeiro, Ano 11, Lisboa: Ferreira & Bento, pp 30-36.
- Carmo, H.; Ferreira, M.M. (1998), *Metodologia da Investigação: Guia para auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Carvalho, A.L. (2004), *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico da licenciatura em enfermagem*. Coleção Medicina e Saúde, Lisboa: Instituto Piaget.
- Carvalho, M.D.B.; Pelloso, S.M.; Valsecchi, E.A.S.S.; Coimbra, J.A.H. (1999), «Expectativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital», *Revista da Escola de Enfermagem*, vol.33, n.2, São Paulo: Universidade de São Paulo, pp. 200-206. Acedido em 31/01/2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v33n2/v33n2a12.pdf>
- Castro, M.J.L.F.; Santos, M.V.; Silva, P.R.P.; Morita, A.B.P.S. (2007), *Toque terapêutico (MÉTODO KRIEGER KUNZ): produção científica de enfermagem de 1996 A 2005*, janus, lorena, v. 4, n. 6, jul./dez pp. 103-105. Acedido em 10/04/2012, disponível em: <http://publicacoes.fatea.br/index.php/janus/article/viewFile/190/156>
- Ceitel, M. (2007), *Gestão e desenvolvimento de competências*, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Celich K.L.S. (2003), *Dimensões do processo de cuidar na enfermagem: um olhar da enfermeira*, Dissertação de mestrado em enfermagem, Porto Alegre: universidade Federal do Rio Grande do Sul. Acedido em 10/12/2012, disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/4931>
- Celich K.L.S.; Crossetti M.G.O. (2004), «Estar com o cuidador: dimensão do processo de cuidar». *Revista Gaúcha de Enfermagem*, vol.25, nº3, dezembro, Porto Alegre:

- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pp.377-385. Acedido em 26/10/2009, disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23529/000504716.pdf?sequence=1>
- Chalifour, J. (2008), *A intervenção terapêutica: os fundamentos existencial-humanistas da relação de ajuda*, vol.1, Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Chiavenato, I. (1999), *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro: Campus.
- Coimbra, V.M.O. (2012), *Ensinos clínicos e desenvolvimento profissional do supervisor*, Dissertação de mestrado em supervisão, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 05/07/2013, disponível em: <http://ria.ua.pt/handle/10773/10316>
- Collazo, J.S.; Rogak, L. (2013), *Rezem por mim: citações do Papa Francisco*, Alfragide: Edições Asa II, S.A.
- Collière, M.F. (1989), *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Comissão Europeia (1992), *Strategic framework for education and training in Tratado de Maastricht*. Acedido em 13/12/2012, disponível em: http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/treaty_en.htm
- Comissão Europeia (s/d), *Tuning Educational Structures in Europe: Reference Points for the Design and Delivery of Degree Programmes in Nursing*. Bilbao: Education and Culture DG. Acedido em 13/12/2012, disponível em: http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/key_documents/tuningnursingfinal.pdf
- Costa, E. S.; Leal, I. P. (2006), «Estratégias de coping em estudantes do Ensino Superior», *Análise Psicológica*, abril, v. 24, nº 2, Lisboa: Instituto Superior de psicologia Aplicada, pp. 189-199. Acedido em 13/11/2012, disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/aps/v24n2/v24n2a06.pdf>
- Costa, M.A.M. (2002), *Cuidar de idosos: formação, práticas e competências dos enfermeiros*, Coimbra: Formasau-formação e saúde, Lda.
- Costa, M.A.M.; Mestrinho, M.G.; Sampaio, M.J. (2000), *Ensino de enfermagem: processos e percursos de formação: balanço de um projecto*. Lisboa: Ministério da Saúde/Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

- Costa, M.L.G.P.V. (2011), *Mais saber, melhor enfermagem: a repercussão da formação na qualidade de cuidados*, Tese de Doutoramento em Educação, Instituto de Educação, Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Acedido em 08/07/2013, disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/1576/Tese%20Doutoramento%20-%20Mais%20Saber,%20Melhor%20Enfermagem.pdf?sequence=1>
- Cunha, M.; Ribeiro, O.; Vieira, C.; Pinto, F.; Alves, L.; Santos, R.; Martins, S.; Leite, S.; Aguiar, V.; Andrade, V. (2010), «Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura», *Revista Millenium - Revista do ISPV*, nº38, junho, Viseu: Instituto Superior Politécnico de Viseu, pp. 271-282. Acedido em 23/05/2012, disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium38/18.pdf>
- Custódio, S.; Pereira, A.; Seco, G. (2009), «Stresse e estratégias de coping dos estudantes de enfermagem em ensino clínico», in *X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia*. Braga: Universidade do Minho, ISBN- 978-972-8746-71-1, pp. 4670-4683. Acedido em 13/11/2012, disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.8/146>
- Dancey, C.P.; Reidy, J. (2006). *Estatística sem Matemática: para psicologia. Usando SPSS para Windows*. Tradução Lorí Viali. 3ª Edição. Porto Alegre: Artmed.
- Delors, J. (president) (1996), *Educação: um tesouro a descobrir* - Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Tradução de Guilherme Teixeira (2010). Brasil: Brasília. Acedido em 04/09/2012, disponível em: <http://unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf>
- Deodato, S.; Martins, C.; Carneiro, T. (2008), «Desenhando o sentido, perspetivando o futuro», In *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, Nº 31, dezembro, Lisboa: Ordem dos enfermeiros, pp. 46-48.
- Dias, M.E.S. (2010), *Supervisão de estudantes em ensino clinico: a intervenção do tutor*, Dissertação de Mestrado em Supervisão, Departamento de didática e tecnologia educativa, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 04/09/2012, disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1436/1/2010001527.pdf>
- Dias, M.F.P.B. (2006), *Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Dicionário de Língua Portuguesa (2003-2009), In *Infopédia*. Porto: Porto Editora. Acedido em 27/08/2009, disponível em: <http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa>
- Direção-Geral do Ensino Superior (2000), «Sintonizando as estruturas educativas da Europa», *Descritores de Dublin*, Lisboa: Direcção-Geral do Ensino Superior. Acedido em 28/02/2013, disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Objectivos/Descritores+Dublin/>
- Direção-Geral do Ensino Superior; Direcção de Serviços de Suporte à Rede do Ensino Superior (2011), *INDEZ 2010: Pessoal no ensino superior público*, Lisboa: Direcção-Geral do Ensino Superior. Acedido em 28/02/2013, disponível em: <http://www.dges.mctes.pt/NR/ronlyres/99CEE606-990E-4CB4-A8AC-ACFAF7AAD58B/5817/EstudoINDEZ2010V13.pdf>
- Dixe, M.A.C.R. (2007), «Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a orientação em parceria, enfermeiros orientadores e docentes dos ensinos clínicos», *revista Enfermagem*, Nº 47-48, julho /dezembro, Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros, pp.70-74.
- Entidade Reguladora da Saúde (2009). *Consentimento informado – Relatório Final*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde. Acedido em 28/02/2013, disponível em: https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf
- Faculdade de ciências humanas (2006), *Normas para apresentação de uma dissertação ou tese de pós-graduação*, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Faísca, L. (2009), *Análise textual, que possibilidades*, Programa Metis- Métodos e Técnicas de Investigação em Saúde, Módulo análise qualitativa de dados, julho. FCHS: Universidade do Algarve. Documento não publicado.
- Fernandes, J.D.; Rosa, D.O.S.; Vieira, T.T.; Sadigursky, D. (2008) «Dimensão ética do fazer cotidiano no processo de formação do enfermeiro», In: *Revista da escola de enfermagem*, vol.42, nº2, São Paulo: Universidade de São Paulo, pp. 396-403. Acedido em 04/09/2012, disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200026&lng=en&nrm=iso
- Fernandes, M.A.M.F. (2009), *Dinâmica do relacionamento entre profissionais de saúde e doentes*, Coimbra: Formasau-formação e saúde, Lda.

- Fernandes, O. (2007), *Entre a teoria e a experiencia: Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fernandes, O. (2011), «Desenvolvimento de Competências dos Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico», UNIESEP-Núcleo de Investigação de Supervisão, Formação e Informação, *I Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências - Livro de comunicações e resumos*, Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, pp. 29-30. Acedido em 04/09/2012, disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_congresso_int_supervisao_clinica.pdf
- Fernandes, S.J.D. (2010), *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*, Tese de doutoramento em enfermagem, Lisboa: Universidade Católica. Acedido em 07/07/2012, disponível em: http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/4984/3/Tese_Dout_SD_Final_23.10.10_paginada.pdf
- Ferreira, M. (2004), «Formar Melhor Para Um Melhor Cuidar», *Millenium - Revista do ISPV*, n.º 30, outubro, Viseu: Instituto Superior Politécnico de Viseu, pp. 123-137. Acedido em 18/07/2012, disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/10.pdf>
- Ferreira, M. (2005), «Alguns fatores que influenciam a aprendizagem do estudante de enfermagem», *Millenium - Revista do ISPV*, n.º 31, maio, Viseu: Instituto Superior Politécnico de Viseu, pp. 150-173. Acedido em 10/07/2010, disponível em: www.ipv.pt/millenium/Millenium31/default.htm
- Ferreira, M.; Dias, M.O. (2005), *Ética e profissão: relacionamento interpessoal em enfermagem*, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Ferreira, M.; Tavares, J.; Duarte, J. (2006), «Competências relacionais de ajuda nos estudantes de enfermagem», *Revista de Enfermagem Referência*, II Série, n.º2, junho, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pp. 51-62. Acedido em 17/03/2010, disponível em: http://www.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=24&id_revista=4&id_edicao=6

- Ferreira, S.I.J. (2008), *Primeiro Ensino Clínico na perspectiva do estudante: das expectativas à prática*, Dissertação de mestrado em Supervisão, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 05/09/2012, disponível em: <http://ria.ua.pt/handle/10773/1364>
- Fortin, M.F. (2009), *O processo de investigação*, Loures: Lusociência.
- Fortin, N.; Thériault, J. (1995), «Intimité et satisfaction sexuelle», *Revue Sexologique*, vol.3, nº1, printemps. Montréal: UQAM et Éditions I.R.I.S., pp. 37-58. Acedido em 01/02/2012, disponível em: http://www.er.uqam.ca/nobel/revsexo/revues/revueSexo_v3n1.pdf
- Franco, M.; Florentim, R. (2006), «A satisfação dos utentes em serviços de saúde: um estudo exploratório sobre o Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental do Centro Hospitalar da Cova da Beira», *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, vol.24, nº1, janeiro/junho, Lisboa: Escola Nacional de Saúde Publica, pp. 21-35. Acedido em 05/05/2013, disponível em <http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/02.pdf>
- Frenk, J., Chen, L.; Bhutta, Z.A.; Cohen, J.; Crisp, N.; Evans, T.; Fineberg, H. et al. 2010. «Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world», *Digital Access to scholarship at Harvard, The Lancet* 376(9756): 1923-1958. Acedido em 29/01/2014, disponível em: <http://nrs.harvard.edu/urn-3:HUL.InstRepos:4626403>
- Gasparino, R.C.; Guirardello, E.B. (2006), «Sentimento de invasão do espaço territorial e pessoal do paciente», *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, set-out; 59(5), Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, pp. 652-655. Acedido em 13/02/2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a11.pdf>
- Gauthier, B. (2003), *Investigação social: da problemática à colheita de dados*, Tradução de Salgueiro, N.; Salgueiro, R.P. 3ª ed. Loures : Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Gobbi, M.; Hollos, S.; Dale, B.; Jaccarani, G. (s/d), «Teaching, Learning and Assessment – NURSING (Approaches to Teaching, Learning and Assessment and the Subject Area Competences – NURSING)», in *Tuning Educational Structures in Europe*. Acedido em 13/12/2012, disponível em: <http://www.unideusto.org/tuningeu/documents/teaching-learning-a-assessment.html>

