

**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**APRENDER A COMUNICAR ATRAVÉS DO TOQUE:**

Experiências dos Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico

*LEARN TO COMMUNICATE THROUGH THE TOUCH:*

*Experiences of Nursing Students in Clinical Practice*

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

Por

Aida Maria da Silva Abreu Serra

Instituto de Ciências da Saúde

Junho 2016



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**APRENDER A COMUNICAR ATRAVÉS DO TOQUE:**

Experiências dos Estudantes de Enfermagem em Ensino Clínico

***LEARN TO COMMUNICATE THROUGH THE TOUCH:***

*Experiences of Nursing Students in Clinical Practice*

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

Por

Aida Maria da Silva Abreu Serra

Sob orientação da Professora Doutora Luciane Lucio Pereira

Instituto de Ciências da Saúde

Junho 2016

**O TOQUE HUMANO**

*É o toque humano que conta neste mundo*

*O toque da tua mão e da minha*

*Que significa muito mais para o coração  
fragilizado*

*Que o abrigo, o pão e vinho*

*Porque o abrigo vai-se quando a noite acaba*

*E o pão dura apenas um dia*

*Mas o toque de uma mão e o som da voz*

*Cantam para sempre na alma*

Spencer Michael Free

*À memória do meu pai, que com muito amor e orgulho, me ensinou a nunca desistir de nada e a não esquecer que, as palavras “desisto” e “não consigo”, não constam no nosso dicionário.*

## AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho só foi possível devido ao apoio que recebi de várias pessoas. A todos quero expressar o meu muito obrigado de uma forma especial:

À **Professora Doutora Luciane Lúcio Pereira**, orientadora deste trabalho, apesar da distância, a quem estou muito grata pela sua sabedoria e críticas estimulantes, pela disponibilidade, pelo estímulo, pela paciência, o que me permitiu levar a termo este trabalho.

À Professora Doutora Zaida Charepe, a amiga em quem encontrei o esclarecimento, o encorajamento e a **esperança** indispensáveis nos momentos de dúvida, em simultâneo com a sugestão e a crítica oportuna, que me permitiram abrir novos caminhos.

À Direção da Escola Superior de Saúde, pelas condições favoráveis concedidas, para a elaboração deste estudo.

Um especial agradecimento aos estudantes de enfermagem, que colaboraram ativamente nesta investigação, sobretudo pela receptividade, disponibilidade, interesse e contribuição dados, os quais foram determinantes para a sua concretização.

À Professora Doutora Hortense Cotrim, por acreditar, incentivar e dar o seu apoio.

À Professora Doutora Amélia Figueiredo pelo seu precioso contributo.

A todos os que de alguma forma, deram o seu contributo para a realização deste trabalho.

Aos amigos, por me darem ânimo e proporcionarem bons momentos, importantes para “recarregar baterias”.

À minha mãe, que me apoiou incondicionalmente e soube compreender a minha “ausência” ...

Ao **Zé**, à **Sara** e ao **Pedro**, pois foram eles os mais afetados com este meu longo percurso, devido aos meus momentos de mau humor e de stress, pela ausência, pela falta de tempo para os pequenos passeios em família, (que tanta falta fizeram durante todo este tempo), mas que nunca deixaram de me compreender e de incentivar. O meu muito obrigado, pelo apoio, pela confiança que sempre depositaram em mim e ainda, pela paciência, por esperarem por mim com maior disponibilidade, para concretizar os projetos em família, os quais foram ficando adiados.

## RESUMO

Este estudo surge das nossas preocupações enquanto enfermeiras e docentes e, vem na sequência da necessidade de compreender como os estudantes de enfermagem experienciam a comunicação através do toque, durante o Ensino clínico.

É um estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa.

Partimos para este estudo com a seguinte questão:

Quais as estratégias, identificadas pelo estudante, como facilitadoras do toque no processo de ensino-aprendizagem do estudante de enfermagem?

Para a colheita de dados, utilizámos a entrevista semiestruturada, gravada em suporte magnético, a 24 estudantes do primeiro ano e a 12, do segundo ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem, tendo sido feita a sua análise através da técnica de análise de conteúdo, seguindo a orientação preconizada por Bardin (2009).

A análise das narrativas revela-nos as experiências dos estudantes de enfermagem em Ensino clínico, relativamente às suas vivências ao tocar os doentes, as dificuldades na comunicação com o doente e ainda, as estratégias utilizadas para superarem as dificuldades, durante o Ensino clínico.

Podemos concluir que os estudantes de enfermagem no relacionamento com o doente, quer verbal quer através do toque, vivenciaram: experiências relacionais positivas, experiências relacionais negativas, experiências de cuidar singulares e experiências de cuidar e aprendizagem.

Apurámos também que, as principais dificuldades relativas à comunicação verbal e ao toque, vivenciadas pelos estudantes na sua relação com os doentes, durante o Ensino clínico, surgiram devido ao impacto das situações singulares, do impacto do estado físico do doente, do impacto da situação emocional do doente e ainda, devido ao impacto das características biológicas do mesmo.

Constatámos ainda que, os estudantes desenvolveram estratégias para superar dificuldades, através da utilização de estratégias comunicacionais, recorrendo à comunicação não verbal, e ainda optaram pela estratégia de fuga das situações, cuja comunicação verbal estava comprometida.

Palavras Chave; Estudantes de enfermagem; Ensino clínico; Comunicação; Toque

## **ABSTRACT**

This study arises from our concerns as nurses and teachers and it follows the need to understand how nursing students experience the communication through the touch during clinical teaching.

It is an exploratory and descriptive study of a qualitative nature.

We set off for this study with the following question:

What strategies are identified by the student, as touch facilitators in the process of the teaching and learning of nursing student?

For a data collection, we used a semi-structured interview, recorded on a magnetic support, with 24 students from the first year and 12 from the second year of the degree in Nursing, having been done its analysis through to the technique recommended by Bardin (2009).

The narratives analysis reveals us the experiences of nursing students in clinical teaching with regard to their experiences when touching the patients, the difficulties in communication with the patient and still, the strategies used to overcome the difficulties during clinical education.

We can conclude that the nursing students in the relationship with the patient, either verbally or through of touching, experienced positive relational experiences, negative relational experiences, individual care experiences and experiences of caring and learning.

We've also found that the main difficulties related to the verbal communication and touch, experienced by students in their relationship with patients, during clinical education, arose due to the impact of natural conditions, the impact of the physical condition of the patient, the impact of the emotional situation of the patient and also due to the impact of the biological characteristics of the patient.

We also noted that, the students have developed strategies to overcome difficulties through the use of communication strategies, using the non-verbal communication, and even opted for the escape strategy from situations, whose verbal communication was compromised.

**Keywords:** Nursing students; Clinical teaching; communication; touch

## RÉSUMÉ

Cette étude découle de nos soucis comme infirmières et enseignants et suit de la nécessité de comprendre comment les étudiants en soins infirmiers, ont utilisé la communication par le toucher pendant la formation clinique il est une étude exploratoire et descriptive de nature qualitative.

Nous sommes allés à cette étude avec la question suivante :

Quelles sont les stratégies, identifiées par l'étudiant comme facilitateurs tactiles dans l'enchaînement et l'apprentissage des étudiants en soins infirmiers ?

Pour la collecte de données, nous avons utilisé une entrevue semi-structurée, enregistré sur support magnétique, à 24 étudiants de la première année et 12 de la deuxième année du cours de soins infirmiers, ayant été fait son analyse de contenu avec la technique proposée par Bardin (2009).

L'analyse du récit nous révèle les expériences de les étudiants en soins infirmiers en formation clinique, relativement de leurs expériences de toucher les patients, les difficultés de communication avec le patient et les stratégies utilisées pour surmonter les difficultés pendant la formation clinique.

Nous pouvons conclure que les étudiants en soins infirmiers dans la relation avec le patient soit verbalement, soit par le toucher, ont connu des expériences positives relationnelles, des expériences relationnelles négatives, des expériences de soins individuels et des expériences de soins et l'apprentissage.

Nous avons constaté que les principales difficultés de communication verbale et tactile, vécues par les étudiants dans leur relation avec les patients au cours de la formation clinique, ont surgi en raison de l'impact des conditions naturelles, l'impact de la condition physique du patient, l'impact de la situation émotionnelle du patient et aussi en raison de l'impact de les caractéristiques biologiques du patient.

Nous avons constaté également que les étudiants ont développé des stratégies pour surmonter les difficultés grâce à l'utilisation de stratégies de communication à l'aide de la communication non - verbale, et même opté par l' stratégie 'échapper de les situations, dont la communication verbale a été compromise.

Mots-clés ; Étudiants en soins infirmiers ; L'enseignement clinique ; Communication ; Touche

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- **AVC-** Acidente Vascular Cerebral
- **VIH-**Vírus de Imunodeficiência Humana
- **E.C. –** Ensino clínico

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO .....	14
<b><u>CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</u></b> .....	19
1 - A Comunicação em Enfermagem.....	20
1.1 - <u>A importância do toque no processo comunicativo</u> .....	26
1.2 - <u>O toque no cuidar em enfermagem</u> .....	29
1.3 - <u>A aprendizagem do toque como meio de comunicação pelos estudantes de enfermagem em Ensino clínico</u> .....	44
<b><u>CAPÍTULO II – METODOLOGIA</u></b> .....	59
2 - Percurso de Investigação.....	60
2.1 - <u>Objetivos e questões de investigação</u> .....	61
2.2 - <u>Tipo de estudo</u> .....	62
2.3 - <u>Participantes no estudo</u> .....	64
2.4 - <u>Procedimentos de recolha, tratamento, e análise dos dados</u> .....	67
2.5 - <u>Considerações formais e éticas</u> .....	77

<b><u>CAPÍTULO III – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS</u></b> .....	82
3.1 - <u>Experiências dos estudantes de enfermagem em Ensino Clínico</u> .....	84
3.2 - <u>Dificuldades na comunicação, vivenciadas pelos estudantes de enfermagem com o doente durante o Ensino Clínico</u> .....	96
3.3 - <u>Estratégias para superar dificuldades em Ensino Clínico</u> .....	104
<b><u>CAPÍTULO IV - ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</u></b> .....	109
<b><u>CONCLUSÕES E IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM</u></b> .....	131
<b><u>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</u></b> .....	142
<b><u>ANEXOS</u></b> .....	158
<b><u>ANEXO 1</u></b> .....	159
Análise Categorial	
<b><u>ANEXO 2</u></b> .....	175
Termo de consentimento livre e esclarecido	
<b><u>ANEXO 3</u></b> .....	177
Programa da Unidade Curricular Enfermagem Clínica I	

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro nº1 – Apresentação dos Temas, categorias e subcategorias.....</b>	<b>106</b>
---	------------

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura nº 1 - Matriz temática da análise de conteúdo.....</b>	<b>74</b>
--	-----------

<b>Figura nº 2- Experiências dos estudantes de enfermagem durante o Ensino Clínico.....</b>	<b>95</b>
---	-----------

<b>Figura nº 3– Dificuldades na comunicação, vivenciadas pelos estudantes de enfermagem com o doente durante o primeiro Ensino Clínico.....</b>	<b>103</b>
---	------------

<b>Figura nº 4– Estratégias para superar dificuldades em Ensino Clínico.....</b>	<b>106</b>
--	------------

<b>Figura nº 5-Diagrama teórico com referencial teórico do enquadramento teórico e da análise categorial.....</b>	<b>129</b>
---	------------

## INTRODUÇÃO

No âmbito da Enfermagem, não se pode pensar na atividade profissional sem se ter em conta a importância do aspeto comunicativo. A expressão escrita, a expressão verbal, as expressões faciais, e o tato, são formas de comunicação amplamente utilizadas, conscientemente ou não. Uma das competências do enfermeiro é: decodificar e perceber o significado da mensagem que o doente envia para, a partir daí, estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades. Para isso, é preciso estar atento aos sinais da comunicação verbal e não-verbal, emitidos pelo doente e recebidos pelo enfermeiro (Silva, 2003).