- Hair, J.F.; Black, B.; Babin, B.; Anderson, R.E.; Tatham, R.L.(2006), *Multivariate Data Analysis*, 6ª edição, Tradução de Pearson Education, Porto Alegre: Artmed Editora S. A. Acedido em 12/01/2013, disponível em: http://books.google.pt/books?id=oFQs_zJI2GwC&pg=PA238&hl=ptPT&source=gb_selected_pages&cad=2#v=onepage&q&f=false
- Halldorsdottir, S. (2008), «The dynamics nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective», *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, vol.22, nº4, Dec, Nordic College of Caring Science, pp.643–652. Acedido em 22/01/2013, disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=ff0aeacc-72b9-4ede-96c4-64da32419b04%40sessionmgr198&vid=1&hid=120&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZSZZY29wZT1zaXRl#db=rzh&AN=2010103864>
- Hesbeen, W. (2000), *Cuidar no hospital – enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*, Loures: Lusodidacta – Sociedade Portuguesa de Material Didático, Lda.
- Horta, W.A. (1975), «Aplicação do processo de enfermagem», *Revista da Escola de Enfermagem*, agosto, vol.9, nº2. São Paulo: Universidade de São Paulo, pp. 300-304.
- Horta, W.A. (1979), *Processo de enfermagem*, Castellanos, B, E.P. (colaboração), São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, LTDA.
- Jones, A. (1995), «Competências interpessoais», *Revista Nursing*, nº 93. outubro, Lisboa: Ferreira & Bento, pp.26-29.
- Kérouac, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. (2007), *El Pensamiento enfermero*. Barcelona: Elsevier Doyma, S.L. Acedido em 23/02/2013, disponível em: <http://books.google.pt/books?id=fEYop7piOTkC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Suzanne+K%C3%A9rouac%22&hl=pt-PT&sa=X&ei=MY7AUJPBEoKRhQeUy4CwDw&ved=0CDcQ6AEwAg#v=onepage&q&f=true>
- Lazure, H. (1994), *Viver a relação de ajuda*, Lisboa: Lusodidacta.
- Le Boterf, G. (2005), *Construir as competências individuais e coletivas*, Lisboa: Edições Asa.
- Le Boterf, G. (2006), «Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar», Saúde, S.; Almeida, C.C. (tradução), *Revista Pessoal*, junho, Lisboa: Associação

- Portuguesa de Gestão das Pessoas, pp.60-63. Acedido em 10/07/2010, disponível em: <http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>
- Le Boterf, G. (2007), *Desenvolvendo a competência dos profissionais*, 3ª Edição revista e ampliada. Reuillard, P.C.R. (Tradução), Porto Alegre: Artmed.
- Le Boterf, G. (2008a), *Repenser la compétence: Pour dépasser les idées reçues – quinze propositions*, 2ª edição, Paris: Editions d'organisation. Acedido em 08-05-2012, disponível em: <http://books.google.pt/books?id=EsZFPPbwGPkC&printsec=frontcover&dq=Repenser+la+competence&hl=pt-PT&sa=X&ei=kAjoUYjhG8KAPaL8gcgB&ved=0CDQQ6wEwAA>
- Le Boterf, G. (2008b), *Costruire le competenze individuali e collettive. Agire e riuscire com competenza. Le risposte a 100 domande*, Napoli: Alfredo Guida Editore. Acedido em 12/04/2013, disponível em: <http://books.google.pt/books?id=UEQl653ZOUoC&printsec=frontcover&dq=Guy+Le+Boterf&hl=pt-PT&sa=X&ei=TwroUbDyOcfYPIjKgFg&ved=0CGEQ6wEwBw>
- Le Boterf, G. (2011), *Ingénierie et évaluation des compétences*, 6ª edição, Paris: Éditions d'Organisation. Acedido em 12/04/2013, disponível em: http://books.google.pt/books?id=U20xKFaYFuQC&pg=PA105&hl=pt-PT&source=gbs_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false
- Leino-Kilpi, H; Välimäki, M.; Dassen, T.; Gasull, M.; Lemonidou, C.; Scott, A.; Arndt, M. (2001), «Privacy: a review of the literature», *International Journal of Nursing Studies*, vol.38, nº6, December, pp. 663–671. Acedido em 17/07/2013, disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748900001115>
- Lessard-Hébert, M. (1996), *Pesquisa em Educação*, Coleção Horizontes pedagógicos, nº28, Lisboa: Instituto Piaget.
- Lessard-Hébert, M.; Goyette, G.; Boutin, G. (1997), *La recherche qualitative: fondements et pratiques. Méthodes en Sciences Humaines*, Montréal: Editions Nouvelles AMS. Acedido em 12/04/2013, disponível em: <http://books.google.pt/books?id=vTPmP2VWdJcC&pg=PP1&lpg=PP1&dq=Lessard+H%C3%A9bert,+Michelle,+Goyette,+Gabriel,+Boutin,+G%C3%A9rald.+La+recher>
-

ch%C3%A9+qualitative:+fondemments+et+pratiques.+M%C3%A9thodes+en+sciences+Humaines.+Montr%C3%A9al:+Editions+Nouvelles+AMS.+1997.&source=bl&ots=t0nZImYfrs&sig=eUmOZly109_W9aVpAVZcmhh5tBk&hl=pt-PT&sa=X&ei=kA3oUe-aCYPFPZ6MgegE&ved=0CC0Q6AEwAA

- Lima, V.V. (2005), «Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde». *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, v.9, nº17, março/agosto, Botucatu: Fundação UNI/UNESP da Universidade Estadual Paulista, pp. 369-379. Acedido em 13/01/2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/icse/v9n17/v9n17a12.pdf>
- LoBiondo-Wood, G.; Haber, J.(2001), *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*, 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.
- Loch, J.A. (s/d), *Confidencialidade: natureza, características e limitações no contexto da relação clínica*, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul Programa de Pós-Graduação em Medicina e Odontologia BIOÉTICA. Acedido em 30/04/2012, disponível em: <http://www.pucrs.br/bioetica/cont/jussara/confidencialidad.pdf>
- Lopes, M.J. (2005), «Os clientes e os enfermeiros: Construção de uma relação», *Revista da Escola de Enfermagem*, 39(2), São Paulo: Universidade de São Paulo, pp. 220-228. Acedido em 17/07/2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/V39n2/13.pdf>
- Lopes, M.J. (2006), *A relação enfermeiro-doente: como intervenção terapêutica*, Coimbra: Formasau-formação e saúde, Lda.
- Lopes, M.J. (2011), «A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: reflexões a partir dos resultados de um trabalho de investigação», Silva, A.O.; Costa, I.C.C.; Alves, M.S.C.F. *Investigação em Saúde: múltiplos enfoques*, Natal: EDUFRN. Editora Universitária, pp. 20-30. Acedido em 24/04/2013, disponível em: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/4108>
- Lopes, R.C.C.; Azeredo, Z.A.S.; Rodrigues, R.M.C. (2013), «Competências relacionais dos estudantes de enfermagem: Follow-up de programa de intervenção», *Revista de Enfermagem Referência*, III série, nº9 março, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem, pp. 27-36. Acedido em 09/07/2013, disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIII1253> .

- López, M.T.A. (2005), «Formación estratégica para el desarrollo de competências», In: *Revista ROL de Enfermería*, vol., 28, nº 7-8, Jul./Ago, Barcelona: Ediciones ROL, S.A. p.20-24.
- Madeira, R.; Lopes, V. (2007), «Necessidades de formação de enfermeiros ao nível das competências relacionais e de continuidade de cuidados» in Rodrigues, Â.; Nascimento, C.; Antunes, L.; Mestrinho, M.G.; Serra, M.; Madeira, R.; Canário, R.; Lopes, V. (2007), *Processos de formação na e para a prática de cuidados. Ciclo de Colóquios*, capítulo II, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda, pp. 47-76
- Marconi M.A.; Lakatos, E.M. (1990), *Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados*, 2ª edição, São Paulo: Atlas S.A.
- Marini, B. (1999), «Institutionalized older adults' perceptions of nurse caring behaviors: A pilot study», *Journal of gerontological nursing*. 25(5):10-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10578760>
- Marins, A.C.; Araújo, S.T.C. (2005), «A percepção auditiva da paralinguagem do paciente após tireoidectomia subtotal: ensino e pesquisa em enfermagem», *Revista de Enfermagem*, vol.10, nº3, dezembro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, pp. 586-591. Acedido em 14/08/2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v10n3/v10n3a32.pdf>
- Marôco, J. (2011), *Análise estatística com o SPSS Statistics*, 5ª edição, Pero Pinheiro: Report Number – Analise e gestão de informação, Lda.
- Marôco, J.; Garcia-Marques, T. (2006), «Qual a fiabilidade do alfa de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas?», *Revista Laboratório de Psicologia*, vol.4, nº 1, Lisboa: Instituto de Psicologia Aplicada, pp.65-90. Acedido em 13/11/2012, disponível em: [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204\(1\)%20-%2065-90.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/133/1/LP%204(1)%20-%2065-90.pdf)
- Martins de Oliveira, P.C. (2010), *Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem*, Dissertação de Mestrado em Administração e Planificação da Educação, Porto: Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Acedido em: 23/05/2012, disponível em: <http://repositorio.uportu.pt/dspace/bitstream/123456789/255/1/TME%20412.pdf>

- Martins, C.S.R. (2009), *Competências desejáveis dos supervisores de ensino clínico: representações de alunos de enfermagem*, Dissertação de mestrado em pedagogia do ensino superior, Lisboa: Universidade de Lisboa. Acedido em 07/07/2012, disponível em: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/846>
- Mayring, P. (2000), «Qualitative Content Analysis», *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol.1, nº2, art. 20, june. Acedido em 13/11/2012, disponível em: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>
- Meleis, A.I. (1997), *Theoretical Nursing: Development & Progress*, 3ª ed.. Philadelphia: J.B.Lippincott Publishers.
- Melo, R.C.; Parreira, P.M. (2009), «Predictors of the development of relational skills: Study with students of nursing», in *The 1st International Nursing Research Conference of World Academy of Nursing Science*, Japão: Kobe International Exhibition Hall, pp. 90. Acedido em 17/08/2012, disponível em: http://wans.umin.ne.jp/confe/wans_1st.pdf
- Melo, R.C.; Raposo, N.V. (2007), «Desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: Estudo com estudantes de enfermagem», *Revista portuguesa de pedagogia*, ano 41-1, Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação, pp. 189-209. Acedido em 04/09/2012, disponível em: <http://hdl.handle.net/10316.2/4536>
- Melo, R.C.C.P. (2005), *Auto-conceito e desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: estudo com estudantes de enfermagem*, *Revista de Enfermagem Referência*, II série, nº1, dezembro, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem, pp. 63-71. Acedido em 26/06/2011, disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=63&pesquisa=
- Melo, R.C.C.P. (2011), *Estratégias promotoras do desenvolvimento de competências relacionais de ajuda: o contributo dos dirigentes*, Tese de doutoramento em enfermagem, Lisboa: Universidade Católica. Acedido em 18/08/2012, disponível em: <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8535/1/Tese%20Doutoramento%20Rosa%20C%3A2ndida%20Melo.pdf>
- Melo, R.C.C.P.; Silva, M.J.P.; Parreira, P.M.D.; Ferreira, M.M.C. (2011), «Competências relacionais de ajuda nos enfermeiros: validação de um instrumento de medida», *Revista da Escola de Enfermagem*, vol.39, nº2, São Paulo: Universidade de São Paulo,

- pp.1387-1395. Acedido em 14/05/2012, disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/re USP/v45n6/v45n6a16.pdf>
- Mestrinho, M.G. (2008), «Papéis e Competências dos Professores de Enfermagem. Um quadro de análise», *Revista Pensar Enfermagem*, Vol.12 nº2, 2º Semestre, Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pp.2-12. Acedido em 16/01/2013, disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_2-12\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2008_12_2_2-12(2).pdf)
- Mestrinho, M.G. (2011), *Profissionalismo e competências dos professores de enfermagem*, Tese Doutoramento em Enfermagem, Lisboa: Universidade de Lisboa. Acedido em 07/07/2012, disponível em:
http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4227/2/ulsd061143_td_Maria_Mestrinho.pdf
- Mestrinho, M.G. (2012), *Ensino de Enfermagem: Caminhos de mudança na formação de professores*, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Morais, G.S.N.; Costa, S.F.G.; Fontes, W.D.; Carneiro, A.D. (2009), «Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado», *Revista Acta Paulista de Enfermagem*, vol.22, nº3, Escola Paulista de Enfermagem, São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, pp. 323-327. Acedido em 27/01/2011, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>
- Morse, J.M.; Bottorff, J.; Anderson, G.; O'Brien, B.; Solberg, S. (1992). «Beyond empathy: expanding expressions of caring», *Journal of Advanced Nursing*, vol.17, nº7, julho, pp. 809-821. Disponível em:
<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=7059b367-70da-44a7-907e-5075cd9272e7%40sessionmgr11&vid=2&hid=26>
- Nascimento, A.R.A.; Menandro, P.R.M. (2006), «Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada», *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Ano 6, nº 2, 2º semestre Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, pp.72-88. Acedido em 23/11/2013, disponível em:
<http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>
- Neto, M.C.B.R.R.V. (2006). *Representação do cuidar em enfermagem: uma visão de professores e estudantes*, Dissertação de Mestrado em Estudos Sobre as Mulheres. LISBOA: Universidade Aberta. Acedido em 16/01/2013, disponível em:
<http://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/554/1/LC176.pdf>

- Nunes, L. (2002), «Cinco estrelas: acerca das competências morais no exercício de enfermagem», *Revista Nursing*, Nº 171, ano 14, novembro, Lisboa: in – informação em saúde, pp. 8-11.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: Enfermagem em Portugal (1881-1998)*, Loures: Lusociência- Edições técnicas e científicas, Lda.
- Nunes, L. (2013), «Competências morais dos profissionais de enfermagem- Cinco Estrelas Revisitadas» *Comunicação apresentada no VIII Encontro Enfermagem, Centro Hospitalar Leiria-Pombal*, outubro. Leiria-Pombal: Centro Hospitalar Leiria-Pombal, pp.1-14. Acedido em 13-01-2014, disponível em: <http://comum.rcaap.pt/handle/123456789/4804>
- OCDE (2012a), *PORTUGAL – Country Note – Education at a Glance 2012: OECD Indicators*. Acedido em 14/12/2012, disponível em: <http://www.oecd.org/edu/CN%20-%20Portugal.pdf>
- OCDE (2012b), *Education at a Glance 2012: OECD Indicators*, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/eag-2012-en>. Acedido em 14/12/2012, disponível em: http://www.oecd.org/edu/EAG%202012_e-book_EN_200912.pdf
- OCDE (2012c), «Education spending rising but access to higher education remains unequal in most countries», in *The press conference live*. Acedido em 14/12/2012, disponível em: <http://www.oecd.org/newsroom/educationspendingrisingbutaccesstohighereducationremainsunequalinmostcountriessaysoecd.htm>
- Oliveira, M.E.; Fenili, R.M.; Zampieri, M.F.; Martins, C. R. (2006), «Em ensaio sobre a comunicação no cuidado de enfermagem utilizando os sentidos», *Enfermeria Global*, nº 8 Mayo, Múrcia: Universidade de Múrcia, pp. 1-7. Acedido em 29/04/2013, disponível em: <http://revistas.um.es/eglobal/search/authors/view?firstName=M%C2%AA%20E.&middleName=&lastName=Oliveira&affiliation=&country=>
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (2011). *Relatório de Primavera 2011: Da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde*, Lisboa: mar de palavra-Edições, Ld.^a.
- OPSS - Observatório Português dos Sistemas de Saúde, (2012). *Relatório de Primavera 2012: Crise & Saúde – um país em sofrimento*, Lisboa: Fundação Calouste

Gulbenkian. Acedido em 20-06-2013, disponível em:
http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/RelatorioPrimavera2012_OPS_S_3.pdf

Ordem dos enfermeiros (2003), *Competências do enfermeiro de cuidado gerais*, Conselho de enfermagem. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido em 12/05/2012, disponível em:

<http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/CompetenciasEnfCG.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2007), *Enfermagem portuguesa implicações na adequação ao Processo de Bolonha no atual quadro regulamentar*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Acedido em 13/01/2012, disponível em:
http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/2007_Enfermagem_Portuguesa_Processo_Bolonha.pdf

Ordem dos enfermeiros (2009), *Código deontológico*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Acedido a 27/03/2013, disponível em:
<http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

Ordem dos enfermeiros (2012) *Regulamento do perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais*, Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido em 10/12/2012, disponível em

http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20-%20regulamento%20do%20perfil_VF.pdf

Ordem dos enfermeiros (2012), *Dados Estatísticos 2000-2012*. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. Acedido em 09/07/2013, disponível em:

http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/dados_estatisticos/index.html#/1/zoomed

Pacheco, M.S.F.S. (2008), «Stress e Mecanismos de Coping nos Estudantes de Enfermagem», *Revista de Enfermagem Referência*, II Série, nº7, Out. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem, pp.89-95. Acedido em 14/10/2009, disponível em:

http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2108&pesquisa=

Pacheco, M.S.F.S. (2011), *Desenvolvimento da competência ética dos estudantes de enfermagem: uma teoria explicativa*, Tese de doutoramento em enfermagem, Lisboa: Universidade Católica Portuguesa. Acedido em 08/07/2012, disponível em:

<http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/7947/1/Desenvolvimento%20da%20com>

[pet%C3%A2ncia%20C3%A9tica%20dos%20estudantes%20de%20enfermagem.pdf](#)

- Paes da Silva, M.J. (1989) *A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não verbal dos pacientes*. Dissertação Mestrado, Escola de Enfermagem, São Paulo: Universidade de São Paulo. Acedido em 20/07/2013, disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/101425>
- Paes da Silva, M.J. (2002), «O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde», *Revista Bioética*, vol.10, n°2, pp. 73-88. Acedido em 13/01/2012, disponível em: http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/215/216
- Pais Ribeiro, J.L. (2004). «Desenvolvimento de uma escala de auto-apreciação pessoal ou auto estima para utilização em contexto de saúde». *Revista Psicologia e Educação*, vol. III n°2, Dez, pp.49-56, Porto: Universidade do Porto. Acedido em 13/01/2012, disponível em: http://sigarra.up.pt/fpceup/pt/publs_pesquisa.formview?p_id=8941
- Paiva, L.A.R. (2008), *Supervisão em ensino clínico de enfermagem: o stress dos tutores e a influência no apoio percebido pelos estudantes*, Dissertação de Mestrado em Supervisão, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 18/07/2012, disponível em: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2008001867>
- Paranhos, V.D.; Mendes, M.M.R. (2010), «Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem». *Revista Latino-Americana de Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*, vol.18, n.1, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, pp. 109-115. Acedido em 13/01/2012, disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n1/pt_17.pdf
- Peplau, H.E. (1990), *Relaciones interpersonales en enfermeira: Un marco de referencia conceptual para la enfermería psicodinámica*. Barcelona: Salvat.
- Pereira, J.T.R. (compilação) (2010), *Código Civil*, Verbo Jurídico. Acedido em 18/06/2013, disponível em: <http://www.verbojuridico.com/download/codigocivil2010.pdf>
- Pereira, N.G.G. (2008), *Comunicação de enfermeiro/utente num serviço de urgência*, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa: Universidade de Lisboa. Acedido em 16/02/2011, disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/711/1/LC446.pdf>
- Perrenoud, P. (2001), *Porquê construir competências a partir da escola? Desenvolvimento da autonomia e luta contra as desigualdades*. Porto: ASA Editores.

- Pestana, M.H.; Gageiro, J.N. (2000), *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*, 2ª edição, Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- Phaneuf, M (s/d), *Le concept d'humanité: une application aux soins infirmiers généraux*, Acedido em 18/05/2013, disponível em: <http://cec-formation.net/pagesperso-orange.fr/phaneuf.pdf>
- Phaneuf, M. (2005), *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*, Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Ld.^a.
- Picco, E.; Santoro, R.; Garrino, L. (2010), «Dealing with the patient's body in nursing: nurses' ambiguous experience in clinical practice» *Nursing Inquiry* 17 (1) Canadá: Universidade de British Columbia, pp.39–46. Acedido em 27-01-2014, disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1800.2009.00481.x/pdf>
- Pierson, M.-L. (2003), «Les langages silencieux et l'image de soi», in *L'intelligence Relationnelle*. Deuxième édition, partie 2, chapitre 4, Éditions d'Organisation. Pp. 57-120. Acedido em 24/01/2013, disponível em: http://www.editions-eyrolles.com/Chapitres/9782708129597/Pierson_Partie2.pdf
- Pinto, C.B. (2011), «Supervisão e Construção do Pensamento Ético em Enfermagem», in UNIESEP-Núcleo de Investigação de Supervisão, Formação e Informação, *I Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências - Livro de comunicações e resumos*, Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, pp. 18-19. Acedido em 04/09/2012, disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_congresso_int_supervisao_clinica.pdf
- Pires, A.L.O. (2002), «Educação e formação ao longo da vida: análise crítica dos sistemas e dispositivos de reconhecimento e validação de aprendizagens e de competências», Dissertação de doutoramento em Ciências da Educação, Faculdade de Ciências e Tecnologia, Lisboa: Universidade Nova. Acedido em 18/07/2012, disponível em: <http://run.unl.pt/handle/10362/1004>
- Pires, R.P. (2006), *Formação de competências na interface estágio extracurricular e início da atuação profissional como enfermeiro*, Dissertação de mestrado em Administração Serviços de Saúde. Escola de Enfermagem. São Paulo: Universidade de São Paulo. Acedido em 28/04/2013, disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7131/tde-15012007-120530/pt-br.php>

- Pires, S.M.B. (2007). *Sistematização do cuidado em enfermagem: uma análise da implementação*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Curitiba: Universidade Federal do Paraná. Acedido em 04/09/2012, disponível: <http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/handle/1884/14043>
- Pola, M.S.; Mesalles, A.M.; Carretero, J.M.M. (2005), «Evaluación de la competencia clínica en enfermería», *Revista ROL de Enfermería*, vol.28, nº 7-8, Jul./Ago, Barcelona: Ediciones ROL, S.A. p.13-18.
- Polit, D.F.; Hungler, B.P. (1995), *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem*, 3ª Edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pontes, A.C.; Leitão, I.M.T.A.; Ramos, I.C. (2008), «Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado», *Revista Brasileira de enfermagem (REBEn)*, maio-junho, vol.61, nº3, Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, pp.312-318. Acedido em 06/01/2013, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n3/a06v61n3.pdf>
- Pordata (2012a). *Alunos matriculados no ensino superior (ISCED 5-6): total e por sexo*, Base de Dados Portugal Contemporâneo. Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido em 06/05/2013, disponível em: [http://www.pordata.pt/Europa/Alunos+matriculados+no+ensino+superior+\(ISCED+5+6\)+total+e+por+sexo-1296](http://www.pordata.pt/Europa/Alunos+matriculados+no+ensino+superior+(ISCED+5+6)+total+e+por+sexo-1296)
- Pordata (2012b), *Mulheres no total de alunos matriculados (ISCED 5-6): total e por área de educação (%)*, Base de Dados Portugal Contemporâneo. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido em 06/05/2013, disponível em: [http://www.pordata.pt/Europa/Mulheres+no+total+de+alunos+matriculados+\(ISCED+5+6\)+total+e+por+area+de+educacao+\(percentagem\)-1305](http://www.pordata.pt/Europa/Mulheres+no+total+de+alunos+matriculados+(ISCED+5+6)+total+e+por+area+de+educacao+(percentagem)-1305)
- Portugal (1942), Ministério do Interior - *Decreto-lei 31:913*, Diário do Governo, I série, nº 58 de 12 de março, pp. 228-230 (Promulga várias disposições atinentes à remodelação dos quadros das instituições de assistência em regime de comparticipação). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1942/03/05800.pdf>
- Portugal (1947), Ministério do Interior - *Decreto-lei 36:219*, Diário do Governo, I série, nº 81 de 10 de abril. Ensino de Enfermagem, pp. 277-280 (Reorganiza o ensino de enfermagem). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1947/04/08100.pdf>

- Portugal (1952a), Ministério do Interior - *Decreto-lei 38:884*, Diário do Governo, I série, nº 190 de 28 de agosto, pp.876-878 (Regula o funcionamento dos cursos de enfermagem). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1952/08/19000/08750878.pdf>
- Portugal (1952b), Ministério do Interior - *Decreto-lei 38:885*, Diário do Governo, I série, nº 190 de 28 de agosto, pp. 878-880 (Aprova o Regulamento das Escolas de Enfermagem). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1952/08/19000.pdf>
- Portugal (1966), Ministério da Justiça – *Decreto-Lei nº 47 344*, Diário do Governo, I série, nº 274, de 25 de novembro, pp. 1883-2086 (Código civil). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1966/11/27400/18832086.pdf>
- Portugal (1974), Ministério dos assuntos Sociais – *Decreto-lei nº 440/74*, Diário da Republica, I série, nº 212, de 11 de setembro, pp. 1051-1052 (Promulgação dos cursos de promoção dos auxiliares de enfermagem). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1974/09/21200/10511052.pdf>
- Portugal (1978), Ministério dos Negócios Estrangeiros – *Aviso*, Diário da república, I serie nº 57 de 9 de março, pp. 488-493 (Autoriza a publicação do texto em inglês e a respetiva tradução em português da Declaração Universal dos Direito do Homem de 10 de dezembro de 1948). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1978/03/05700.pdf>
- Portugal (1981), Ministério das Finanças e do Plano, dos assuntos Sociais e da Reforma Administrativa - *Decreto-Lei n.º 305/81*, Diário da Republica, , I Série, nº 261 de 12 de novembro, pp 2998-3004 (Carreira de enfermagem). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdf1sdip/1981/11/26100/29983004.pdf>
- Portugal (1986), Assembleia da Republica – *Lei nº 46/86*, Diário da Republica, I série, nº 237, de 14 de outubro, pp. 3067-3081 (Lei de Bases do sistema Educativo). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1986/10/23700.pdf>
- Portugal (1988), Ministério da Saúde - *Decreto-Lei nº 480/88*, Diário da Republica, I série, nº 295, de 23 de dezembro, pp. 5070-5072 (Estabelece a integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1988/12/29500.pdf>