A comunicação não é um fenómeno isolado, é influenciada pelo ambiente, pela personalidade de cada interveniente, pelos seus valores, pela sua cultura assim como pela sua personalidade.

No contexto da saúde, a comunicação desempenha um papel preponderante, podendo mesmo ter um efeito terapêutico. A comunicação constitui a principal ferramenta que o enfermeiro possui, uma vez que permite conhecer a personalidade, o ambiente de vida da pessoa, motivando os seus esforços para se preservar da doença, iniciar ou aceitar o tratamento (Phaneuf, 2005).

Neste encadeamento, Silva (2003) refere que é através da comunicação efetiva, que o enfermeiro pode ajudar o doente a enfrentar os seus problemas e estabelecer com ele, uma relação de confiança e de vínculo.

Consequentemente, a comunicação configura-se como um instrumento primordial à prática do “cuidar em enfermagem”, uma vez que engloba todas as situações de interação com o doente e, subsidia a compreensão da pessoa cuidada, de forma holística. Existe uma clara relação entre a comunicação e o cuidado, pois ambos são fenómenos básicos, intrínsecos ao ser humano e portanto, estabelecidos de forma natural, flexível, inconsciente e possível de aprendizagem (Boff, 2002).

Para os estudantes de enfermagem, desenvolver a “relação de ajuda” é uma competência chave de enfermagem, pois são necessárias habilidades de comunicação,

não só como prestadores de cuidados, mas também como pessoas, na relação que estabelecem com a pessoa cuidada (Pires, 2006).

Embora a vertente formativa dos contextos de trabalho seja cada vez mais reconhecida, a escola enquanto instituição, responsável por uma determinada formação e atribuição de estatuto profissional, assegura a aprendizagem e o desenvolvimento técnico-profissional dos seus estudantes, através da gestão e implementação de um conjunto de condições, normas, rituais, comunicações, princípios e relações que regem os seus estudantes, dentro e fora dos seus limites físicos.

Com efeito, o Ensino clínico é concebido como o prolongamento clínico das construções teórico-práticas, iniciadas em contexto escolar. Durante o Ensino clínico, o meio físico da sala de aula dá lugar ao meio hospitalar, de centro de saúde ou comunitário, todos eles únicos, específicos e ricos em situações clínicas, com as quais se pretende que o estudante aprenda, se familiarize, se desenvolva e se torne autónomo (Freitas e Tarrasêca, 2013).

Dentro deste contexto, entende-se por Ensino clínico todo o tipo de ensino que é realizado junto de um doente ou grupo de doentes, e que é essencial para a formação do estudante (Carvalho, 2003), favorecendo o desenvolvimento do pensamento crítico e reflexivo, a aprendizagem do trabalho em equipa, a aquisição e desenvolvimento de competências, que forneçam aos estudantes as habilidades humanas e conceptuais, necessárias para gerir a incerteza e a complexidade inerente às situações clínicas e aos cuidados de enfermagem holísticos ao doente, família, grupos ou comunidade (Simões e Garrido, 2007).

Com efeito, do estudante de enfermagem espera-se o domínio de um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos, relacionais e culturais, que lhe permitirão responder às várias solicitações, colocadas por uma sociedade em constante mudança (Abreu, 2007).

Um dos principais objetivos da realização dos ensinos clínicos, prende-se com a necessidade de estimular a aprendizagem do estudante de enfermagem, de forma que este fique apto a gerir a complexidade dos contextos clínicos reais visando a construção de conhecimentos únicos que derivam da atuação, vivência e reflexão de diferentes experiências clínicas (Carvalho, 2004; Freitas, 2007).

Assim, o ensino da enfermagem e conseqüentemente o processo de aprendizagem dos estudantes, nomeadamente em contexto de prática, tem sido um dos principais focos da nossa atenção, revestindo-se de muitas dúvidas e interrogações, as quais estão na

base de alguma inquietação pessoal, ao longo dos anos de atividade como docente. Esta situação tem sido especialmente vivida no contacto com as situações de formação inicial.

Para estes estudantes, se por um lado estar no ambiente de trabalho e desempenhar atividades “como um profissional” é um desafio com enorme potencial de motivação pela primeira vez sentido, por outro e não menos significativo, encontram-se numa situação de aprendizagem e de consequente avaliação num contexto que desconhecem mas que sabem ser exigente, desafiador e complexo, percebendo que as suas ações podem ter consequências no bem-estar dos outros, mas também sentem que o Ensino clínico lhes vai exigir uma responsabilidade para a qual não sabem se estarão preparados.

Com efeito, optámos por abordar as primeiras experiências do estudante em Ensino clínico, uma vez que é através dele que o estudante contacta pela primeira vez com a realidade da profissão, estabelecendo de igual modo, os primeiros contactos com o doente e com a situação de doença, na qual se inclui o sofrimento físico e emocional do doente e família, situações que induzem no estudante significativas alterações na sua forma de pensar, de estar e de ser Enfermeiro.

Outra das razões, que suscitou o especial interesse nesta área, prende-se com o fato de ao longo dos anos termos vindo lidando profissionalmente com a supervisão clínica em tempo integral, dos estudantes durante o primeiro Ensino clínico, na qual temos verificado que vários estudantes se encontram com pouca preparação para enfrentar determinadas situações com que se deparam durante essa fase da formação inicial, nomeadamente no que diz respeito à relação e à comunicação que estabelecem com os doentes, através do toque.

O interesse em estudarmos esta temática surgiu no sentido de promover o acompanhamento dos estudantes de forma mais compreensiva, alertando-os e preparando-os para as dificuldades que possam surgir, de forma a proporcionar-lhes momentos de aprendizagem e crescimento pessoal motivadores, com o mínimo de constrangimentos e percalços, principalmente no que se refere à comunicação através do toque.

Acresce às razões acima referidas para a escolha do primeiro Ensino clínico o fato de existirem poucos estudos a que sobre ele se dediquem, a investigação é escassa nomeadamente no que se refere à comunicação através do toque, durante este período de aprendizagem. Ao fazê-lo acreditamos que as pesquisas desenvolvidas na área e

os resultados a que chegámos, permitirão uma otimização dos processos formativos, relativamente ao primeiro Ensino clínico.

Decorrente do que foi exposto, surgiu a nossa pergunta de partida: **Quais as estratégias identificadas pelo estudante, como facilitadoras do toque no processo de ensino-aprendizagem do estudante de enfermagem?**

Da complexidade de comunicar através do toque, durante o processo de ensino aprendizagem no primeiro Ensino clínico, emergiram inúmeras questões; Quais as experiências vivenciadas pelos estudantes durante o primeiro Ensino clínico, perante o tocar doentes? Quais as dificuldades sentidas pelos estudantes de enfermagem, perante a experiência de tocar doentes, durante o primeiro Ensino clínico? Que estratégias utilizam os estudantes de enfermagem, em Ensino clínico, para superar dificuldades na comunicação através do toque com os doentes? São estas diversas questões que nos permitiram formular os seguintes objetivos deste estudo:

- Conhecer as experiências vividas pelos estudantes durante o primeiro Ensino clínico, perante o tocar doentes;
- Caracterizar as dificuldades na comunicação, vivenciadas pelos estudantes com os doentes, durante o primeiro Ensino clínico;
- Interpretar as estratégias utilizadas pelos estudantes, na superação de dificuldades na comunicação com os doentes através do toque, durante o processo ensino-aprendizagem em Ensino clínico.

Em termos de estrutura, esta tese divide-se em quatro Capítulos; o primeiro é composto pelo enquadramento conceptual, o segundo pela metodologia, o terceiro é constituído pela apresentação dos resultados e no quarto, apresentamos a análise e discussão dos resultados.

No primeiro capítulo, sobre a comunicação em enfermagem, referimo-nos à importância do toque no processo comunicativo. Destacamos ainda o toque no cuidado de enfermagem, clarificando o conceito de toque, uma vez que é absolutamente necessário ao bem-estar físico e emocional de qualquer ser humano, principalmente quando se encontra doente. Abordamos em continuidade a aprendizagem do toque como meio de comunicação pelos estudantes de enfermagem em Ensino clínico, pois a formação em enfermagem engloba uma variedade de atitudes e comportamentos que, só são possíveis de aprender e interiorizar em situações reais.

No segundo Capítulo, descrevemos o percurso de investigação, os objetivos e questões da mesma, o tipo de estudo, apresentamos os participantes do estudo, o procedimento

de colheita de dados, a entrevista e o procedimento no tratamento e análise dos dados, seguindo-se as considerações formais e éticas.

No terceiro Capítulo apresentamos os resultados, no qual damos a conhecer as categorias e subcategorias, ilustrando-as com as citações dos estudantes.

No quarto Capítulo apresentamos a análise e discussão dos resultados. Para a análise, baseando-nos na análise de conteúdo preconizada por Bardin, apresentamos a discussão dos resultados num paralelismo com os resultados obtidos, com o quadro conceitual apresentado e com os resultados de estudos similares.

Terminamos com as conclusões e implicações para a enfermagem, as referências bibliográficas e os anexos.

## **CAPÍTULO I**

### **ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

## **1- A comunicação em enfermagem**

A comunicação, para além de uma ciência social, é também um processo natural, uma arte, uma tecnologia, um sistema. O Homem encontra-se em constante interação com o seu meio e para que tal aconteça, ele utiliza a comunicação (Silva, 2003).

No âmbito da Enfermagem, não se pode pensar na ação profissional sem ter em linha de conta a importância do processo comunicativo. Uma das funções do profissional de saúde e em particular dos enfermeiros, é descodificar e perceber o significado da mensagem que o doente envia, para a partir daí estabelecer um plano de cuidados adequado e coerente com as suas necessidades (Silva, 2003).

Dentro deste contexto, Silva (2003) apresenta-nos resultados de estudos da psicologia social, nos quais se verifica que a comunicação não-verbal abrange cerca de 93% das possibilidades de expressão, num contexto de interação social, manifestando-se em 38% das oportunidades por sinais paralinguísticos, tais como a entonação da voz, os “grunhidos”, os ruídos vocálicos de hesitação, a pronúncia, a tosse e o suspiro, provocados por tensão e em 55%, pelos sinais silenciosos do corpo, como os gestos, o olhar, a postura, a expressão facial, assim como as próprias características físicas, que individualizam o indivíduo dentro de seu contexto específico.

Esses sinais não-verbais podem ser utilizados para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal e também para demonstrar sentimentos (Stefanelli e Carvalho, 2005).

Em concordância, Araújo et al (2007) consideram que a comunicação não-verbal qualifica a interação humana, envolvendo sentimentos, emoções, qualidades e um contexto, que permite ao indivíduo para além de perceber e compreender o que significam as palavras, compreender de igual modo os sentimentos do interlocutor. Mesmo o silêncio é significativo e pode transmitir inúmeras mensagens num determinado contexto.

Na interação face a face, os códigos de comunicação são além de audíveis, também visíveis e sensíveis. Comunicamos uns com os outros com a linguagem verbal, isto é,

com os sons emitidos pelo aparelho fonador, e com todo o corpo, inclusive com os objetos e adornos utilizados (Silva, 2003).

A comunicação verbal é assim segundo Potter e Perry (2006), utilizada para expressar ideias e sentimentos, iniciar respostas emocionais ou descrever objetos, observações, memórias ou inferências.

Dentro do mesmo contexto, Braga (2004) defende através dos seus estudos, que a competência em comunicação interpessoal é uma habilidade fundamental a ser adquirida pelo enfermeiro, que lhe permitirá um cuidar consciente, verdadeiro e transformador.

Quando se trata de viabilizar momentos de expressão, de pensamentos e sentimentos, a habilidade em comunicação é especialmente importante. Na comunicação verbal, as palavras são usadas de forma consciente, mas não podemos deixar de valorizar que o ato de falar é complexo e influencia o comportamento entre as pessoas. Para que se possa perceber a expressão dos pensamentos e sentimentos do outro, esta autora acrescenta que é necessário o desenvolvimento da competência interpessoal, ou seja a habilidade de lidar com as relações interpessoais, relacionando-se de forma adequada com as outras pessoas, tendo atenção às necessidades e às exigências de cada um e de cada situação (Braga, 2006).

Ainda neste sentido e, segundo Riley (2004), a competência para comunicar é a capacidade de demonstrar conhecimentos acerca de competências adequadas a diferentes situações. Este é um dos aspetos mais importantes dos cuidados de enfermagem, cujo objetivo é uma melhor assistência ao doente e à família, que em situação de hospitalização se encontram em estado de ansiedade e *stress*, agravados pelo fato do internamento ser longo e/ou a doença ser grave.

Face ao exposto, a comunicação é um dos instrumentos básicos de enfermagem, sendo esta utilizada em todas as ações realizadas com o doente, para o orientar, para o informar, para o apoiar, para o confortar, ou para o ajudar na satisfação das necessidades básicas, como acrescentam Pontes et al (2008).

Dentro deste contexto, no estudo que realizaram sobre comunicação, os autores supracitados afirmam que a comunicação com os doentes é essencial para os enfermeiros, pois é desta forma que para além de desenvolverem uma relação terapêutica, também identificam problemas físicos.

A comunicação é assim uma ferramenta de base para a implementação da relação de ajuda, essencial para os cuidados de enfermagem, pois permite conhecer a

personalidade, o ambiente de vida da pessoa, motivando os seus esforços para se preservar da doença, iniciar ou adaptar-se ao tratamento. Para Phaneuf (2005), é essencial o conhecimento de alguns princípios de comunicação, pois esta relação de ajuda para ser eficaz, deve ser desenvolvida em reciprocidade entre o enfermeiro e o doente.

Também Watson (1988) corrobora com esta asserção, quando refere que os enfermeiros dispõem de uma ferramenta terapêutica que é a comunicação, que lhes permite conhecer a personalidade e o ambiente de vida da pessoa, para que aceite e potencialize os seus esforços a fim de prevenir doenças e assumir o tratamento das mesmas.

De acordo com esta perspectiva, Riopelle et al (1993) acentuam que a importância da comunicação para os cuidados de enfermagem é essencial, de tal forma que a própria essência do trabalho do enfermeiro o leva a dialogar com o doente, com a finalidade de o poder ajudar na satisfação das suas necessidades.

Os autores supracitados apresentam três níveis de comunicação em enfermagem: a comunicação diária ou comunicação funcional; a comunicação terapêutica ou relação de ajuda e a comunicação pedagógica ou educação do doente.

Neste contexto, Diogo (2006) explica que a comunicação funcional é a forma de comunicação que nos cuidados de enfermagem, existe nas interações do dia-a-dia com o doente, aquando do acolhimento, ao longo dos cuidados de conforto e tratamentos e, ainda nos momentos de receber ou transmitir informação. Neste tipo de comunicação encontram-se as características gerais que reconhecemos em toda a comunicação.

Assim, Riopelle et al (1993) acentuam que nem toda a comunicação é necessariamente uma relação de ajuda e Diogo (2006) acrescenta que, nenhuma relação de ajuda se pode desenvolver se não existirem as bases sólidas dos princípios da comunicação, ou seja, *“toda a relação de ajuda verdadeira, deve passar primeiro pelo desenvolvimento de atitudes de recetividade e de partilha, que são os atributos essenciais da comunicação funcional”* (Diogo, 2006:32).

Contudo o enfermeiro deve informar-se do estado do doente, perguntar-lhe sobre as suas vivências, sobre o que sente e quais os seus temores, deve informá-lo sobre os tratamentos e sobre o problema que o afeta, sobre a evolução da sua doença, assim como deverá manter a família informada. Todas estas informações são parte integrante dos cuidados de enfermagem, esta é a comunicação terapêutica que Riopelle et al

(1993) consideram ser a relação mais significativa que nasce entre o enfermeiro e o doente durante um período de tempo, a qual denominam de relação de ajuda.

Ainda de acordo com os autores supracitados, a comunicação pedagógica deve conduzir a um comportamento promotor de saúde, devendo ter em consideração a história de vida do doente, a relação com os outros, devendo igualmente auxiliá-lo a tomar decisões conscientes e livres.

A propósito da comunicação pedagógica, Stefanelli e Carvalho (2005) acrescentam que o enfermeiro também tem a função de educador, utilizando a comunicação para desenvolver programas de educação para a saúde, para grupos de doentes e família, e para a formação contínua em serviço.

Neste sentido, um enfermeiro para ser considerado um comunicador, tem que ter a capacidade e a competência para aplicar estratégias de comunicação, assertivas e responsáveis (Riley, 2004).

Podemos ainda considerar que a comunicação no cuidar é holística, uma vez que considera a pessoa como um todo, demonstra respeito pelo doente como pessoa, e não como um objeto de intervenções (Riley, 2004).

Neste encadeamento, considera-se que as variáveis intrapessoais tornam cada comunicação interpessoal única, dado que cada pessoa interpreta a mensagem de forma diferente devido às suas percepções, aos seus valores, à sua origem cultural, aos seus conhecimentos e ao ambiente da interação (Potter e Perry, 2006).

No entanto a comunicação não é um fenómeno isolado, é influenciada pelo ambiente favorável ou desfavorável, assim como pelos filtros que representam a personalidade de cada um dos intervenientes, os seus valores, a sua cultura e os seus conhecimentos (Phaneuf, 2005).

No mesmo contexto, Stefanelli e Carvalho (2005) referem que tanto o ambiente onde ocorre a comunicação como as suas propriedades (espaço físico, mobiliário, iluminação, arejamento, temperatura, ruídos) são componentes marcantes no sentido da qualidade da interação comunicativa e para o seu êxito, em face da influência deles sobre as condições emocionais, físicas e psicológicas dos envolvidos, o ambiente pode estimular, ou inibir, a interação. Um ambiente considerado propício para o estabelecimento da comunicação, é aquele no qual existem as melhores condições conforme a sua realidade ou seja, no qual são proporcionadas condições de segurança, conforto e privacidade ao doente. Os ruídos presentes no ambiente podem ser

prejudiciais à compreensão da mensagem e à resposta, interferindo assim na comunicação como um todo.

Por conseguinte, no exercício da enfermagem a comunicação através da interação pessoal com os doentes e família, permite perceber o que as pessoas sentem, não só sobre a doença, mas também sobre a hospitalização e sobre todo o processo que atravessam (Stefanelli e Carvalho, 2005).

Neste sentido, Alder (2002) defende que a comunicação eficaz implica alcançar os objetivos da pessoa de forma ideal, para que mantenha ou melhore o relacionamento que ocorre. A competência de comunicação, pode ser desenvolvida com treino e prática.

Deste modo, podemos dizer que é possível aprender a comunicar eficazmente, contudo é importante ter em conta que não existe um modelo único de competência, dado que o que se qualifica como comportamento competente numa cultura, pode ser completamente diferente noutra cultura. O comportamento competente varia muito em função da situação e da pessoa, é errado pois pensar que a competência comunicativa, é uma característica que se possui ou não. O comportamento que é competente num relacionamento não o é necessariamente eficaz noutras situações, sendo fundamental escolher o comportamento mais adequado para a situação em causa.

Todavia, a competência comunicacional é cada vez mais necessária, pois só desta forma se poderá continuar a prestar cuidados interdisciplinares, personalizados, competentes e humanitários (Stefanelli e Carvalho, 2005).

Neste encadeamento, Pontes et al (2008) salientam a importância da capacidade que o enfermeiro tem em incentivar a comunicação com o doente, como forma de investigar problemas levando-o a relatar os seus sentimentos. É devido a esta compreensão estabelecida através da comunicação terapêutica, que o enfermeiro pode planear e promover uma assistência com qualidade e eficácia, em termos de cuidados de enfermagem individualizados.

Porém, o relacionamento enfermeiro/doente exige uma comunicação eficiente, para que os cuidados sejam realizados de forma personalizada e humanística. Este processo de interação, não pode apenas basear-se na relação de poder do enfermeiro para com o doente, que se submete aos cuidados de enfermagem, mas sim através do estabelecimento de uma relação empática, de aceitação e envolta em atitudes de aceitação de ambos (Oriá et al, 2004).

Neste sentido, Riley (2004) acrescenta que a maturidade e a experiência do enfermeiro estão intimamente relacionadas com a capacidade de aplicar conhecimentos, atitudes, e utilizar a sua experiência no sentido de transmitir empatia.

Assim, o enfermeiro que ajuda, tem sempre como objetivo promover no outro o crescimento pessoal, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e, uma maior capacidade de enfrentar as mudanças que ocorrem na vida. Existe, no entanto, uma questão importante que deve ser clarificada e que justifica a intencionalidade de tornar um encontro terapêutico: responder com benevolência, querer ser útil, colocar o doente à vontade e ser simpático, são ações que por mais úteis e necessárias que sejam, apenas respondem a imperativos habituais de cuidados. Nenhuma destas ações responde ao apelo de ajuda, feito em situações emocionalmente carregadas de sofrimento ou de indecisão (Phaneuf, 2005).

A mesma autora salienta que, as ações que visam apenas o bem-estar físico, não podem ser confundidas com relação de ajuda, no entanto podem tomar esse efeito se forem seguidas de uma intervenção que vise o reconforto afetivo, a satisfação das suas necessidades ou a resolução de um problema existencial.

No seguimento desta temática, parafraseamos Diogo (2006) a qual considera que o enfermeiro que pretende uma comunicação eficaz, deve ter em consideração os seguintes princípios: saber ouvir e fazer leituras, interpretar e analisar mensagens, utilizar técnicas de comunicação e, reconhecer os seus sentimentos tal como os das pessoas com quem pretende comunicar.

Também Fernandes (2007) acrescenta que este tipo de comunicação, quando surge em determinadas situações clínicas, pode-se tornar num processo de apoio e de ajuda ao doente.

No estabelecimento da comunicação interpessoal, além da troca de palavras, existe o seu significado. Como refere Phaneuf (2005), estas trocas compreendem duas componentes principais, uma ligada ao domínio cognitivo, a componente informativa e outra relacionada com o que é transmitido, uma parte mais afetiva.

Face ao exposto, Stefanelli e Carvalho (2005:154) salientam que, *“a comunicação interpessoal permite o encontro de dois universos: doente e enfermeiro. É neste terreno que ambos se conhecem, se descobrem e percebem. É neste campo que o profissional presta ajuda, ensina, promove o crescimento e o desenvolvimento do outro”*. Para que esta comunicação seja eficaz, os enfermeiros têm que ter a capacidade fundamental de saber escutar, falar apenas quando necessário, dar espaço e tempo para que o

doente e família coloquem questões, têm que ser honestos, demonstrar respeito, mostrar interesse e disponibilidade para conversar com o doente.