- Portugal (1990a), Assembleia da Republica – *Lei n° 48/90*, Diário da Republica, I série, n° 195, de 24 de agosto, pp. 3452-3459 (Lei de Bases da Saúde). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1990/08/19500.pdf>
- Portugal (1990b), Ministério da Educação e da Saúde - *Portaria n° 195/90*, Diário da Republica, I série, n° 64, de 17 de março, pp. 1331-1334 (Regulamenta o Curso de Bacharelato em enfermagem, a que se refere o Decreto-Lei n° 480/88, de 23 de dezembro). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1990/03/06400.pdf>
- Portugal (1996), Ministério da Saúde - *Decreto-lei 161/96*, Diário da República, I série - A, n° 205 de 04 de setembro, pp. 2959-2962 (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros). Acedido em 24/07/2013, disponível em: <http://www.dre.pt/pdf1s/1996/09/205A00/29592962.pdf>
- Portugal (1998), Ministério da Saúde - *Decreto-lei 104/98*, Diário da Republica, I série - A, n° 93 de 21 de abril, artigo 78°, pp. 1754-1755, (Cria a ordem dos enfermeiros e aprova o respetivo estatuto). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1998/04/093A00.pdf>
- Portugal (1999a), Ministério da Educação – *Decreto-Lei n° 353/99*, Diário da Republica, I série-A, n° 206, de 3 de setembro, pp. 6198-6201 (Fixa as regras gerais a que está subordinado o ensino da enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1999/09/206A00.pdf>
- Portugal (1999b), Ministério da Educação - *Portaria n.º 799-D/99*, Diário da Republica, I Série-B, n° 219, de 18 de setembro, pp. 6510 (3-7) (Aprova o Regulamento Geral do curso de Licenciatura em Enfermagem). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/1999/09/219B01.pdf>
- Portugal (2001), Assembleia da Republica- *Resolução n° 1/2001*, Diário da Republica - I Série-A, n° 2 de 3 de janeiro. Convention pour la protection des droits de l’homme et de la dignité de l’être humain à l’égard des applications de la biologie et de la medicine: convention sur les droits de l’homme et de la biomédecine. pp. 14-35. Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/2001/01/002A00.pdf>
- Portugal (2004), Ministério da Saúde – *Decreto-Lei n°206/2004*, Diário da Republica, I Série-A, n°195 de 19 de agosto, pp.5418-5423 (Regulamenta o artigo 15.º do regime jurídico da gestão hospitalar, aprovado pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro).

Acedido em 28/04/2013, disponível em:
<http://dre.pt/pdf1sdip/2004/08/195A00/54185423.pdf>

Portugal (2005), Assembleia da Republica - *Lei Constitucional n° 1/2005*, Diário da Republica - I Série-A, n° 155 de 12 de agosto, pp. 4642-4686 (Sétima revisão constitucional. Acedido em 27/04/2013, disponível em:
<http://dre.pt/pdfgratis/2005/08/155A00.pdf>

Portugal (2006a), Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior - *Decreto-Lei n° 74/2006*, Diário da Republica, I série-A, n° 60, de 24 de março, pp. 2242-2257 (Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior). Acedido em 27/04/2013, disponível em: <http://dre.pt/pdfgratis/2006/03/060A00.pdf>

Portugal (2006b) Ministério da Ciência, Tecnologia E Ensino Superior - *Decreto-Lei n°64/2006*, Diário da Republica - I Série - A, n° 57 de 21 de março, pp. 2054-2056 (Regulamenta as provas especialmente adequadas destinadas a avaliar a capacidade para a frequência do ensino superior dos maiores de 23 anos, previstas no n° 5 do artigo 12° da Lei n° 46/86 de 14 de outubro). Acedido em 27/04/2013, disponível:
<http://dre.pt/pdfgratis/2006/03/057A00.pdf>

Portugal (2007a), Assembleia da Republica - *Lei n° 62/2007*, Diário da Republica, I série, n° 174 de 10 de setembro, pp. 6358-6389 (Regime jurídico das instituições de ensino superior). Acedido em 27/04/2013, disponível em:
<http://dre.pt/pdfgratis/2007/09/17400.pdf>

Portugal (2007b) Ministério da Ciência, Tecnologia E Ensino Superior - *Decreto-Lei n.º 369/2007*, Diário da Republica, I série, n° 212 de 5 de novembro, pp. 8032-8040 (Cria a Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior e aprova os respetivos estatutos). Acedido em 27/04/2013, disponível em:
<http://dre.pt/pdfgratis/2007/11/21200.pdf>

Portugal (2008), Ministério da Educação, Universidade de Évora – *Despacho (extrato) n° 13495/2008*, Diário da Republica, II série, n° 93, de 14 de maio, pp. 21647-21649 (Adequação ao Processo de Bolonha do curso de Licenciatura em Enfermagem pela Universidade de Évora). Acedido em 27/04/2013, disponível em:
<http://dre.pt/pdfgratis2s/2008/05/2S093A0000S00.pdf>

Portugal (2009a), Assembleia da Republica – *Lei n° 111/2009*, Diário da Republica, I série, n° 180, de 16 de setembro, pp.6528-6550 (Procede à primeira alteração ao Estatuto da

- Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de abril).
Acedido em 27/04/2013, disponível em:
<http://dre.pt/pdf1sdip/2009/09/18000/0652806550.pdf>
- Portugal (2009b), Ministério da Saúde – *Decreto-Lei n.º 247/2009*, Diário da Republica, I série, n.º 184, de 22 de setembro, pp. 6758-6761 (Estabelece o regime da carreira de enfermagem). Acedido em 27/04/2013, disponível em:
<http://dre.pt/pdfgratis/2009/09/18400.pdf>
- Portugal (2010), Ministério da Saúde – *Decreto-Lei n.º 122/2010*, Diário da Republica, I série, n.º 219, de 11 de novembro, pp. 5099-5101 (Estabelece o numero de posições remuneratórias das categorias da carreira de enfermagem e identifica os respetivos níveis da tabela remuneratória única e procede à primeira alteração ao Decreto-Lei n.º 247/2009, de 22 de setembro). Acedido em 27/04/2013, disponível em:
<http://dre.pt/pdfgratis/2010/11/21900.pdf>
- Potter, P.; Perry, A. (2008). *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*, 5ª edição. Loures: Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Prochet, T.C.; Silva, M.J.P. (2008a), «Situações de desconforto vivenciadas pelo idoso hospitalizado com a invasão do espaço pessoal e territorial», *Revista de Enfermagem*, vol.12, n.º2, junho, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, pp. 310-315. Acedido em 29/03/2013, disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a17.pdf>
- Prochet, T.C.; Silva, M.J.P. (2008b), «Proxêmica: as situações reconhecidas pelo idoso hospitalizado que caracterizam sua invasão do espaço pessoal e territorial», *Revista Texto & contexto - enfermagem* v. 17, n. 2, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, pp. 321-326. Acedido em 03/07/2013, disponível em:
http://producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/4054/art_PROCHET_Proxemica_as_situacoes_reconhecidas_pelo_idoso_hospitalizado_2008.pdf?sequence=1
- Prochet, T.C.; Silva, M.J.P.; Ferreira, D.M.; Evangelista, V.C. (2012) «Afetividade no processo de cuidar do idoso na compreensão da enfermeira» *Revista da Escola de Enfermagem*, vol. 46, n.º1, São Paulo: Universidade de São Paulo, pp.96-102. Acedido em 27-01-2014, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a13.pdf>
- Pupulim, J.S.L. (2003), *Exposição corporal do cliente na assistência em Unidade de Terapia Intensiva: incidentes críticos relatados por enfermeiras*. Dissertação de

- Mestrado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Acedido em 09/07/2013, disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-15032004-085130/>
- Pupulim, J.S.L. (2009), *Satisfação do paciente hospitalizado com sua privacidade física: construção e validação de um instrumento de medida*, Tese de doutoramento em enfermagem fundamental, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo. Acedido em 16/02/2011, disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-01042009-112211/pt-br.php>
- Pupulim, J.S.L.; Sawada, N.O. (2002), «O cuidados de enfermagem e a invasão da privacidade do doente: uma questão ético-moral», *Revista Latino-Americana de Enfermagem* da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, vol.10, nº3, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, pp. 433-438. Acedido em 19/08/2010, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v10n3/13353.pdf>
- Pupulim, J.S.L.; Sawada, N.O. (2005), «Exposição corporal do cliente no atendimento das necessidades básicas em UTI: incidentes críticos relatados por enfermeiras», *Revista Latino-Americana de Enfermagem* da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, vol.13, nº3, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, pp. 388-396. Acedido em 04/09/2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a14.pdf>
- Pupulim, J.S.L.; Sawada, N.O. (2012) «Percepção de pacientes sobre a privacidade no hospital» *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, jul-ago 65(4) Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, pp. 621-629. Acedido em 27-01-2014, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a11v65n4.pdf>
- Queirós, A.A. (1999), *Empatia e respeito: dimensões centrais na relação de ajuda*, Coimbra: Quarteto Editora.
- Queiroz, D.T., Vall J.; Souza, A.M.A.; Vieira, N.F.C. (2007), «Observação Participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde», *Revista de Enfermagem*, vol.15, nº2, abril/junho, Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, pp.276-283. Acedido em 04/09/2012, disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v15n2/v15n2a19.pdf>
- Rebello, A.; Teixeira, A.C.; Moura, C.; Teixeira, E.; Alves, F. (2005), «Competências: que realidade?» *Informar - revista de formação contínua em enfermagem*, Ano XI, nº 34,

janeiro/junho, Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição, pp.15-25.

Região Autónoma dos Açores (2009), *Estudo sobre a Satisfação dos Utentes e Profissionais dos Centros de Saúde do Serviço Regional de Saúde dos Açores*, set, Açores: Secretaria Regional da Saúde. Acedido em 04/05/2013, disponível em: <http://www.azores.gov.pt/NR/rdonlyres/FA9A9A9E-7E71-407E-A277-3B0D72567B53/357796/relatorioCS.PDF>

Reinert, M. (s/d), *Alceste: un logiciel d'aide pour l'analyse de discours*, Université de Saint-Quentin-en_Yvelines. Acedido em 14/11/2012, disponível em: http://tic-recherche.crifpe.ca/docs/guides/fr/Alceste_guide.pdf

Reis, L. (2011), «Estudantes de Enfermagem: Que competências?», In UNIESEP-Núcleo de Investigação de Supervisão, Formação e Informação, *I Congresso Internacional de Supervisão Clínica: Da qualidade da formação à certificação de competências - Livro de comunicações e resumos*, Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, pp. 16-17. Acedido em 04/09/2012, disponível em: http://www.esenf.pt/fotos/editor2/i_congresso_int_supervisao_clinica.pdf

Renaud, I. (2010), «O cuidado em enfermagem», *Revista Pensar Enfermagem*, Vol.14 nº1, 1º Semestre, Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pp.2-8. Acedido em 06/03/2013, disponível em: [http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8\(2\).pdf](http://pensarenfermagem.esel.pt/files/2010_14_1_2-8(2).pdf)

Ribeiro, L.F. (1995), *Cuidar e tratar: Formação em enfermagem e desenvolvimento sócio-moral*, Lisboa: Educa e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Ribeiro, N.M. (2008), *Satisfação dos utentes face ao cuidar pelos enfermeiros no serviço de urgência de Machico*, curso de Pós-Graduação em urgência e emergência hospitalar, Lisboa: Universidade Atlântica. Acedido em 21/01/2013, disponível em: <http://www.citma.pt/Uploads/Norberto%20Ribeiro.pdf>.