### **1.1 - A importância do toque no processo comunicativo**

“Tocar” define-se como a ação ou ato de sentir algo com a mão, apalpar, comover, sensibilizar, isto é, pode ser tudo o que acontece entre um corpo e outro, um contacto intencional entre duas pessoas, afagar, segurar, acariciar. O toque dá significado humano à pele, é o ato que revela a dimensão da capacidade humana, é o estímulo que penetra nos contactos humanos, é a própria existência humana (Montagu, 1988). Por conseguinte, o contacto corporal é uma necessidade básica dos mamíferos, que deve ser satisfeita para que o indivíduo possa desenvolver esses movimentos, gestos e vinculação corporal, que fazem parte do desenvolvimento normal, tal como as experiências pessoais em relação ao corpo da própria mãe, como acentua Montagu (1988).

Dentro do mesmo contexto, o autor supracitado considera que a estimulação tátil, pode ser uma experiência fundamentalmente necessária ao desenvolvimento comportamental do indivíduo. A restrição ou privação de experiências táteis e manipulativas no início da vida do bebé, pode comprometer o seu comportamento tátil e afetivo posterior.

Contudo, o mesmo autor acrescenta que o significado humano do tocar, é consideravelmente mais profundo do que muitas vezes se pensa. À pele, como órgão de receção sensorial que responde ao contacto através do tato, são atribuídos significados humanos essenciais, permitindo uma imediata vinculação, desde o momento do parto, o que é fundamental para o desenvolvimento humano. A sensação básica do tato como estímulo, é necessária para a sobrevivência física do organismo, de forma vital.

Constatámos que vários autores, como Montagu (1988); Silva (2003); Phaneuf (2005) e Stefanelli e Carvalho (2005), mencionam que a tática é o estudo do toque e das características que o envolvem, como a pressão que é exercida, ou o local onde se toca, assim como a idade e o género dos comunicadores, também como promotor de sensação e como expressão de afetividade.

O enfermeiro ao compreender a linguagem tacênica, descobre que tocar o doente não se resume à técnica, mas que o toque também é afetivo. O tocar é um comportamento não-verbal com significado, tendo origem numa forma de comunicação primária, direta e profunda, através da qual transmitimos o sentido das nossas mensagens para além das próprias palavras.

Por isso, muitas vezes o tato não é “sentido” como uma sensação e sim, como emoção, pois o desenvolvimento da sensibilidade da pele depende em grande parte do tipo de estimulação ambiental recebida (Silva, 2003).

Face ao exposto e de acordo com Montagu (1988), o toque expresso sob a forma de gesto e emoção, estimula terminações nervosas da pele, desencadeando sensações de prazer, portanto tocar é mais do que um simples contacto físico.

Efetivamente, o toque e a proximidade são as formas mais importantes de se comunicar com o doente e, de se demonstrar afeto, envolvimento, segurança e a sua valorização como ser humano (Montagu, 1988).

Para este autor, o tato é uma linguagem dotada de um vocabulário próprio e extenso. É por meio do tato que comunicamos o que não pode ser pronunciado, pois o “*tato é a voz da sensação*”, apesar das sensações que transmitimos com palavras, poderem ser idênticas àquelas que comunicamos por meio do tato.

Em continuidade com o exposto, o autor supracitado realça que especialmente os idosos, têm uma grande necessidade de estimulação táctil e na maior parte das vezes, não é uma necessidade satisfeita.

Os idosos têm alterações de mobilidade, da acuidade auditiva e visual, situações que os fazem sentir desamparados e por vezes vulneráveis. Assim sendo, é através do envolvimento emocional pelo tato, que chegamos até aos idosos e lhes transmitimos confiança, afeto e calor humano. O toque tem efeitos profundos sobre o organismo, tanto fisiológicos quanto comportamentais. Numa pessoa idosa, o toque caloroso traz calma e reconforta (Phaneuf, 2005).

Corroborando com as anteriores asserções, Stefanelli (2005) menciona que através do toque, é passado um significado para a pessoa que depende do modo como nos aproximamos para tocar, da pressão exercida no toque, do tempo de contacto e da parte do corpo tocada. Esta autora considera que o doente aceita melhor o toque quando se sente sozinho, quando se encontra em fase terminal, quando tem dor, quando está triste, quando a sua autoestima e autoimagem estão diminuídas. Quando

um doente se encontra internado no hospital, num ambiente desconhecido, em situação de doença, está com medo, ansioso ou mesmo deprimido.

Deste modo, o enfermeiro através do toque afetivo e carinhoso, tem a possibilidade de acalmar, de confortar e de transmitir algum sentimento de segurança ao doente (Oliveira, 2009).

Dentro deste contexto, encontra-se o estudo realizado por Dias et al (2008) no qual foram entrevistados enfermeiros, com o fim de conhecer a importância do toque na visão do enfermeiro, como ferramenta da promoção dos cuidados. As autoras verificaram que, apesar de considerarem o toque um bom instrumento para estabelecer empatia e transmitir segurança, cuidado e apoio ao doente e à família, os enfermeiros entrevistados utilizavam o toque afetivo de maneira restrita, ou seja, foi utilizado basicamente durante os procedimentos invasivos, com o fim de minimizar a dor e o desconforto que provocavam.

Apesar dos resultados do estudo, estas autoras acentuam que é através do toque que o doente e o enfermeiro utilizam uma forma de comunicação não-verbal, dependendo da reação que o toque provoca nas outras pessoas, estabelecendo-se na maioria das vezes uma relação empática.

Em continuidade, referem que o enfermeiro é o profissional que mais interage com o doente, portanto deve imperiosamente estabelecer uma forma de contacto, muito para além dos procedimentos técnicos. Para tal, deve estabelecer de forma empática a relação enfermeiro / doente, a qual pode ser realizada pelo enfermeiro de diversas formas, mas é através do toque que se proporciona calor humano e é transmitida a mensagem de que o doente não se encontra só, perante a dor e o sofrimento.

Deste modo, as demonstrações de carinho e o toque afetivo, quando utilizados pelos enfermeiros, aliviam o sofrimento do doente, reduzem a ansiedade, possibilitando a interação com o doente, o que é fundamental para o desenvolvimento dos cuidados voltados para o bem-estar, como mencionam Dias et al (2008).

## 1.2- O toque no cuidar em enfermagem

O cuidar é a essência da enfermagem e integra soluções técnicas, interrelacionais e interativas, assim como metodologia científica. As soluções técnicas têm que ser aprendidas, a habilidade para cuidar adquirida, desenvolvida e demonstrada por cada profissional, o que requer níveis de perícia que têm que ser demonstrados pelos enfermeiros (Collière, 2003).

Todavia, durante a prática de cuidados não se pode ter competência em todas as situações, pois cada uma é única, cada situação é única e terá a sua própria complexidade. A propósito das competências, Le Boterf (1996) acrescenta que cada situação profissional e cada experiência de vida têm competências; assim cada pessoa deve definir e construir as suas próprias competências.

No entanto, estas competências não são suficientes para que o profissional seja um verdadeiro cuidador, uma vez que ele necessita da componente afetiva e relacional, de forma que interaja, que se relacione com a pessoa cuidada, quer seja através de palavras, quer através do silêncio, por meio do toque, do olhar e de um gesto (Le Boterf, 1996).

Contudo, o cuidar promove um certo estilo de vida, que se estende ao outro, "*Cuidado faz parte de nós, enquanto vivermos. Quando deixarmos de cuidar, deixamos de ser humanos*" (Roach, 1995:5).

No processo do cuidado, como refere a autora supracitada, intervêm fatores como o ambiente, a cultura, economia, política, religião, entre outros fatores.

Desta forma é imprescindível conhecer e compreender a origem dos hábitos de vida e das crenças, para que se possa investir numa boa educação para a saúde, o que é fundamental para a prática dos cuidados, "*cuidar, tomar conta da vida, está na origem de todas as culturas*" (Collière, 2003:58).

Efetivamente, quem cuida depara-se com vários tipos de pessoas, cada uma na sua singularidade. Neste sentido Hesbeen (2004) considera que todas são respeitáveis, apesar das diferenças morais, religiosas ou culturais. Apesar da sua maneira de ser, feitos e atitudes diferentes, a sua dignidade tem sempre que ser respeitada, quem cuida não pode ver só a doença, a qual é o fator determinante desta relação, mas tem

que cuidar, tem que se ocupar da pessoa com respeito e profissionalismo, aprender a observar, a escutar e a compreender, sem exercer sobre ela o poder.

Porém, para que o trabalho de equipa decorra de forma harmoniosa, o que se reflete na forma como se cuida dos doentes, o cuidador tem necessidade de um ambiente de confiança, de respeito, tem necessidade de ser ouvido e que o seu trabalho seja respeitado. “*Cuidar neste mundo exige que cuidemos desde o primeiro instante de nós próprios*” Hesbeen (2004:102).

No entanto, relativamente ao cuidado Boff (2002) considera que é mais do que um ato singular ou uma virtude ao lado das outras, é um modo de ser, isto é, a forma como a pessoa se estrutura e se realiza no mundo com os outros, “é um modo de ser no mundo”, que fundamenta as relações que se estabelecem. Saber cuidar, implica saber cuidar de si e do outro, tendo sempre noção da nossa realidade, possibilidades e limitações.

Por conseguinte, o cuidado faz parte da constituição do ser humano, refletir sobre o cuidado faz-nos perceber que cuidar dos outros implica ter intimidade, senti-los, acolhê-los, respeitá-los, dar-lhes sossego e repouso, Boff (2002) confirma que tudo começa com o sentimento que nos torna sensíveis ao que está à nossa volta, que nos faz gostar ou não.

É o sentimento que nos une aos outros. Se formos capazes de sentir, podemos agir em função da melhoria do *eu* e do *outro*. Sem cuidado, o ser humano definha e morre, como salienta o autor supracitado, o cuidado vive do amor primordial, da ternura, da carícia, da compaixão, da convivialidade, da medida justa em todas as coisas equilibradas entre ética e moral.

Dentro deste conceito, Amendoeira (2000) considera que cuidar é uma forma de ser. Por isso, pode ser definido como fundamental para a compreensão da natureza humana. Cuidar é estar presente, mostrar interesse pela pessoa, ouvindo-a, dando-lhe atenção verdadeira, valorizando-a como pessoa.

Cuidar é um processo entre enfermeiro e doente, onde se pressupõe um compromisso moral de proteção da dignidade humana e da preservação da própria humanidade. “*O cuidar só pode ser verdadeiramente demonstrado e praticado, interpessoalmente*” (Amendoeira, 2006:40).

Assim, os cuidados são uma necessidade humana essencial e imprescindível à saúde e à sobrevivência de todos os indivíduos. De acordo com Swanson e Leininger citadas por Potter e Perry (2006), o cuidar refere-se a atividades de zelar pelo outro com

competência, de se relacionar e ajudar com empatia, compaixão e apoio, para com alguém pela qual se sente empenho e responsabilidade, dependendo das necessidades, dos problemas e dos valores do indivíduo a quem se prestam estes cuidados.

As mesmas autoras descrevem como Swanson se referiu ao cuidar, como sendo composto por cinco processos, que são; *conhecer, estar com, fazer por, possibilitar e manter a crença*, que passamos a descrever.

**Conhecer**, implica a compreensão dos acontecimentos com o significado que eles têm na vida do outro, conhecer o outro, como ser significativo.

**Estar com**, caracteriza-se por ser uma relação em que o enfermeiro está emocionalmente presente para o outro, com disponibilidade e partilhando sentimentos.

**Fazer por**, significa fazer pelo outro aquilo que ele próprio faria, se lhe fosse possível.

**Possibilitar**, caracteriza-se por facilitar a passagem através das transições de vida e de acontecimentos desconhecidos.