Rispail, D. (2003), *Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem no desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem*, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Rocha, A.P. (2008), *A relação de ajuda no ensino de enfermagem*, Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 11/03/2013, disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3315/1/2009000631.pdf>

- Rodrigues, Â.; Nascimento, C.; Antunes, L.; Mestrinho, M.G.; Serra, M.; Madeira, R.; Canário, R.; Lopes, V. (2007), *Processos de formação na e para a prática de cuidados. Ciclo de Colóquios*, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Rodrigues, A.M.; Dutra, R.N.V.S.; Martins, S.I.A. (2008), «A enfermagem e a intimidade do utente», *Revista Nursing, agosto*, Lisboa: in – informação em saúde, pp. 38-44.
- Rua, M.S. (2009), *De aluno a enfermeiro. Desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*, Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 07/07/2012, disponível: <http://biblioteca.sinbad.ua.pt/teses/2010000418>
- Santos, EM.M. (2009), *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico. Estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem*, Dissertação de Doutoramento em Didática, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 17/07/2012, disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/1487/1/2009001173.pdf>
- Sapeta, P. Lopes, M. (2007), «Cuidar em fim de vida: fatores que interferem no processo de interação enfermeiro doente», *Revista de Enfermagem Referência*, IIª Série, nº4, junho, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pp. 35-60. Acedido em 15/11/2008, disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=15&pesquisa=
- Saraiva, E.R.A.; Coutinho, M.P.L. (2012) «A Difusão da Violência contra Idosos : Um Olhar psicossocial», *Revista de Psicologia & Sociedade*, vol.24, n.1, Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, pp 112-121. Acedido em 04/06/2013, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v24n1/13.pdf>
- Sawada, N.O.; Galvão, C.M.; Mendes, I.A.C.; Coleta, J.A.D. (1998), «Invasão do território e espaço pessoal do paciente hospitalizado: adaptação de instrumento de medida para a cultura brasileira», *Revista latino-americana de enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*, vol.6, nº1, janeiro, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, pp. 5-10. Acedido em 13/03/2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13915.pdf>
- Sawada, N.O.; Zago, M.M.F.; Galvão, C.M.; Ferreira, E.; Barichello, E. (2000), «Análise dos fatores proxémicos na comunicação com o paciente laringectomizado», *Revista latino-americana de enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*, vol.8,

- nº4, agosto, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, pp. 73-80. Acedido em 11/04/2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v8n4/12387.pdf>
- Serra, M. (2008), «Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de Enfermagem», *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, nº 05, janeiro/abril, Lisboa: Unidade de I&D de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, pp. 69-80. Acedido em 18/04/2013, disponível em: <http://sisifo.fpce.ul.pt/pdfs/Sisifo05MiguelSerra.pdf>
- Serrano, M.T.P. (2008), *Desenvolvimento de competências dos enfermeiros em contexto de trabalho*, Dissertação de doutoramento em didática, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 05/07/2013, disponível em: <http://ria.ua.pt/handle/10773/1479>
- Serrano, M.T.P.; Costa, A.S.M.C.; Costa, N.M.V.N. (2011), «Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s)», *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, nº3, março, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pp. 15-23. Acedido em 18/04/2013, disponível em: http://www.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&&id_artigo=2211&pesquisa=
- Sifuentes, T.R.; Dessen, M.A.; Oliveira, M.C.S.L. (2007), «Desenvolvimento Humano: Desafios para a compreensão das trajetórias probabilísticas», *Revista de Psicologia: Teoria e Pesquisa*, vol.23, nº4, Brasília: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, pp.379-386. Acedido em 08/07/2013, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v23n4/03.pdf>
- Silva, A.M.F. (2007), *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*, Dissertação de Mestrado em Bioética, Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Acedido em 02/03/2013, disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22110/3/tese%202.pdf>
- Silva, D.M.; Silva, E.M.V.B. (2004), «Ensino Clínico na Formação em Enfermagem», *Millenium - Revista do ISPV*, n.º 30, outubro, Viseu: Instituto Superior Politécnico de Viseu, pp.103-118. Acedido em 23/05/2012, disponível em: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/default.htm>
- Silva, K.L.; Sena, R.R.. (2006), «A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais», *Revista latino-americana de enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto*, vol.14, nº5, setembro/outubro, Ribeirão

- Preto: Universidade de São Paulo, pp. 755-761. Acedido em 13/01/2012, disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v14n5/pt_v14n5a18.pdf
- Simões, J.; Amâncio, L. (2004), «Gênero e enfermagem: um estudo sobre a minoria masculina», *Revista Sociologia problemas e Práticas*, nº44, janeiro, Oeiras: Editora Mundos Sociais, pp.71-81. Acedido em 28/11/2008, disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/spp/n44/n44a04.pdf>
- Simões, M.; Rodrigues, M.; Salgueiro, N. (2008), «O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável», *Revista de Enfermagem Referência*, IIª Série, nº7, outubro, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pp. 97-105. Acedido em 19/08/2010, disponível em: http://rihuc.huc.min-saude.pt/bitstream/10400.4/482/1/Artigo_de_Revis%C3%A3o%5B1%5D.pdf
- Simões, M.; Rodrigues, M.; Salgueiro, N. (2011), «Importância e aplicabilidade aos cuidados de enfermagem do método de Cuidados de Humanidade Gineste - Marescotti®», *Revista de Enfermagem Referência*, vol. III, nº4, julho, Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra pp. 69-79. Acedido em 18/05/2012, disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a07.pdf>
- Simões, R.M.P. (2008), *Competências de relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem*, Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto: Universidade do Porto. Acedido em 18/07/2012, disponível em: <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/7214>
- Simões, R.M.P.; Rodrigues, M.A. (2010), «Relação de ajuda no desempenho dos cuidados de enfermagem a doentes em fim de vida», *Revista de Enfermagem*, vol.14, nº3, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, pp. 485-489. Acedido em 13/01/2012, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a08.pdf>
- Soares, N.V. (2010), *A privacidade dos pacientes e as ações dos enfermeiros no contexto da internação hospitalar*, Tese de doutoramento em Enfermagem, Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Acedido em 13/01/2012, disponível em: <http://www.bibliotecadigital.ufrgs.br/da.php?nrb=000752735&loc=2010&l=106bcfb224f9b9e9>

- Soares, N.V.; Dall’Agnol, C.M. (2011) «Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem» *Revista Acta Paulista de Enfermagem*; 24(5). São Paulo: Escola Paulista de Enfermagem – EPE/Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP, pp. 683-688. Acedido em 27-01-2014, disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/38500/000816798.pdf?sequence=1>
- Sousa, A.B. (2009), *Investigação em educação*, 2ª edição, Lisboa: Livros Horizonte, Lda.
- Souza, F.N.; Costa, A.P.; Moreira, A.; Souza, D.N. (2011), *Webqda - Manual do Utilizador*, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 10/03/2013, disponível em: http://www.webqda.com/wp-content/uploads/2012/06/ManualUtilizador_webQDA.pdf
- Streubert, H.J.; Carpenter, D.R. (2002), *Investigação Qualitativa em Enfermagem: avançando o imperativo humanista*, 2ª edição, Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda.
- Swanson, K.M. (1991), «Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring», *Nursing Research Editor*, vol.40, nº3, maio/junho, Minneapolis: University of Minnesota, pp. 161–166. Acedido em 23/02/2013, disponível em: <http://www.ncnurses.org/dotAsset/113036.pdf>
- Takaki, M.H.; Sant’Ana, D.M.G. (2004), «A Empatia Como Essência no Cuidado Prestado ao Cliente Pela Equipe de Enfermagem de uma Unidade Básica de Saúde», *Cogitare Enfermagem*, vol.9 nº1, janeiro/junho, Curitiba: Universidade Federal do Paraná, pp. 79-83. Acedido em 18/05/2013, disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/download/1708/1416>
- Trindade, R. (2002), *Experiencias educativas e situações de aprendizagem: novas práticas pedagógicas*. Porto: Edições Asa.
- União Europeia (2005), «Diretiva 2005/36/CE do parlamento europeu e do conselho relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais», *Jornal Oficial da União europeia*, setembro, pp.22-142. Acedido em 28/02/2013, disponível em: http://www.dges.mctes.pt/NR/ronlyres/40A12447-6D29-49BD-B6B4-E32CBC29A04C/1143/Directiva36_2005.pdf
- União Europeia (2010), «Carta Dos Direitos Fundamentais Da União Europeia (2010/C 83/02)», *Jornal Oficial da União europeia*, março, pp.389-403. Acedido em 28/02/2013, disponível em:

<http://eurlex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0389:0403:pt:PDF>

- União Europeia (2010), *Tratados Consolidados: Carta dos direitos fundamentais*, Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia. Acedido em 13/12/2012, disponível em: http://bookshop.europa.eu/is-bin/INTERSHOP.enfinity/WFS/EU-Bookshop-Site/en_GB/-/EUR/ViewPublication-Start?PublicationKey=QC3209190
- Vaz, C.R.O.T. (2008), *Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência*, Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde, Lisboa: Universidade Aberta. Acedido em 20/02/2013, disponível em: <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/702/1/LC447.pdf>
- Veiga, F.H.; Rodrigues, C. (2006), «Um estudo exploratório do Inventário das dimensões do cuidar: Versão ampliada do instrumento, em estudantes de Enfermagem», *Investigação em Psicologia*, Atas VI Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia. Évora: Universidade de Évora, pp.1079-1086 Disponível em: <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/4829/1/Um%20estudo%20explorat%C3%B3rio%20do%20Invent%C3%A1rio%20das%20dimens%C3%B5es%20do%20cuidar.pdf>
- Vieira, M. (2009), *Ser Enfermeiro: Da Compaixão à Proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa Editora.
- Waldow, V.R. (2008), «Atualização do cuidar», *Aquichqn*, ano 8, vol. 8, nº1, abril, Colombia: Fundación Dialnet, pp. 85-96. Acedido em 04/09/2012, disponível em: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos?tipo_busqueda=VOLUMEN&revista_busqueda=7887&clave_busqueda=8
- Waldow, V.R. (2009) «Momento de cuidar: momento de reflexão na ação» *Revista Brasileira de Enfermagem (REBEn)*, jan-fev; 62(1), Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, pp. 140-145. Acedido em 27/01/2014, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/22.pdf>
- Waldow, V.R., Lopes, M.J.M.; Meyer, D.E. (1995), *Maneiras de cuidar Maneiras de ensinar: a Enfermagem entre a escola e a prática profissional*, Porto Alegre: Artes Médicas.
- Waldow, V.R.; Borges, R.F. (2011), «Cuidar e humanizar: relações e significados», *Revista Acta Paulista de Enfermagem.*, vol.24, nº3, Escola Paulista de Enfermagem, São

Paulo: Universidade Federal de São Paulo, pp. 414-418. Acedido em 27/03/2013, disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/17.pdf>

Wegewijs, J.; Durkin, K.; Wagenaar, R.; González, J.; Katherine, A.; Donà, L.R.; Gobbi, M. (2010), «Guide de formulation des profils de formation: Dont les compétences et les résultats d'apprentissage des programmes», *Tuning Educational Structures in Europe*, Bilbao: Université de Deusto. Acedido em 13/12/2012, disponível em: http://www.unideusto.org/tuningeu/images/stories/Publications/Guide_de_formulation_des_profils_de_formation.pdf

Williams, A. (2001a), «A literature review on the concept of intimacy in nursing», *Journal of Advanced Nursing*. vol.33, n°5, July, pp. 660-667. Acedido em 27/02/2009, Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fd1439d3-d010-4287-95d3-d3964bd6d8d8%40sessionmgr104&vid=2&hid=121>

Williams, A. (2001b), «A study of practising nurses' perceptions and experiences of intimacy within the nurse-patient relationship», *Journal of Advanced Nursing*. vol.35, n°2, July, pp.188-196. Acedido em 27/02/2009, disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=be4e57d3-3aeb-40d2-a48b-b51b31e37c97%40sessionmgr13&vid=2&hid=24>

Wittorski, R. (1996), «Evolution des competences professionnelles des tuteurs par l'exercice du tutor», *Recherche & formation*, n° 22, Lyon: Ecole Normale Supérieure de Lyon, pp. 35-46. Acedido em 08-05-2012, disponível em: <http://ife.ens-lyon.fr/publications/edition-electronique/recherche-et-formation/RR022-04.pdf>

Wittorski, R. (1998), «De la fabrication des competences», *Education Permanente*, n° 135, Arcueil: Education permanente, pp. 57-69. Acedido em 14-10-2010, disponível em: www.education-permanente.fr/public/135%20WITTORSKI.pdf

Wittorski, R. (2004), «Savoir D'Action, Compétences et professionnalisation», in Astolfi, J.P. (diretor), *Savoirs en action et acteurs de la formation*, Publications de L'Université de Rouen: Centre interdisciplinaire de recherché sur les idées, les valeurs, les identités et les compétences en éducation et en formation. pp. 51-76. Acedido em 11/07/2013, disponível em: <http://books.google.pt/books?id=o-h-WsNMqGQC&pg=PA28&lpg=PA28&dq=savoir+theorique+et+savoirs+pratiques.+L'+exemple+m%C3%A9dical&source=bl&ots=sXEcjx10W&sig=naXfSDcd75hRATNI7zn6fbd9dQA&hl=pt-PT&sa=X&ei=KYjeUZ-->

[Jab07Aah94D4Bg&ved=0CD8Q6AEwAw#v=onepage&q=savoir%20theorique%20et%20savoirs%20pratiques.%20L'%20exemple%20m%C3%A9dical&f=false](http://www.erudit.org/revue/RSE/1995/v21/n4/031841ar.pdf)

Wittorski, R.; Serre, F. (1995), «L'articulation travail-formation dans un dispositif de formation intégré au travail», *Revue des sciences de l'éducation*, vol. 21, n°4, Canada: Université de Montréal, pp. 859-883. Acedido em 08-05-2012, disponível em: <http://www.erudit.org/revue/RSE/1995/v21/n4/031841ar.pdf>

Sites Consultado:

http://europa.eu/lisbon_treaty/take/index_en.htm, acedido em 13/12/2012.

<http://www.a3es.pt/pt/acreditacao-e-auditoria/guioes-e-procedimentos/acreditacao-previa-de-novos-ciclos-de-estudos>, acedido em 18/06/2013.

<http://www.unideusto.org/tuningeu/>, acedido em 13/12/2012.

ANEXOS

*“Ainda não se colocou a ternura em pilulas
nem a intimidade em fichas.
É portanto importante consagrar-lhe tempo”*
Jean: Louis Serven-Schreiber (1983)
citado por Phaneuf (2005: 619).

ANEXO A – Competências específicas para a enfermagem (Projeto Tuning)

Tuning
Educational Structures in Europe

Education and Culture DG
Lifelong Learning Programme

Enfermagem - Competências Específicas

1. Demonstra a capacidade de praticar dentro do contexto de., códigos legais e regulamentares de ética profissional, reconhecendo e respondendo aos dilemas éticos / morais e questões no dia-a-dia prática do dia.

2. Demonstra a capacidade de praticar em uma visão holística, tolerante não julgar forma, camihoso e sensível, garantindo que os direitos, crenças e desejos dos diferentes indivíduos e grupos não sejam comprometidos.

3. Demonstra a capacidade de educar, facilitar, promover, apoiar e incentivar a saúde, bem-estar e conforto das populações, comunidades, grupos e indivíduos cujas vidas são afetadas por, mal morte, sofrimento, doença, invalidez ou morte.

4. No âmbito do seu / sua prática profissional e prestação de contas, demonstra consciência dos diferentes papéis, responsabilidades e funções de um enfermeiro.

5. No âmbito do seu / sua prática profissional e prestação de contas, demonstra a capacidade de ajustar o seu papel para responder eficazmente às necessidades da população / paciente. Quando necessário e apropriado é capaz de desafiar os sistemas atuais para atender a população / necessidades do paciente.

6. Demonstra a capacidade de aceitar a responsabilidade por sua / seu próprio desenvolvimento profissional e de aprendizagem, utilizando a avaliação como uma forma de refletir e melhorar a sua / seu desempenho, de modo a melhorar a qualidade da prestação de serviços.

Competências: a prática de enfermagem e tomada de decisão clínica

O que é o ajuste?
Simonia Academy
Ajustando Centros de
Ajustando Metodologia
As áreas temáticas

Competências

- ▶ Genérico
- ▶ Específico
 - ▶ História da Arte
 - ▶ Negócio
 - ▶ Química
 - ▶ Ciências da Terra
 - ▶ Educação
 - ▶ Estudos Europeus
 - ▶ História
 - ▶ Linguística
 - ▶ Estudos Literários
 - ▶ Matemática
 - ▶ Enfermagem
 - ▶ Física
 - ▶ Teologia

Documentos
Apresentações
Publicações

Casa Competências Workload & ECTS Ensino, Aprendizagem e Avaliação Melhoria da Qualidade Mapa do Site

Enfermagem - Competências

www.unideusto.org/tuningeu/competences/specific/nursing.html

Google Educ@fcfn Play... Esta página foi traduzida de Inglês para português

1st World Congress... EndNote Web 3.5

1524 29-04-2013

Enfermagem - Competências

www.unideusto.org/tuning/competences/specific/nursing.html

Introdução / Guia d... EndNote Web 3.5

Mostrar original

para português

- Matemática
- Enfermagem
- Física
- Teologia
- Documentos
- Apresentações
- Publicações
- SQF Humanidades e Artes
- Sintonia SQF Ciências
- Sintonia - 3º Ciclo
- Projeto Tuning América
- Sintonia EUA
- Sintonia Rússia
- Sintonia África
- Sintonia-AHELO
- Contato
- Ligações
- Sintonia Journal
- Afinação: A Tale of

Competências: a prática de enfermagem e tomada de decisão clínica

- Demonstra a capacidade de aceitar a responsabilidade por sua / seu próprio desenvolvimento profissional e de aprendizagem, utilizando a avaliação como uma forma de refletir e melhorar a sua / seu desempenho, de modo a melhorar a qualidade da prestação de serviços.
- Demonstra a capacidade de realizar avaliações abrangentes e sistemáticas utilizando as ferramentas / frameworks adequados ao paciente / cliente, tendo em conta os factores relevantes físicos, sociais, culturais, psicológicos, espirituais e meio ambiente.
- Demonstra a capacidade de realizar uma avaliação eficaz dos riscos e tomar medidas apropriadas.
- Demonstra a capacidade de reconhecer e interpretar os sinais de mudança normal e saúde / doença, a angústia, ou a deficiência na pessoa (avaliação / diagnóstico).
- Demonstra a capacidade de responder às necessidades do paciente / cliente através do planeamento, entrega e avaliação de programas adequados e individualizado de atendimento trabalham em parceria com o cliente / paciente, seus cuidadores, familiares e outros profissionais de saúde / social.
- Demonstra a capacidade de questionar criticamente, avaliar, interpretar e síntese de uma variedade de fontes de informação e de dados para facilitar a escolha do paciente.
- Demonstra a capacidade de fazer julgamentos clínicos de som para garantir padrões de qualidade são cumpridos e prática é baseada em evidências.
- Demonstra a capacidade de usar tecnologias modernas para avaliar e responder adequadamente a necessidade do paciente / cliente (por exemplo, através de telenursing, recursos multimídia e web).
- Demonstra a capacidade de usar adequadamente a gama de habilidades de enfermagem, dispositivos médicos e intervenções / atividades para proporcionar o melhor atendimento.
- Usando habilidades de enfermagem, dispositivos médicos e intervenções / atividades para proporcionar o melhor atendimento, demonstra a capacidade de manter o paciente / cliente dignidade, defesa e confidencialidade.
- Usando habilidades de enfermagem, dispositivos médicos e intervenções / atividades para proporcionar o melhor atendimento, demonstra a capacidade de praticar os princípios de saúde e segurança, incluindo a movimentação e manuseio, controle de infecção, primeiros socorros essencial e procedimentos de emergência.

15:25 29-04-2013

Enfermagem - Competências

www.unideusto.org/tuningeu/competences/specific/nursing.html

Introdução / Guia d... 1st World Congress... EndNote-Web 3.5

Mostrar original

Esta página foi traduzida de Inglês para português

15. Usando habilidades de enfermagem, dispositivos médicos e intervenções / atividades para proporcionar o melhor atendimento, demonstra a capacidade de manter o paciente / cliente dignidade, defesa e confidencialidade.

16. Usando habilidades de enfermagem, dispositivos médicos e intervenções / atividades para proporcionar o melhor atendimento, demonstra a capacidade de praticar os princípios de saúde e segurança, incluindo a movimentação e manuseio, controle de infecção, primeiros socorros essencial e procedimentos de emergência.

17. Usando habilidades de enfermagem, dispositivos médicos e intervenções / atividades para proporcionar o melhor atendimento, demonstra a capacidade de administrar com segurança medicamentos e outras terapias.

18. Usando habilidades de enfermagem, dispositivos médicos e intervenções / atividades para proporcionar o melhor atendimento, demonstra a capacidade de considerar as necessidades emocionais, físicas e cuidados pessoais, inclusive atender à necessidade de conforto, alimentação, higiene pessoal e permitir que a pessoa a manter as atividades necessárias para o cotidiano vida.

19. Usando habilidades de enfermagem, dispositivos médicos e intervenções / atividades para proporcionar o melhor atendimento, demonstra a capacidade de responder às necessidades de uma pessoa ao longo do tempo de vida e de saúde / doença experiência por exemplo, dor, escolhas de vida, revalidação, invalidez ou quando morrer.

20. Demonstra a capacidade de informar, educar e fiscalizar paciente / cuidadores e suas famílias.

Conhecimentos e competências cognitivas

21. Demonstra conhecimento atual e relevante das teorias da prática de enfermagem e de enfermagem que podem ser adequadamente aplicados à prática de enfermagem, assistência ao paciente / cliente e situações de incerteza.

22. Demonstra conhecimento atual e relevante de teorias a respeito da natureza e desafio da prática profissional que pode ser adequadamente aplicada à prática de enfermagem, assistência ao paciente / cliente e situações de incerteza.

23. Demonstra conhecimento atual e relevante das ciências naturais e da vida que podem ser adequadamente aplicados à prática de enfermagem, assistência ao paciente / cliente e situações de incerteza.

24. Demonstra conhecimento atual e relevante das ciências sociais, de saúde e de comportamento que podem ser adequadamente aplicados à prática de enfermagem, paciente / cliente cuidado e situações de incerteza.

25. Demonstra conhecimentos atuais e relevantes de teoria ética, direito e ciências humanas que podem ser adequadamente aplicados à prática de enfermagem, assistência ao paciente / cliente e situações de incerteza.

PT 15:35 29-04-2013

Enfermagem - Competên... x

www.unideusto.org/competences/specific/nursing.html

1st World Congress... EndNote Web 3.5

Anatomia da Mama Introdução / Guia d...
 Serviços-Administrat...
 Esta página foi traduzida de Inglês para português

Mostrar original

24. Demonstra conhecimento atual e relevante das **ciências sociais, de saúde e de comportamento** que podem ser adequadamente aplicados a prática de enfermagem, paciente / cliente cuidado e situações de incerteza.

25. Demonstra conhecimentos atuais e relevantes de **teoria ética, direito e ciências humanas** que podem ser adequadamente aplicados a prática de enfermagem, assistência ao paciente / cliente e situações de incerteza.

26. Demonstra conhecimentos atuais e relevantes de **tecnologia e informática dos cuidados de saúde** que podem ser adequadamente aplicados a prática de enfermagem, paciente / cliente cuidado e situações de incerteza.

27. Demonstra conhecimentos atuais e relevantes das **políticas nacionais e internacionais** que podem ser adequadamente aplicados a prática de enfermagem, paciente / cliente cuidado e situações de incerteza.

28. Demonstra conhecimentos atuais e relevantes de **resolução de problemas, tomada de decisão e as teorias de conflito** que podem ser aplicadas de forma adequada para a prática de enfermagem, assistência ao paciente / cliente e situações de incerteza.

29. Demonstra conhecimento atual e relevante de **teorias relacionadas ao desenvolvimento pessoal e profissional**, de modo a melhorar a sua prática profissional.

30. Demonstra conhecimento atual e relevante do **processo de pesquisa e investigação em enfermagem atual**, que pode ser adequadamente aplicado a ações de enfermagem, atividades de enfermagem para prestar cuidados de enfermagem que é rigorosa e baseada em evidências.

Comunicação interpessoal e competências (incluindo a tecnologia de comunicação)

31. Demonstra a capacidade de comunicar de forma eficaz (incluindo o uso de novas tecnologias); com os pacientes, famílias e grupos sociais, incluindo aqueles com dificuldades de comunicação.

32. Demonstra a capacidade de permitir que os pacientes e seus cuidadores para expressar suas preocupações e inquietações e preocupações podem responder de forma adequada, por exemplo emocional, social, psicológico, espiritual ou física.

33. Demonstra a capacidade de representar adequadamente o paciente / perspectiva s do cliente e agir para evitar abusos.

34. Demonstra a capacidade de usar adequadamente as habilidades de aconselhamento para promover o bem-estar do paciente;

35. Demonstra a capacidade de identificar e gerenciar o comportamento desafiador (usando técnicas de comunicação para promover o bem-estar do paciente).

PT 15:36 29-04-2013

Enfermagem - CompetEn x

www.unideusto.org/tuningeu/competences/specific/nursing.html

Google Educa @fccn Playe... Serviços Administrat... Anatomia da Mama Introdução / Guia d... 1st World Congress... EndNote Web 3.5

Esta página foi traduzida de Inglês para português

Mostrar original

35. Demonstra a capacidade de reconhecer e gerenciar o comportamento desafiador (usando técnicas de comunicação para promover o bem-estar do paciente).