**Manter a crença**, representa ter fé na capacidade do outro, para ultrapassar acontecimentos e enfrentar o futuro.

Também Simone Roach (2002), considera que cuidar (*caring*) é uma forma humana de ser. Sendo assim, os profissionais de saúde cuidam de outros, não apenas por ser um requisito da sua profissão, mas porque são seres humanos e o cuidar, é intrínseco ao ser humano.

Em resposta a várias questões sobre cuidar, Simone Roach (2002) descreveu atributos de *caring* através dos cinco C's, ou seja, são atributos que ajudam a identificar a especificidade do comportamento de *caring* de uma enfermeira envolvida na prestação de cuidados a um doente e são: *Compaixão; competência; confiança; consciência; compromisso*.

**Compaixão**, é acima de tudo partilhar a experiência do outro, no contexto da relação que ocorre entre o enfermeiro e o doente. Os enfermeiros que se preocupam com a qualidade do seu desempenho, compartilham com a pessoa doente as alegrias, as tristezas, a dor, o medo e a angústia (Roach, 2002).

**Competência**, é ter o conhecimento, julgamento, habilidades, energia, experiência e motivação, necessárias para responder adequadamente às exigências e responsabilidades profissionais. Ter igualmente a perícia para aplicar os conhecimentos técnicos e científicos em prol do doente, de acordo com a sua situação. Para a autora, competência sem compaixão, pode ser desumana e compaixão sem

competência, pode ser apenas uma intromissão prejudicial para o doente que necessita de ajuda (Roach, 2002).

**Confiança**, é a qualidade que se desenvolve através de relações de respeito, segurança e honestidade, embora compaixão e competência, sejam essenciais para cuidar. Ao enfermeiro também se exige a confiança para prestar cuidados holísticos. A autora sublinha a necessidade de uma "confiança no cuidar" entre a enfermeira e o doente, que incentiva a confiança, a verdade, a justiça e o respeito sem condições, distorção, medo ou impotência (Roach, 2002).

**Consciência**, é como um estado de consciência moral, ou seja, estar conectado com a natureza moral das coisas. O comportamento humano dá-se de acordo com a sua consciência moral e sensibilização. Não deve ser equiparada à emotividade ou sentimentos casuais; significa uma resposta afetiva, intencional, deliberada, significativa e racional, refletida nos valores ético-morais subjacentes a toda a tomada de decisão (Roach, 2002).

**Compromisso**, é uma resposta afetiva complexa, caracterizada pela convergência entre desejos e obrigações e por uma escolha deliberada para agir em concordância entre ambos. O compromisso é essencial para o cuidar. Se existe uma falta de compromisso, em seguida há uma falta de cuidado. No caso dos enfermeiros, o compromisso pode ser entendido como um dever de cuidado dirigido por uma ética de cuidado (Roach, 2002).

Também, Watson (1999) acentuou que o cuidado é a essência da enfermagem, é o principal foco da prática de enfermagem. O cuidado é entendido como o modo de ser essencial, ou seja, é uma maneira do próprio ser se estruturar e, se dar a conhecer. A prática do cuidar é vital para a enfermagem.

Desta forma, o cuidado compõe a linguagem da enfermagem e ao considerá-la como um modo de ser, relacional e contextual, caracteriza-se por ser a única ação verdadeiramente independente, na enfermagem. O cuidado não se prescreve, não se prescreve uma forma de ser, ou uma maneira de se comportar, isso apenas acontece com terapêuticas, técnicas, intervenções, e procedimentos que podem ser prescritos (Waldow, 2008).

Esta autora, acrescenta que na enfermagem, o cuidar compreende os comportamentos e atitudes demonstradas nas ações que são desenvolvidas com competência, com o objetivo de melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer. Os comportamentos e as atitudes estão diretamente relacionados com os cuidados e são:

respeito, gentileza, amabilidade, compaixão, responsabilidade, disponibilidade, segurança, conforto e apoio.

A ação de cuidar tem sempre a conotação de promover e favorecer o bem para o outro. O que diferencia o cuidar de um procedimento, é a preocupação, o interesse e a motivação que nos impele no sentido de fazer algo para ajudar. É uma ação interativa pois interage-se e há envolvimento com a pessoa, através de palavras, de gestos, de olhares (Waldow, 2008).

Consequentemente, Potter e Perry (2006) afirmam que o cuidar não é um ato isolado, existe em cada contacto e em cada ação que o enfermeiro partilha com o doente, o cuidar é um ato relacional, envolve a reciprocidade de dar e receber, entre quem cuida e quem é cuidado.

De acordo com esta asserção, Hesbeen (2000) salienta que os cuidados de enfermagem são a atenção particular prestada pelo enfermeiro ao doente e aos seus familiares, com o fim de os ajudar na sua situação, utilizando esses mesmos cuidados para concretizar essa ajuda, através das competências e das qualidades que constituem os profissionais de enfermagem.

Deste modo, os cuidados de enfermagem assentam numa ação interpessoal que compreende tudo o que os enfermeiros fazem, para prestar cuidados aos doentes. Consiste num conteúdo variado e diverso pois, tanto pode ser colocar uma perfusão, como prestar cuidados de higiene, realizar um penso, reconfortar familiares, sorrir, tocar, ou simplesmente estar ali. Para este autor, nada disto é insignificante quando se inscreve numa perspetiva de enfermagem, de atenção e de ajuda ao doente.

Portanto, quem cuida, deve conquistar a confiança do doente para que ele aceite e colabore no cuidado. A maneira de aproximação influencia essa mesma interação significativamente. Neste sentido, Hesbeen (2004) acentua que não só interfere na angústia que o doente sente, como também na confiança futura da relação que se estabelece entre cuidador e pessoa cuidada.

Esta forma de aproximação, tem muito a ver com a forma de estar na vida, o cuidador tem que estar ciente das regras básicas e simples da vida em sociedade, como por exemplo, apresentar-se à pessoa que terá que cuidar.

Assim, as primeiras impressões são determinantes para esta relação. O estado de espírito e as intenções que transmite, são o alvo da atenção do doente, que espera obter alguma informação, através da forma como o cuidador falou, olhou para ele, a entoação que deu à voz e até mesmo, à forma como o toca, a pressão da sua mão,

para estabelecer uma boa relação. Quem cuida, deve estar atento à linguagem corporal, à mimica, aos gestos, à postura, o que lhe permite conhecer e compreender melhor o outro (Hesbeen, 2004).

No entanto, não é só aos doentes internados no hospital, que se prestam cuidados de enfermagem, mas é no hospital que a experiência de ser doente, pode ser extremamente solitária, perante alguma indiferença. *“E é na compaixão que a Enfermagem ganha pleno sentido - mas compaixão não é apenas segurar na mão: é sobretudo fazer boa enfermagem e ser capaz de aliviar o sofrimento.”* (Vieira, 2008:98). Dentro deste conceito, Vieira (2008) salienta que a hospitalização é uma situação atemorizante para muitas pessoas. A doença é uma ameaça, o sentir-se doente ou estar doente caracteriza-se por uma rutura, na relação do ser humano com o mundo. O doente vê-se privado de uma serie de elementos, inclusivé da sua própria identidade, privacidade e autonomia.

Contudo, é na prática de ouvir o outro que as enfermeiras são essenciais no cuidado. Muitas vezes na dinâmica do cuidar, dando-se voz ao doente, ouvindo-os no que os aflige, e respondendo com palavras de conforto, são estes cuidados, verdadeiras técnicas de tratamento, pois por vezes um dos problemas que os atinge é mesmo a solidão, situação não diagnosticada medicamente, mas que assola a maioria dos doentes hospitalizados, como constatou Ferreira (2006) no seu estudo sobre a comunicação no cuidado.

A falta de companhia e não ter ninguém para conversar, evidenciaram-se nos resultados da sua investigação, o que demonstrou uma vez mais, onde reside a complexidade do cuidar, pois cuidar do outro envolve sentir e perceber através do olhar, da impaciência, da revolta, da dor, das tristezas, assim como das alegrias, pois estas situações de envolvência com o doente, também despertam emoções nas enfermeiras, como acrescenta Ferreira (2006).

Neste sentido, salientamos o estudo de Oliveira (2008) sobre a experiência de confortar a pessoa hospitalizada, o qual revelou que os enfermeiros consideraram que a promoção do conforto é experimentada como um trabalho holístico e personalizado, mediante a atenção ao que é mais significativo para o doente. Concluiu também que a promoção do conforto, assenta na vivência de comportamentos reveladores de princípios e capacidades para confortar, tais como; o respeito pelo doente, a congruência, a atitude de preocupação, assim como a disponibilidade para atender às necessidades do outro.

Oliveira (2008), constatou também que a promoção do conforto é vivida como um modo de intervir, com e em favor do doente, remete para a intervenção através da presença do enfermeiro e da conversa confortadora que estabelece.

Dessa forma, confortar ou promover o conforto, esteve sempre associado ao ato de cuidar, como nos recorda Nightingale (1859/2005). Independentemente do paradigma conceptual, em que o enfermeiro se situa e das exigências institucionais que condicionem a sua prática de cuidados, a necessidade de conforto da pessoa de quem cuida é inquestionável e incontornável; a pessoa hospitalizada precisa frequentemente de ser ajudada, com o fim de melhorar o seu estado de conforto (ou a diminuir o desconforto experimentado) isto é, necessita ser confortada ou que lhe seja promovido conforto (Oliveira, 2008).

Neste encadeamento, Jean Watson (1985) também valoriza a arte de cuidar como um ideal moral, mais do que um comportamento orientado pela tarefa e inclui características como o cuidar real e o momento do cuidar transpessoal, fenómenos que ocorrem quando existe um verdadeiro relacionamento enfermeiro-doente. Para esta autora, a relação de ajuda é a essência, não somente um meio poderoso de intervenção, mas também um elemento decisivo e inquestionável no cuidar em Enfermagem.

Todavia, para Phaneuf (2005:324) a relação de ajuda é uma técnica particularmente significativa, dado que a pessoa que ajuda está completamente voltada para o outro, para a sua situação e para o seu sofrimento, definindo-a como *“uma troca, tanto verbal como não-verbal, que ultrapassa a superficialidade e que favorece a criação do clima de compreensão e apoio de que a pessoa tem necessidade, (...)”*.

A mesma autora, explica que, as ações que visam apenas o bem-estar físico não podem ser confundidas com relação de ajuda; no entanto, podem tornar-se nesse tipo se forem seguidas de uma intervenção que vise o reconforto afetivo, a satisfação das suas necessidades ou a resolução de um problema existencial.

Por conseguinte o enfermeiro que ajuda, tem sempre como objetivo promover no outro o crescimento pessoal, o desenvolvimento, a maturidade, um melhor funcionamento e uma maior capacidade de enfrentar as mudanças que ocorrem na vida. No entanto, para tornar um encontro terapêutico, deverá responder com benevolência, querer ser útil, colocar o doente à vontade e ainda, ser simpático (Phaneuf, 2005).

Neste sentido, a relação doente / enfermeiro, tem como objetivo ajudar o doente a atingir e manter um nível ótimo de saúde. Este tipo de relação, é estabelecido para

benefício do doente, mas é mais eficaz se for mutuamente satisfatória. Os enfermeiros sentem-se realizados, quando as suas intervenções têm um efeito positivo no estado de saúde do doente e quando sentem que foram competentes a cuidar Riley (2004).

A mesma autora acrescenta que, no estabelecimento de uma relação, doentes e enfermeiros apresentam-se com capacidades de ordem *cognitiva*, *afetiva* e *psicomotoras* próprias que utilizam num esforço conjunto para promover o bem-estar do doente. Nestas três dimensões, existe um intercâmbio entre doentes e enfermeiros, necessário para se estabelecer uma eficaz relação de ajuda.

Do ponto de vista *cognitivo* fazem parte, o conhecimento e crenças acerca da doença e a capacidade para resolver o problema; do ponto de vista *afetivo* fazem parte, os valores culturais, os sentimentos relacionados com a procura e com a prestação da relação de ajuda, a vontade em ajudar e em ser ajudado, assim como as atitudes em relação à enfermagem e aos doentes; do ponto de vista *psicomotor*, está incluída a capacidade de se relacionar e comunicar com os outros, a capacidade de ensinar e de aprender (Riley, 2004).

O toque tem sido mencionado várias vezes ao longo destes capítulos, assim como nos referimos a alguns tipos de toque e da sua importância, mas ainda não nos posicionamos relativamente ao tipo de toque, evidenciado no nosso estudo. Efetivamente, Silva (2003) define os vários tipos de toque na área da saúde, o **toque instrumental**, que é o contacto físico necessário para executar uma determinada técnica, como por exemplo a administração de terapêutica, ou a avaliação da temperatura; o **toque expressivo ou afetivo** é o contacto espontâneo afetivo, com o propósito de demonstrar carinho, apoio, empatia, segurança, o que permite a proximidade com o doente e o **toque terapêutico** que é recentemente designado para a imposição das mãos, é uma técnica terapêutica cujas bases conceptuais assentam no paradigma holístico.

O toque afetivo e o toque instrumental enfatizam a dualidade do tocar, explicando como o toque pode ser usado tanto expressivamente, afetivamente, no cuidado ao doente, como pode apenas servir para efetivar procedimentos técnicos de enfermagem, por exemplo, através do toque instrumental (Potter e Perry, 2006).

Deste modo, um procedimento técnico pode também ser acompanhado de um toque mais afetivo, a fim de encorajar a comunicação e a aceitação (Silva, 2001).

Baseámos o nosso estudo nesta asserção do toque, no qual o toque é que é importante, independentemente da sua intencionalidade, não se pode limitar apenas o toque

instrumental, sem ser acompanhado de uma forma mais afetiva de tocar, uma vez que se trata dos estudantes de enfermagem a adquirir conhecimentos práticos, apesar de ainda não terem uma forma estruturada de prestar cuidados, esta é a altura ideal para que, desde o início da sua formação prática não descurem o toque afetivo, complementando o instrumental aplicado nas técnicas de enfermagem.

Do mesmo modo, os estudantes de enfermagem quando se relacionam com o doente, devem estar atentos a que o toque também é uma forma de comunicar. É nesta ideia que fundamentamos o nosso estudo.

Quando nos referimos à comunicação através do toque, pretendemos que sejam valorizados ambos os tipos de toque, pois os estudantes nesta fase, não têm muitas práticas instrumentais para desenvolver.

Desta forma, consideramos importante que o primeiro Ensino clínico seja realizado no primeiro ano do curso, (de acordo com o plano de estudos da escola onde foi realizado o estudo), para que os estudantes antes de iniciar as práticas de técnicas instrumentais e desenvolverem prioritariamente um tipo de toque mais instrumental, passem primeiro por um Ensino clínico cujos objetivos de aprendizagem são mais vocacionados para a comunicação e para relação com o doente, durante o qual podem desenvolver mais o toque afetivo, ficando este desde logo sedimentado, para depois também o adaptarem na prática de técnicas instrumentais, coordenando-o com o toque instrumental que realizarão numa fase mais avançada da sua formação.

Ainda assim, Silva (2001), Stefanelli e Carvalho (2005) também mencionam resultados de estudos que revelam a existência de uma grande predominância do toque instrumental, nos cuidados prestados aos doentes.

Estas autoras acrescentam que, os enfermeiros tocam diariamente os doentes para realizar cuidados gerais, como os cuidados de higiene, procedimentos invasivos como colocação de cateteres ou sondas, e os doentes apercebem-se desse facto.

Também os resultados do estudo de Silva (2001), revelaram que os doentes consideraram que os enfermeiros gastavam mais tempo com o toque instrumental, tais como a administração de terapêutica, do que com o toque afetivo, sendo este associado pelos doentes a sentimentos como cuidado e afeto.

Consequentemente, no dia-a-dia da rotina hospitalar, Stefanelli e Carvalho (2005) observam que existe alguma automatização na prestação dos cuidados de enfermagem, que o toque instrumental foi sempre utilizado com a finalidade de executar

procedimentos, havendo pouca preocupação por parte dos enfermeiros em utilizar uma forma mais afetiva.

Estas autoras acreditam que, os cuidados diários de enfermagem oferecem oportunidades para um toque firme e confortante, aliando a parte técnica à afetiva. Realçam ainda a necessidade de os enfermeiros implementarem com maior frequência, o toque afetivo no cuidado, uma vez que o toque como modalidade de comunicação / tratamento, torna os cuidados mais humanos e suscita sentimentos de confiança nos doentes (Stefanelli e Carvalho, 2005).

Neste sentido, Silva (2003) salienta que aprender os mistérios do toque, faz parte do processo de humanização entre o enfermeiro e o doente. Num mesmo toque, existem dois princípios que devem estar equilibrados, sendo eles a ternura e o vigor.

Do mesmo modo, o tocar afetivamente faz parte integrante da relação enfermeiro-doente. Também Phaneuf (2005) reforça que ajudar a pessoa a disponibilizar-se para essa relação, é facilitar o estabelecimento de uma convivência terapêutica entre elas. Contudo, por vezes surgem ambiguidades, ou seja, para certas pessoas é difícil aceitar o toque, sentem-se pouco à vontade com a proximidade da mão do outro, não sabem muitas vezes como reagir, pois, ao tocar está-se a entrar na zona íntima da pessoa, o que pode levar ao desenvolvimento de sentimentos como o medo, ter atitudes de rejeição e de resistência. Desta forma, os enfermeiros devem estar atentos a estes sinais e, adequar o seu comportamento à reação do doente (Phaneuf, 2005).

No que concerne a estes aspetos, Silva (2003) alerta para a importância de prestar atenção aos sinais não-verbais do doente, os quais podem transmitir o que este está a sentir, se existe consentimento para o toque ou se, pelo contrário pode ser considerado uma invasão, o que se pode observar na direção do olhar ou na expressão facial, de rigidez muscular.

Além disso, nas diversas culturas varia a forma como é expressa a necessidade de estimulação tátil, assim como a forma de a satisfazer, apesar de ser uma necessidade universal pode variar de acordo com o tempo, o lugar e a forma como é satisfeita. É importante estar atento à reação das pessoas, principalmente de outras culturas, nas quais o toque, por pessoas desconhecidas, pode ser considerado um ato de desrespeito (Montagu, 1988).

Em concordância, Silva (2003) e Stefanelli e Carvalho (2003) acrescentam que o profissional de saúde que compreende bem este tipo de linguagem, fica atento às

diferenças individuais e culturais, pois existem culturas mais ou menos acessíveis ao toque.

Todavia, Montagu (1988) salienta que em todos os ramos da prática da medicina, tocar deve ser considerado uma parte indispensável da arte médica. O doente espera do médico um toque humano e um efeito curativo, o toque intensifica as habilidades terapêuticas do médico e a potencialidade da recuperação do doente. Este autor ainda acrescenta, “(...) *é muito interessante que um dos ramos da comunidade curativa que reconheceu a importância do toque tenha sido a enfermagem*” (Montagu, 1988:271).

Por conseguinte, o contacto físico através do toque transmite conforto, segurança e tranquilidade, promovendo o bem-estar dos doentes. Quando se toca alguém não se toca apenas o corpo, toca-se numa pessoa com toda a memória da sua existência, com todas as suas alegrias e tristezas, amor, ódio, ansiedades, sonhos, sofrimentos, dores e desilusões (Silva, 2003). Consequentemente, tocar o corpo dos doentes é fundamental, para a manutenção de um estado físico-emocional saudável (Silva, 2001). De acordo com o exposto, Boff (2002) reforça que durante a prestação de cuidados são fundamentais sentimentos como: a ternura que é essencial ao cuidado, o afeto que dedicamos às pessoas, a carícia que é transmitida através da mão, a mão que acaricia, toca, afaga, segura, estabelece relação e acalma, a compaixão que por vezes pode ser confundida com pena, trata-se de sair do seu próprio círculo e, entrar em consonância no universo do outro, também a cordialidade e a convivialidade são essenciais, no ato de cuidar, pois estreita as relações entre as pessoas.

Porém, alguns enfermeiros não se sentem tão à vontade em tocar e ser tocados como outros, como acrescenta Phaneuf (2005), isso pode ser uma questão de personalidade. O enfermeiro tem que se sentir confortável e sem constrangimentos. De outra forma, os seus gestos forçados não transmitem calor e são vazios de valor relacional.

De acordo com esta perspetiva, os enfermeiros deveriam ser encorajados a usar mais o toque afetivo, de forma consciente e intencional, humanamente com compaixão e gentileza, estando este integrado na forma de prestar cuidados, a observar o que o toque provoca em diferentes situações e o quanto as relações se podem tornar empáticas a partir dele (Stefanelli e Carvalho, 2005).

O toque está tão próximo do ato de cuidar, que eles se fundem num só procedimento, e é absolutamente necessário ao bem-estar físico e emocional de qualquer ser humano, principalmente quando se encontra doente, já que o tocar estimula a vontade de viver e faz com que a pessoa tocada, se sinta querida, protegida e viva (Phaneuf, 2005).

Por conseguinte, o enfermeiro tem o privilégio de poder utilizar esta forma íntima de contacto pessoal, Potter e Perry (2006) salientam que mensagens de afetividade, apoio emocional, encorajamento e ternura são transmitidas através do toque. O enfermeiro recorre ao toque quando pretende chamar a atenção do doente, acordá-lo, iniciar uma intervenção de enfermagem, dar mais ênfase a esclarecimentos, reconfortar, chamar a atenção para alguma coisa, ou mesmo para agradecer. O toque também pode transmitir compreensão, mais do que as palavras ou os gestos.

Também Phaneuf (2005:45) corrobora esta ideia acrescentando que, (...) *quando a mão da enfermeira se estende para a pessoa doente, para lhe testemunhar a sua compreensão, as palavras tornam-se por vezes, mesmo inúteis*".

Deste modo, o toque é uma forma afetuosa de transmitir calor como reforça Riley (2004), pode ser através de um toque no ombro, um abraço ou uma mão estendida, quanto mais naturais e sinceros forem estes gestos, melhor a pessoa sente o calor que lhe é transmitido, (...) *as mãos das enfermeiras já foram chamadas de instrumentos terapêuticos que podem transmitir calor, carinho e conforto*" (Riley, 2004:101).

Contudo, o ser humano necessita do toque, de conforto e de companhia, especialmente das pessoas que lhe são próximas. Estas necessidades tornam-se mais evidentes face a um problema de saúde e, principalmente em situação de hospitalização.

Dentro deste âmbito, Oliveira (2009) reforça que é da responsabilidade do enfermeiro, tornar esses momentos menos negativos, estabelecendo um relacionamento de proximidade através do toque, pelo que o tocar deverá ser considerado uma parte indispensável, da arte do cuidar.

Também neste sentido, os estudos que Simões et al (2008) realizaram sobre humanidade no contexto dos cuidados de enfermagem, comprovaram que a ternura de tocar com suavidade é uma técnica e uma arte de cuidar, que deve ser mantida durante todo o processo cuidativo. É através desta proximidade com o doente, que o enfermeiro traduz as necessidades da pessoa doente, de forma a prestar uma ajuda terapêutica através de gestos técnicos, delicados e relacionais.