36. Demonstra a capacidade de reconhecer a ansiedade, estresse e depressão (usando técnicas de comunicação para promover o bem-estar do paciente).

37. Demonstra a capacidade de dar apoio emocional e identificar quando o aconselhamento especializado ou outras intervenções são necessárias.

38. Demonstra a capacidade de identificar e utilizar as oportunidades de promoção da saúde e atividades de educação em saúde.

39. Demonstra a capacidade de relatar com precisão, registro, documento e encaminhar cuidado utilizando tecnologias apropriadas.

Liderança, gestão e equipe de competências

40. Demonstra a capacidade de perceber que o cliente / paciente bem-estar é alcançado através dos recursos combinados e ações de todos os membros da equipe de saúde / social.

41. Demonstra a capacidade de liderar e coordenar uma equipe, delegando o cuidado de forma adequada e significativa.

42. Demonstra a capacidade de trabalhar e se comunicar de forma colaborativa e eficaz com outros enfermeiros nos melhores interesses do paciente / cliente.

43. Demonstra a capacidade de trabalhar e se comunicar de forma colaborativa e eficaz com todo o pessoal de apoio para priorizar e gerir o tempo de forma eficaz, enquanto os padrões de qualidade são cumpridos

44. Demonstra a capacidade de avaliar o risco e promover ativamente o bem-estar e segurança de todas as pessoas no ambiente de trabalho (incluindo eles mesmos).

45. Demonstra a capacidade de usar criticamente ferramentas para avaliar e auditar o atendimento de acordo com os padrões relevantes de qualidade.

46. No contexto clínico, demonstra a capacidade de educar, facilitar, supervisionar e apoiar estudantes de enfermagem e outros estudantes ou profissionais de saúde / social.

47. Demonstra um conhecimento dos princípios de financiamento de cuidados de saúde / social e usa os recursos de forma eficaz.

PT 13:37 29-04-2013

ANEXO B – Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA)

Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA)
FERREIRA, M. M^a C.; TAVARES, J. & DUARTE, J. (2006: 58)

Assinalar na escala de 1 a 7 a sua resposta, o valor 1 é a resposta mais negativa e o valor 7 a resposta mais positiva. Não há respostas certas ou erradas.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo completamente	Discordo	Discordo pouco	Não Discordo nem Concordo	Concordo pouco	Concordo	Concordo completamente

Nº Item	Item	1	2	3	4	5	6	7
2	A qualidade do trabalho que executo depende do conhecimento que tenho de mim próprio.							
3	A qualidade do trabalho que executo passa pela capacidade que tenho em comunicar com o outro.							
4	A sensibilidade intelectual e afetiva que possuo, ajuda-me a compreender e ser capaz de intervir no decurso de uma relação de ajuda.							
5	A sensibilidade intelectual e afetiva que possuo, ajuda							
6	Reconhecer as minhas características físicas, sociais, espirituais ajuda							
7	Como enfermeiro a minha ajuda ao outro é um processo dinâmico que evolui no tempo e no espaço.							
13	Ao planificar os cuidados faço-o em função das prioridades fixadas depois destas serem aferidas e validadas com o próprio utilizador dos cuidados de saúde.							
14	No decurso das intervenções de enfermagem apelo à colaboração do utilizador dos cuidados de saúde.							
17	O toque permite-me aperceber do grau de satisfação ou de mal estar do utilizador dos cuidados de saúde.							
20	O toque para mim reveste-se de espontaneidade, intuição e conhecimento.							
21	Seleciono adequadamente o momento em que a aproximação com o utilizador dos cuidados de saúde deve acontecer.							
23	Ao comunicar com o utilizador dos cuidados de saúde atendo à distância física a manter como uma forma de comunicação.							
24	Frequentemente utilizo a distância de carácter íntimo (45cm) quando ajudo o utilizador dos cuidados de saúde nas atividades da vida diária.							
25	Utilizo sobretudo a distância pessoal (45-125cm) quando pretendo fazer uma observação cuidada do utilizador dos cuidados de saúde.							
26	Utilizo a distância social (120-210cm) quando tenho dificuldade em estabelecer uma relação próxima com o utilizador dos cuidados de saúde.							

27	Quando uso a distância pública (360-750cm) as permutas só são possíveis se forem feitas em voz alta e assim a comunicação não-verbal perde-se.								
28	Quando adoto determinada distância na interação com o utilizador dos cuidados de saúde respeito a sua origem sociocultural.								
29	A distância que adoto com o utilizador dos cuidados de saúde é reveladora da importância que ele tem para mim.								
30	A posição física que adoto no contacto com o utilizador dos cuidados de saúde pode ser reveladora da importância que ele tem para mim.								
34	Quando entro em contacto com alguém o primeiro órgão dos sentidos que uso é o da visão.								
37	Quando uso o olhar como forma de contacto, tenho bem claro o objetivo que pretendo.								
38	Reconheço a minha habilidade em utilizar o sentido da visão tendo em conta os desconfortos que a ele podem estar associados.								
39	Desenvolvo na minha prática a capacidade de compreensão do significado e valor dos dados percebidos e observados.								
40	Quando observo distingo os factos reais das impressões subjetivas.								
41	Tenho a capacidade de detetar quando o utilizador dos cuidados de saúde quer dirigir a minha atenção para aspetos secundários.								
42	No processo de comunicação atendo às expressões não-verbais, cuja riqueza pode ser maior que a linguagem verbal.								
44	Quando escuto elimino tanto quanto possível qualquer preocupação pessoal procurando um estado de espírito calmo e sereno.								
46	Em situação de escuta, adoto uma posição corporal de abertura.								
47	Para que a escuta seja eficaz no processo de relação de ajuda, olho o utilizador dos cuidados de saúde na face sem contudo me fixar demasiado nos seus olhos.								
51	No decurso da relação de ajuda, uso o silêncio como meio de comunicação com o utilizador dos cuidados de saúde.								
52	Habitualmente vivo o silêncio de modo a que possibilite o emergir de emoções, facilitando a aproximação com o utilizador dos cuidados de saúde.								
53	Uso a reprodução de palavras no decurso da relação de ajuda para parafrasear, resumir ou tornar evidente algum aspeto da comunicação.								
54	Utilizo a reformulação para facilitar o acesso da pessoa com necessidade de ajuda às suas próprias emoções.								
55	Recorro à elucidação para ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a perceber as suas vivências na globalidade.								
56	O uso da síntese permite-me realçar o que é essencial no conteúdo comunicado.								
57	O uso da síntese permite-me verificar se retive o essencial da comunicação, convidando a pessoa com necessidade de ajuda a completar o conteúdo se houver necessidade.								

58	O uso da síntese permite ao utilizador dos cuidados de saúde voltar àqueles momentos em que o conteúdo foi pouco claro ou sem sentido aparente.								
64	A fim de evitar confusão, no processo de comunicação só uso o feedback para descrever um tipo de comportamento.								
66	Na compreensão empática, procuro apreender os dados obtidos como sendo o próprio utilizador dos cuidados de saúde.								
72	Faço sentir ao utilizador dos cuidados de saúde a importância que ele tem para mim.								
73	Partilho com o utilizador dos cuidados de saúde algumas das minhas características gerais como uma atitude facilitadora da empatia.								
78	Aceito a realidade do utilizador dos cuidados de saúde como sendo única.								
80	Considero a autenticidade como uma das características presentes na pessoa emocionalmente sã.								
82	Ao comunicar de forma autêntica, estou a servir de "modelo" junto ao utilizador dos cuidados de saúde.								
83	O uso da especificidade leva o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer as suas emoções de forma precisa objetiva e concreta.								
84	Ao utilizar a especificidade, faço com que o utilizador dos cuidados de saúde seja preciso na comunicação.								
85	A imediatividade visa ajudar o utilizador dos cuidados de saúde a reconhecer no "aqui e agora" as informações que lhe comunica o seu organismo.								
86	Quando estou com o utilizador dos cuidados de saúde, os acontecimentos passados só devem ser considerados naquilo que afetam o cliente no presente momento.								
87	Na confrontação coloco em relevo as contradições do comportamento e do discurso do utilizador dos cuidados de saúde, ajudando-o a clarificar a sua situação.								
88	Só utilizo a confrontação quando tenho à-vontade com o utilizador dos cuidados de saúde de modo a que ele sinta que sou seu aliado.								
89	Identifico com clareza os objetivos a atingir para que no momento da confrontação não misture os meus próprios objetivos.								
90	Tenho presente que a confrontação não deve ser imposta ao utilizador, mas ser-lhe apresentada como tentativa para poder ajudá-lo a resolver os seus problemas.								

ANEXO C - Grelha de observação - Identificação de Comportamentos de Cuidados
(ICC)

Código de identificação _____

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Identificação de Comportamentos de Cuidados (ICC)

Adaptado de BOBROFF, Maria Cristina Cescatto (2003)

1. Dados de identificação

- 1.1. Ano/Semestre - _____
- 1.2. EC/Serviço - _____
- 1.3. Data - ____/____/____
- 1.4. Hora - _____
- 1.5. Sexo – M / F
- 1.6. Idade - _____
- 1.7. Tempo de interação: _____

2. Cuidado técnico-instrumental realizado pelo aluno:

- 1 Exame físico
- 2 Tricotomia
- 3 Banho de chuveiro
- 4 Banho na cama
- 5 Medicação
- 6 Penso
- 7 Retirar pontos
- 8 Entubação nasogástrica / Sonda de Oxigénio
- 9 Alimentação

10 Ensinou o utente a _____

11 Outros /Especificar qual: _____

3. Tipo de acompanhamento:

- 1 Professor da escola
- 2 Enfermeiro da unidade de cuidados
- 3 Professor da escola / Enfermeiro da unidade de cuidados
- 4 Outro. Quem? _____

4. Cuidados afetivo-expressivos realizado pelo estudante:

COMPORTAMENTOS VERBAIS DE CUIDADO	SIM	NÃO
1. Conversar		
1.1. Cumprimenta o utente		
1.2. Apresenta-se ao utente		
1.3. Orienta sobre o cuidado técnico antes, durante ou após realizá-lo		
2. Respeitar		
2.1. Solicita autorização para tocar o utente		
2.2. Respeita a vontade do utente evitando riscos		
2.3. Estimula a participação do utente no cuidado		
3. Proporciona segurança		
3.1. Conversa com o utente durante o procedimento		
3.2. Conversa com o utente mantendo-o tranquilo		
3.3. Demonstra competência com firmeza e segurança		
3.4. Conversa com o utente sobre a vida e/ou tópicos de saúde/doença		
3.5. Explica ao utente sobre o motivo do seu internamento		
3.6. Age sem pressa		
4. Demonstra sinceridade		
4.1. Demonstra sinceridade em todas situações		

COMPORTAMENTOS NÃO VERBAIS DE CUIDADO	SIM	NÃO
1. Tocar		
1.1. Toca o utente de forma delicada e gentil		
2. Escutar		
2.1. Escuta o paciente com atenção e aceitação		
2.2. Fica em silêncio o tempo necessário para escutar o paciente		
3. Olhar		
3.1. Olha o utente nos olhos com expressão facial positiva		
4. Respeitar (privacidade física, emocional e espiritual do utente)		
4.1. Respeita os sentimentos do utente		
4.2. Aceita-o como ele é		
4.3. Respeita-o durante o cuidado sem o expor		
4.4. Acredita no utente		

ANEXO D – Comissão de ética

Documento 1 0 0 0 1



**Comissão de Ética Área de Saúde e Bem-Estar da
Universidade de Évora**

A Comissão de Ética vem deste modo informar que os elementos, Professor Doutor Jorge Fernandes, Professor Doutor Armando Raimundo e Professor Doutor Peter Vogelaere deliberaram dar, na reunião do dia 30 de Abril de 2010, o Parecer Positivo para a realização Projecto "Desenvolvimento de Competências Relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar: um estudo com estudantes da licenciatura em enfermagem" da investigadora Maria Otília Brites Zangão.

O Presidente da Comissão de Ética

(Professor Doutor Peter Vogelaere)

ANEXO E – Autorização dos Diretores das Escolas Superiores de Enfermagem A e B

*Anexos
compartilho
mas disponho a
favor de uma
Comissão de Ética -
08/10/30*

*Substitua -
entrega dos documentos,
para envio ao 3º. Docentes de
Licenciatura em Enfermagem -
09/10/30*

Exmo. Director da Escola Superior de
Enfermagem de S. João de Deus de Évora

Maria Orliã Brites Zangão, aluna do III Curso de Doutoramento em
Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, área de
especialização Educação em Enfermagem,

Pretendo desenvolver o meu trabalho de investigação nesta instituição,
cujo tema é: "Desenvolvimento de competências relacionais na
preservação da intimidade durante o processo de cuidar: um estudo
com estudantes da licenciatura em enfermagem".

Estendo como objectivos:

- ✓ Identificar as dimensões da intimidade no processo de cuidar
pelos alunos de enfermagem;
- ✓ Compreender a aquisição de competências relacionais do
estudante da licenciatura em enfermagem na preservação da
intimidade dos utentes durante o processo de cuidar;
- ✓ Identificar como ocorre o desenvolvimento de competências
relacionais entre estudante de licenciatura em enfermagem
durante o processo de cuidar preservando a invasão da
intimidade dos utentes;
- ✓ Contribuir para o desenvolvimento de uma teoria de médio
alcançe sobre o processo de aquisição de competências
relacionais nos estudantes do CLE.

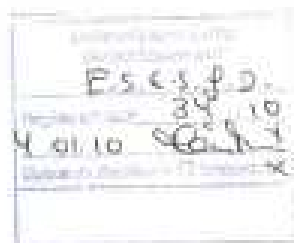
Peço autorização para aplicar os instrumentos de pesquisa aos alunos
do 2º, 3º e 4º ano desta instituição e que são um questionário, uma
escala e será feita observação durante o ensino clínico no processo de
cuidar do utente.

Agradeço o parecer favorável, para que possa dar prosseguimento
nesta pesquisa.

Atenciosamente

Maria Odília Beirão Zangão

Evora, 04/01/2010



Faculdade de Saúde
Biossistemática
7000-037 Évora
Portugal

tel. 248 700 000
fax. 248 700 000
www.ifs-evora.pt
ifs@ifs-evora.pt



Vossa Excelência

En.^a Maria Otília Brites Zangão
Quinta Nossa Sr.^a de Fátima
Cabeça Postal - 5010
Montinho da Ferro
7005-037 EVORA

Assunto
10-Mai-10

Assunto
24

Autorizada a colheita de dados no âmbito do trabalho de investigação de Doutoramento em Enfermagem.

Agradecendo antecipadamente o contacto estabelecido e a preferência pela nossa Escola, venho por este meio informar que foi autorizada a recolha de dados com vista à elaboração de um estudo, no âmbito do Doutoramento que V. Exa. se encontra a realizar na Universidade Católica Portuguesa.

Com os melhores cumprimentos,

A Directora da Escola Superior de Saúde

(Prof.^a Fernanda Pestana)

FPMAN

APÊNDICES

*“Até o ato mais insignificante pode afetar o bem-estar
e interesses morais das outras pessoas”*

Vieira (2009:113).

”

APÊNDICE A – Questionário de caracterização sociodemográfica

Código de identificação _____

QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDANTE

Solicitamos que responda a todas as questões que se seguem.

1. Sexo

- 1 Feminino
- 2 Masculino

2. Idade

- 1 < 19
- 2 20 – 29
- 3 30 – 39
- 4 40 – 49

3. Habilitações académicas

- 1 12º Ano de Escolaridade
- 2 Curso Superior, qual? _____
- 3 Parte de outro curso, qual? _____
- 4 Outra. Qual _____

4. Naturalidade _____

5. Nacionalidade _____

6. Estado civil

- 1 Solteiro
- 2 Casado
- 3 Divorciado/Separado
- 4 União de facto

5 Outro, qual? _____

7. O curso de enfermagem foi a sua:

1 1ª Opção

2 2ª Opção

3 3ª Opção

4 4ª Opção

8. A Escola em que se encontra matriculado corresponde à sua:

1 1ª Opção

2 2ª Opção

3 3ª Opção

4 4ª Opção

9. Neste momento encontra-se:

1 Só a estudar

2 A estudar e a trabalhar a tempo parcial

3 A estudar e a trabalhar a tempo inteiro

10. Tem estatuto de trabalhador-estudante?

1 Sim

2 Não

11. Qual o motivo por que veio para o Curso de Enfermagem?

12. Do que é que tem medo/apreensão neste Curso?

APÊNDICE B – Autorização para a utilização dos instrumentos

-----Mensagem original-----

De: manuela.ferreira
Data: 22-01-2010 15:37:37
Para: otilia
Assunto: Re: pedido de autorização

Olá Otília
Claro que tens todas as autorizações do mundo para o uso da escala, se for preciso autorização formal é só dizeres
Se precisares de mais alguma coisa diz, e utiliza este mail o telef é 965626965
tj
Bom trabalho

2010/1/22 otília <mo_20@sapo.pt>

Olá Manuela então tudo bem, desculpa de estar a incomodar, mas na pesquisa encontrei este artigo "Competências relacionais de ajuda nos Estudantes de Enfermagem" e no qual há uma escala que eu pretendo utilizar no meu trabalho de doutoramento que se intitula "Desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar".

Pretendia assim autorização para utilizar a referida escala.

Agradecia uma resposta o mais breve possível, sabes como isto é o tempo as vezes parece que foge.

Até mais

Otília Zangão

Nota: Desculpa de estar a utilizar o teu email pessoal mas não encontrei na página da Escola o teu contacto.

Ativações GRATUITAS para seu e-mail - de IncredMail

[Clique aqui](#)

27-01-2010

-----Mensagem original-----

De: Maria Cristina Bobroff
Data: 22-01-2010 13:08:04
Para: mo_26@sapo.pt
Assunto: pedido de autorização

Prezada M^a Otilia

Mudei o e-mail. É um prazer saber que o instrumento que construí pode servir de apoio para o trabalho de algum enfermeiro e para a melhoria dos cuidados de enfermagem. Sim, autorizo a utilização do instrumento desde que citada a fonte, sucesso, atenciosamente, prof^a Cristina Bobroff.

*Prof^a Dr^a M^a Cristina C. Bobroff
Rua Antonio Maria Claret n. 36
86015 - 420 - Londrina - PR - BRASIL*

Date: Fri, 22 Jan 2010 12:16:05 +0000
From: mo_26@sapo.pt
To: cris.bobroff@hotmail.com
Subject: Fw: pedido de autorização

Peço desculpa, mas tinha outro endereço no referido trabalho e veio devolvido, penso que este deve estar correto.

Obrigado pela atenção

M^a Otilia Zangão

-----Mensagem original-----

De: otilla
Data: 22-01-2010 11:37:57
Para: mcbobroff@aol.com.br
Assunto: pedido de autorização

Bom dia, estou a enviar-lhe este email no sentido de pedir a sua autorização para utilizar o Instrumento de Pesquisa Identificação de Comportamento de Cuidados (ICC), pois estou a realizar o Doutoramento em Enfermagem, cujo o meu tema prende-se com as competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar, neste sentido e após ter conhecimento do seu trabalho achei que este instrumento se adequava aos meus objectivos. Fiz algumas alterações no ponto 1 e no ponto 2 do instrumento, pois adaptam-se mais aos meus objectivos, o qual enviei em

27-01-2010

anexo,

Agradecia a sua resposta o mais rápido possível,

Muito Obrigado

Maria Otília Brites Zangão

Escola Superior de Enfermagem de Évora

Telemovel - 963543833

Quer 25 GB de armazenamento gratuito na web? [Conheça o Skydrive clicando aqui.](#)

27-01-2010

APÊNDICE C – Guião de entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

TÍTULO: “Desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar”

Dimensões	Objetivos	QUESTÕES
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Legitimar a entrevista; ▪ Caracterizar o entrevistado; 	<ul style="list-style-type: none"> → Apresentação pessoal; → Explicação dos objetivos do trabalho; → Garantir os princípios éticos de anonimato e sigilo; → Pedido de gravação da entrevista; → Pedido de autorização; → Fornecer informação solicitada e esclarecer dúvidas. 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Idade ↳ Sexo ↳ Grau académico ↳ Situação profissional (docente, enfermeiro/colaborador) ↳ Tempo de docência ↳ Categoria profissional
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compreender como se processa a aquisição de competências relacionais do estudante da licenciatura em enfermagem na preservação da intimidade dos utentes durante o processo de cuidar 	<ul style="list-style-type: none"> → Obter dados que permitam compreender a importância das competências relacionais e da preservação da intimidade 	<ul style="list-style-type: none"> ↳ Quais as competências que considera serem essenciais para o desempenho da profissão de enfermagem? ↳ No contexto do processo de cuidados que importância atribui à privacidade na prestação de cuidados? ↳ O que significa para si cuidar de forma humanizada? ↳ O que são para si competências relacionais? ↳ O que significa para si preservar a intimidade/privacidade dos utentes no processo de cuidados? ↳ Em que momento do curso começa a falar de competências relacionais e preservação da intimidade/privacidade no processo de cuidados?

<p>▪ Identificar as dimensões da intimidade no processo de cuidar pelos alunos de enfermagem;</p>	<p>→ Obter dados que permitam identificar quais as dimensões no processo de cuidar referidas pelos alunos</p>	<p>↳ O que influencia a preservação da intimidade/privacidade do utente por parte do estudante durante o processo de cuidados;</p> <p>↳ Como transmite/ensina aos estudantes a importância da preservação da intimidade dos utentes;</p>
<p>▪ Identificar como ocorre o desenvolvimento de competências relacionais nos estudantes de licenciatura em enfermagem durante o processo de cuidar preservando a intimidade dos utentes;</p>	<p>→ Obter dados que permitam identificar como ocorre o desenvolvimento de competências relacionais nos estudantes de licenciatura em enfermagem durante o processo de cuidar preservando a intimidade dos utentes</p>	<p>↳ Tendo em conta a realidade do processo de formação dos alunos do CLE, na sua opinião como ocorre o processo de desenvolvimento de competências pelo estudante?</p> <p>↳ Na sua opinião, em que se traduz (na prática) o desenvolvimento das competências relacionais do estudante?</p> <ul style="list-style-type: none"> - respeito pelo utente - relação de ajuda - privacidade do utente - comunicação com o utente <p>↳ Quando se pode dizer que os estudantes têm competências relacionais Adquiridas? (em que momento do curso?)</p> <p>↳ Quais os principais procedimentos em que a preservação da intimidade/privacidade do utente no processo de cuidados é imprescindível?</p> <ul style="list-style-type: none"> - passagem de turno - realização de exames - cuidados de higiene - administração de terapêutica - alimentação - algaliação - canalização de veia periférica - penso

<p>▪ Contribuir para o desenvolvimento de bases teórico-metodológicas para o ensino da enfermagem na aquisição e desenvolvimento das competências relacionais preservando a intimidade do utente durante o processo de cuidar.</p>		<p>↳ Durante as aulas teóricas/práticas como são trabalhadas as competências relacionais (e) na preservação da intimidade/privacidade do utente;</p> <p>↳ Como é que avalia se os estudantes adquiriram estas competências quando terminam um ensino clínico?</p>
<p>↳ Obter informação para o desenvolvimento de bases teórico-metodológicas para o ensino da enfermagem na aquisição e desenvolvimento das competências relacionais preservando a intimidade do utente durante o processo de cuidar.</p>	<p>↳ O que mais valoriza no processo ensino-aprendizagem dos estudantes do CLE;</p> <p>↳ Nota diferenças no ensino de enfermagem, relativamente ao seu tempo de estudante, sobre a forma como é valorizada a aquisição das competências relacionais?</p> <p>↳ Lembra-se de alguma experiência que tenha vivenciado, relacionada com a invasão da intimidade/privacidade do utente, que tenha sido descrita/relatada pelos estudantes como um incómodo;</p> <p>↳ Considera que os estudantes ao fim de 4 anos de formação, em que lhes foi falado de cuidar, de humanização nos cuidados, terminam o curso com competências relacionais e de preservação da intimidade/privacidade do utente?</p>	

APÊNDICE D – Pedido de participação aos estudantes do CLE

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO /CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –
ESTUDANTE DO CLE**

Prezado estudante

Este estudo faz parte da minha dissertação de Doutoramento em Enfermagem que tem como tema “Desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar: um estudo com estudantes da licenciatura em enfermagem”.

Para participar deve concordar em responder a um questionário, a uma escala e ser observado durante o ensino clínico no processo de cuidar ao utente.

É livre para concordar ou discordar. Não terá prejuízos no seu rendimento escolar e nem gastos de qualquer natureza.

Será guardado o sigilo sobre os seus dados pessoais.

Solicito autorização para utilizar os resultados deste estudo na minha dissertação de Doutoramento, para publicação e melhoria no ensino, pesquisa e assistência de enfermagem.

Agradeço a sua participação.

(Assinatura do estudante)

Évora, ___/___/_____