Consequentemente, o tocar de forma afetuosa e intencional vai reforçar a qualidade da presença dos enfermeiros, acompanhado de uma escuta atenta, o que pode em grande parte, contribuir para devolver a confiança e reforçar a autoimagem do doente. Para lá do gesto técnico de cuidado, o tocar intencional pode reconfortar, mostrar que compreendemos o que vive o doente (Phaneuf, 2005).

A autora supracitada salienta que é bem comum neste âmbito profissional, que os jovens estudantes de enfermagem tendem a evitar tocar doentes idosos, especialmente os que sofrem de doenças agudas.

Neste encadeamento, Montagu (1988) refere-se a estudos nos quais concluiu que, o tocar de forma afetiva não é tão simples como o que é efetuado de forma mecânica ou instrumental, pois acima de tudo, o toque é um ato de comunicação. Tendo por base a observação realizada, sugere que o “(...) *uso do toque e da proximidade física, pode ser a maneira mais importante de entrar em comunicação com uma pessoa agudamente doente, transmitindo-lhe a noção de que é importante como ser humano e, que a sua recuperação está diretamente relacionada com a sua própria vontade de melhorar*” (Montagu, 1988:374).

Neste contexto o mesmo autor investigou, como os enfermeiros gradualmente estabeleciam um relacionamento com o doente, com vista a melhorar a sua qualidade de vida, durante os processos longos de tratamento. Concluiu que, os enfermeiros foram estabelecendo gradualmente um relacionamento, primeiro ficavam perto do doente, depois noutra interação, foram-se aproximando mais, interagindo mais perto dele. Quando ficavam mais próximo, interagiam com o doente de forma mais calorosa (segurando-lhe a mão, por exemplo) (Montagu, 1988).

Para este autor, estas medidas têm grande valor, principalmente em doentes que se encontram em processos prolongados de tratamentos dolorosos. Para esses doentes, qualquer contacto humano inflige dor e, não bem-estar associado ao toque, daí o processo lento de interação e proximidade exposto anteriormente.

Contudo, pessoas gravemente doentes podem ser incapazes de responder e interagir ativamente com o enfermeiro, mas o toque do enfermeiro pode comunicar a sua preocupação (Oliveira, 2009).

Corroborando com esta asserção, Silva (2003) refere um estudo realizado em unidades de cuidados intensivos, no qual se verifica que há alterações da frequência cardíaca dos doentes quando são tocados pelos familiares, enfermeiros e médicos, tendo-se verificado uma diminuição da frequência cardíaca, quando os enfermeiros seguram nas mãos dos doentes.

A mesma autora, refere ainda que, o contacto físico provoca alterações neurológicas, glandulares, musculares e mentais e contribui para o restabelecimento dos doentes hospitalizados.

Em consonância, Cintra et al (2001:6) indicam que em relação aos doentes internados em unidades de cuidados intensivos, se verifica que “(...) *quando se está com medo, ansioso ou deprimido, receber um toque carinhoso, afetivo, pode ser... divino*”.

Dai a relevância que este estudo pode ter, no incentivo à intervenção dos docentes na estimulação dos estudantes logo numa fase inicial, para que desenvolvam a vertente afetiva, através do toque afetivo complementando o toque instrumental, nos cuidados de enfermagem que dedicam aos doentes.

No nosso estudo e, de acordo com a nossa experiência na supervisão clínica de estudantes em Ensino clínico hospitalar, decidimos aprofundar as experiências dos estudantes de enfermagem perante o tocar os doentes, uma vez que são as primeiras experiências. Este tipo de toque é independente das intencionalidades terapêuticas ou instrumentais, é antes de mais um tocar de forma afetiva, por ser o tipo de toque mais praticado pelos estudantes no primeiro Ensino clínico, pois como já foi referido, têm poucas técnicas para realizar, dai a parte relacional ser mais valorizada e mais praticada, porque é o que se pretende que os estudantes desenvolvam nesta fase inicial, neste Ensino clínico.

O que pretendemos com esta abordagem do estudo, é compreender como os estudantes experienciam a comunicação através do toque, independentemente da intencionalidade terapêutica, pois essa apenas é praticada em algumas técnicas durante este Ensino clínico, nomeadamente durante os cuidados de higiene no leito ou na casa de banho, (sempre que o doente necessite de ajuda), no auxílio na alimentação, mas essencialmente na comunicação, no estabelecimento de relação com o doente e família.

Portanto, das técnicas aprendidas em sala de aula que os estudantes podem praticar no hospital com o doente (cuidados de higiene), para além do toque instrumental, ao utilizar uma correta técnica na sequência dos cuidados de higiene, o toque afetivo aqui é de extrema importância para manter o conforto do doente, cuidando-o com carinho e afetividade.

Mesmo nos momentos em que não são realizados cuidados técnicos, pretende-se que o estudante esteja disponível e atento, para estabelecer com o doente uma relação comunicacional, este é o momento ideal para utilizar o toque afetivo. Consideramos que nos momentos em que o doente se sente só e triste, a presença do estudante por vezes ao segurar-lhe a mão com carinho e afetividade, é de extrema importância para o

conforto e estabilidade do doente, como temos vindo a observar ao longo da nossa experiência de docência na supervisão clínica durante os Ensinos clínicos.

Reconhecendo a importância da formação inicial, cuja prática é orientada por conhecimentos formais, a relação afetiva que o estudante estabelece com o doente, é marcada por uma singularidade e naturalidade única, que vai para além de qualquer modelo orientador como afirma Santiago (2013), é espontânea e natural, de acordo com a vulnerabilidade, sofrimento e dor que afeta o doente.

Deste modo, a relação pode ser considerada uma partilha afetiva em virtude da prática dos cuidados de enfermagem.

Efetivamente, esta partilha para quem sofre, promove o reconhecimento enquanto pessoa com o seu sofrimento e que necessita de ajuda e de apoio, Santiago (2013) considera ainda que é uma partilha porque, para quem cuida, neste caso para o estudante de enfermagem, recebe em troca recompensa, mesmo em circunstâncias em que o doente se encontra em estado comatoso, o estudante é envolvido por sentimentos de reconforto e satisfação, motivados pela sua capacidade de ajudar e de proporcionar bem estar ao doente, como observa Santiago (2013).

São nestes momentos, que os estudantes se apercebem o quanto também para eles é gratificante o bem-estar que transmitem ao doente. Para alguns dos estudantes, estes momentos são vividos com alegria, são experiências gratificantes, especialmente quando sentem por parte do doente, feedback positivo à sua afetividade, claro que para alguns dos estudantes esta aproximação não é imediata nem tão espontânea, requer algum período de adaptação.

Foram estas experiências vivenciadas pelos estudantes, que colaboraram no nosso estudo, ao comunicar com o doente através do toque, que nos levou a aprofundar esta temática, que já há algum tempo, tem sido motivo de inquietação.

Através da pesquisa que realizámos sobre este tema, verificámos que também é motivo de interesse para vários autores (Antunes, 2004; Pires, 2006, Fernandes, 2007; Rua, 2009; Pinto, 2011; Correia, 2012) que estudam esta temática, mas relativamente à análise das primeiras experiências dos estudantes, mais especificamente face ao toque e principalmente perante o toque afetivo aos doentes em ambiente hospitalar, não encontramos muitos estudos, referentes a esta abordagem. Como tal, surgiu esta curiosidade para estudar as experiências dos estudantes, neste aspeto tão específico. Com o contributo fornecido por estes estudantes, poderão os docentes estar mais despertos para motivar os futuros estudantes, sobre esta temática ainda durante o

tempo da componente teórica, preparando-os para a componente prática, e durante o Ensino clínico apoiarem, orientarem e compreenderem como os estudantes se relacionam com os doentes, utilizando o toque afetivo com maior ou menor facilidade.

### **1.3 - A aprendizagem do toque como meio de comunicação pelos estudantes de enfermagem em Ensino clínico**

Para explicar o processo de aprendizagem pelos indivíduos, vários autores defenderam diversos modelos que denominaram: “teorias da aprendizagem”.

Efetivamente as teorias de aprendizagem segundo Tavares e Alarcão (2005), procuram (cada qual de acordo com as suas crenças), explicar como o processo de aprendizagem ocorre no indivíduo. Representam uma construção humana, para interpretar sistematicamente a área do conhecimento, que os autores denominam aprendizagem.

Segundo alguns estudiosos (como Piaget,1999 e Vygotsky,2004), a aprendizagem é um processo de alteração de comportamento de um indivíduo, através da experiência construída por fatores emocionais, neurológicos, relacionais e ambientais.

Também Delval (2001), defende que, aprender é o resultado da interação entre as estruturas mentais e o meio ambiente, acrescenta que segundo os teóricos, a aprendizagem é defendida como o processo de apreensão pelo indivíduo, do conteúdo da experiência humana, de forma interativa com o seu meio.

Várias são as teorias que sustentam e tentam explicar o processo de aprendizagem. Todas elas dão o seu contributo para que se aprenda, mas não é possível optar por uma, que seja considerada melhor do que outra. O contexto e o objeto da aprendizagem serão fundamentais em todo este processo. Se para algumas, os processos behavioristas serão os mais adequados, para outras, serão os processos cognitivistas, não sendo possível afirmar em absoluto que a aprendizagem se faz unicamente por um determinado processo, como referem Alarcão e Tavares (2005).

Neste contexto temos as duas grandes perspetivas, em que se dividem as teorias de aprendizagem que são: as teorias behavioristas ou comportamentais e as teorias cognitivistas, como referem os autores supracitados.

As teorias comportamentais centram-se no estudo objetivo do comportamento. Segundo estas teorias, a aprendizagem ocorre, à medida que as pessoas mudam o seu comportamento, em resposta a estímulos do ambiente. Nesta perspetiva, a aprendizagem pode ser definida como a mudança de comportamento, induzida pela experiência, segundo a qual o sujeito é passivo, e a aprendizagem não é uma qualidade inerente do organismo, mas necessita ser impulsionada a partir do ambiente.

As teorias cognitivistas, por seu lado, enquadram o fenómeno da aprendizagem, como o estudo das formas em que as cognições - percepções, atitudes e crenças - são modificadas pela experiência e afetam o comportamento, como sintetiza Sequeira (2008).

Dentro destas teorias cognitivas, salientamos a teoria de Ausubel, sendo aquela com que mais nos identificamos pois, nesta teoria de aprendizagem construtivista, a aprendizagem é encarada como um processo interno e pessoal, que implica o estudante na construção ativa do conhecimento e que, progride no tempo de acordo com os interesses e capacidades de cada um Ausubel et al. (1980).

Assim, segundo Ausubel et al. (1980), há quatro tipos básicos de aprendizagem; por *recepção mecânica*; por *recepção significativa*; por *descoberta mecânica* e por *descoberta significativa*.

Segundo os autores supracitados, numa primeira fase, a informação torna-se disponível ao estudante, numa aprendizagem por recepção e/ou por descoberta. Numa segunda fase, se o estudante tenta reter a informação nova, relacionando-a ao que já sabe, ocorre aprendizagem significativa, se o estudante tenta apenas memorizar a informação nova, ocorre aprendizagem mecânica.

Apesar de referir estes quatro tipos de aprendizagem, estes autores dão especial ênfase à aprendizagem significativa, por ser um processo pelo qual, uma nova informação é relacionada a um aspeto relevante da estrutura do conhecimento do estudante. Segundo Ausubel et al (1980), a aprendizagem significativa só ocorre quando o novo material, que apresenta uma estrutura lógica, interage com conceitos relevantes e inclusivos, claros e disponíveis na estrutura cognitiva

Ausubel et al (1980) referem-se à estrutura cognitiva como o conteúdo total das informações, factos, conceitos, princípios etc., sendo esta altamente organizada e hierarquizada, na qual elementos menos importantes são incorporados a conceitos maiores, mais gerais e inclusivos.

Efetivamente este tipo de aprendizagem é uma aprendizagem compreensiva, pois o estudante conhece o porquê do que aprende e, sabe utilizar esse conhecimento. É atribuído significado ao conteúdo aprendido, possibilitando estabelecer vínculos fundamentais entre as novas aprendizagens e as que o estudante já possui. Ausubel et al (1980) acrescentam que na aprendizagem significativa, o estudante aprende por meio da reorganização dos conhecimentos, a partir da confrontação com a realidade. Portanto, os conhecimentos e habilidades por ele adquiridos, serão os que poderá utilizar em situações diversas, como acrescentam os autores supracitados.

Atribuímos a este tipo de aprendizagem o paralelismo com a aprendizagem que os estudantes de enfermagem desenvolvem durante o Ensino clínico, pois já têm alguns conhecimentos adquiridos nas aulas teóricas, que levam para a componente prática desenvolvida durante o Ensino clínico. O estudante vai reorganizar os conhecimentos adquiridos anteriormente, confrontando-os com a realidade, desenvolvendo assim as habilidades e conhecimentos práticos.

Do mesmo modo, a educação para Dewey (1979:16), *“é conseguida com as próprias experiências vividas inteligentemente. Simultaneamente vivemos, experienciamos e aprendemos”*.

O autor ainda ressalta que *“mais do que a preparação para a vida, a educação deve ser vida: permitir a cada sujeito, pela comunicação ética com os outros, adquirir e mobilizar um conjunto de hábitos e atitudes que lhe permitam viver condignamente”* Dewey (1978:57).

Segundo a perspectiva do autor supracitado, a educação é como uma reconstrução da experiência, onde tudo se constrói com base na experiência, pois a experiência é um ponto central na formação do conhecimento, mais do que os conteúdos formais.

Contudo, muito se pode dizer acerca da forma como se aprende em contexto de prática clínica, são múltiplos e complexos os fatores que intervêm neste processo de aprendizagem com a prática.

Neste encadeamento, aprender fazendo experienciando é para Dewey (1978) a melhor forma de assegurar que os conhecimentos adquiridos na escola, em sala de aula são consolidados e com efeito, verdadeiramente apreendidos, uma vez que se complementou o saber teórico com o saber fazer.

Efetivamente a educação deve transmitir saberes e, saber fazer evolutivos. De acordo com a perspectiva de Jacques Delors (1999), é importante privilegiar o acesso à educação e ao conhecimento ao longo da vida, esta linha de pensamento baseia-se em

quatro pilares da educação: *aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a ser.*

*Aprender a conhecer* - esta aprendizagem implica o aprender a aprender, desenvolvendo o senso crítico e reflexivo face às experiências vividas, para usufruir das oportunidades fornecidas pela educação ao longo da vida, através dos diversos aspetos utilizando a memória, o pensamento crítico e exercitar a atenção, atributos necessários para que o indivíduo descodifique todas as informações obtidas através das variadas formas, como a comunicação social, a relação com o ambiente e com os pares.

*Aprender a fazer* - é uma aprendizagem que tem por base um desenvolvimento de competências e habilidades, que tornem a pessoa apta a enfrentar várias situações e a desenvolver a capacidade de trabalhar em equipa. Também, aprender a fazer, está relacionado com as experiências vivenciadas pelos estudantes, num contexto de ensino alternado com experiência prática. Assim o autor supracitado considera que, existe uma relação entre o aprender a conhecer e o aprender a fazer, ambos são indissociáveis, pois um existe a partir da existência do outro.

*Aprender a viver juntos* - é a capacidade de realizar projetos conjuntos, estabelecer vínculos sociais, desenvolvendo a compreensão do outro, do respeito e na gestão de conflitos.

*Aprender a ser* - para desenvolver a capacidade de autonomia, discernimento e responsabilidade social. Para isso, a educação deverá criar estratégias para desenvolver as potencialidades de cada indivíduo: memória, raciocínio, sentido estético, capacidades físicas, aptidão para comunicar. Uma educação voltada para o desenvolvimento integral, que compreende “*espírito e corpo, inteligência, sensibilidade, sentido estético, responsabilidade pessoal, espiritualidade*” (Delors 1999:99).

A necessidade do desenvolvimento das características anteriormente citadas, é inteiramente atual. Hoje em dia, a atenção não está apenas direcionada para profissionais com habilidades técnicas, mas também as afetivas estão a ser muito valorizadas. Hoje pretende-se enfermeiros, não só com capacidades técnicas bem desenvolvidas, mas também que saibam aplicar as capacidades afetivas e relacionais, que tenham desenvolvido competências sociais como a empatia.

Neste encadeamento, Rabiais (2013) acrescenta que, uma das preocupações que atualmente existe a nível do ensino de enfermagem, centra-se num ensino que promova o desenvolvimento individual dos estudantes, apostando a nível do relacionamento interpessoal, pois pretende-se que os estudantes durante a sua

formação, desenvolvam ao mesmo nível das capacidades técnicas, as capacidades relacionais. Mas, para que se promova esse desenvolvimento de competências, a formação prática deve ser centrada na preocupação de estimular os estudantes a refletir, tanto na componente técnica como nas atitudes e no relacionamento com os outros, refletindo também sobre as suas próprias emoções, como observa Rabiais (2013).

Consequentemente, a educação em Enfermagem, nomeadamente ao nível do curso de Licenciatura em Enfermagem, engloba uma variedade de atitudes e comportamentos, que como Carvalho (2003) refere, só são possíveis de aprender e interiorizar, em situações reais, daí a grande importância da prática, onde o estudante tem a oportunidade de aprender componentes de grande peso, como as cognitivas, psicomotoras, afetivas e relacionais.

Também Amendoeira (2006), alude que, é essencial para os futuros enfermeiros, tal como aprendem as técnicas relacionadas com o cuidado de enfermagem, aprenderem também a relacionar-se, estabelecerem uma relação é uma condição necessária. Não há cuidado de enfermagem, sem relação com o doente e com a família.

Igualmente Antunes (2004), contextualiza o tipo de atividades que se espera que o estudante de enfermagem desenvolva, assim como as relações que se devem estabelecer neste contexto, aludindo que são estudantes na sua formação inicial o que decorre numa fase do ciclo da vida, repleto de características importantes, em que por vezes a sua própria identidade ainda não se encontra bem definida, uma vez que se encontram na transição para a vida adulta.

Neste sentido, Pires (2006) refere-se aos estudantes de enfermagem, não só como prestadores de cuidados, mas também como pessoas, na relação que estabelecem com a pessoa cuidada.

Segundo a perspetiva de Abreu (2007), quando o estudante entra pela primeira vez numa unidade de cuidados (enfermaria), confronta-se com um contexto de trabalho multiprofissional com sociabilidades, com doentes, iluminação e odores *suigeneris*. Com efeito, tem uma tarefa de adaptação ao conjunto de novas situações com que se depara. O controlo da situação é então a tarefa mais importante que o estudante de enfermagem tem que superar.

Contudo, o confronto com a realidade profissional e com as intercorrências que a constituem, é um elemento indispensável à aprendizagem, mas o Ensino clínico também é considerado como facilitador no processo de aprendizagem, devido ao

contacto mais próximo com o doente e familiares, assim como o aprender a cuidar. Valoriza-se as potencialidades dos estudantes, confrontando-se os mesmos com situações, que lhes permite superar dificuldades existentes. Ogg e Paganini (2008) referem que, tende a ocorrer uma valorização mútua, em que o estudante valoriza o contacto com os doentes e estes valorizam a sua atuação, pelo que é fundamental para os estudantes terem um contacto mais direto com os doentes e aprender como prestar bons cuidados.

Para os autores supracitados, este tipo de aprendizagem vai muito mais além da acumulação de informação, o mesmo promove alterações no estudante, no seu conhecimento, no comportamento e nas atitudes, fazendo com que este assuma uma nova postura.

Na formação inicial em enfermagem, o primeiro Ensino clínico é sempre gerador de novas experiências assim como, por vezes ser este o momento para os estudantes confirmarem a sua vocação para a profissão.

Neste âmbito, a importância do contacto com o doente para a formação da identidade profissional do estudante é enfatizada por Stockhausen e Sturt (2005), ao realçarem que a “forte” componente emocional que acompanha a aprendizagem, ocorre quando os estudantes de enfermagem conseguem perceber a realidade do doente, aprendendo através das experiências que ele exterioriza.

Da observação realizada nestes contextos de aprendizagem, os autores supracitados verificaram um conjunto de trocas recíprocas entre o estudante e o doente, principalmente em contextos de aprendizagem não formais (gestos, toque, fâcias).

Deste modo Silva (2001) e Stefanelli e Carvalho (2005), afirmam que o toque pode ser o mais importante de todos os comportamentos não-verbais a ser ensinado, e alertam ainda para a importância de os docentes de enfermagem criarem situações de cuidados onde se possa discutir o uso do mesmo, com o fim de estimularem os estudantes de enfermagem para o desenvolvimento de referenciais na utilização afetiva do toque, junto dos doentes.

Também Serra (2008) assuntou que no contexto de prática clínica, os estudantes encontram algum sentido nas “pequenas coisas”, como pegar na mão do doente ou estar simplesmente ao seu lado e aprendem (compreendem), que nem sempre os procedimentos técnicos e aparentemente complexos, são os mais importantes no processo de cuidar.

Para Carvalho (2003) a formação em enfermagem, deverá proporcionar aos estudantes de enfermagem, subsídios que lhes permitam adquirir novas atitudes, novos comportamentos e saberes próprios.

Neste sentido, Rabias (2013:121) refere que “*o desenvolvimento social e emocional do estudante assume tanta importância como o desenvolvimento intelectual e motor*”.

Do mesmo modo Berger (2003:5) acrescenta que, o desenvolvimento humano “*resulta da aprendizagem, com base na experiência ou adaptação ao ambiente*”, reforçando que “*a vida é um contínuo processo de aprendizagem: novos eventos e novas experiências desenvolvem novos padrões de comportamento*”.

Todavia, a possibilidade de fundamentar saber teórico específico da ação em enfermagem, tem que passar pela aplicação dos saberes da prática em enfermagem, o que significa que não pode deixar de existir uma complementaridade entre a formação académica e a formação prática de elevado nível de exigência, como acrescenta Rodrigues (2006).

Ainda relativamente aos estudantes de enfermagem, Benner (2001) na sua investigação “*De Iniciado a Perito*”, explica como os estudantes de enfermagem numa fase inicial, apenas aprendem por modelagem, a sua preocupação então, é reproduzir apenas os modelos observados. Os principiantes não possuem a experiência de situações com as quais possam ser confrontados, o âmago das suas dificuldades está na inabilidade para fazer um julgamento ilimitado. Para lhes proporcionar acesso a essas situações, eles devem ser instruídos sobre as mesmas, em termos de atributos e objetivos que possam ser reconhecidos sem experiência situacional, (avaliação de sinais vitais, diurese...). Esta falta de experiência de situação, exige um recurso mais frequente a normas e regras, para orientar o principiante no decurso das suas atividades.

Face ao exposto, também Antunes (2004) verificou que, os estudantes valorizam os contextos curriculares dos Ensinos clínicos, independentemente dos objetivos e duração, consideram-nos muito importantes. São estes momentos do seu percurso de formação na qual a componente teórica dá lugar à visualização e operacionalização de procedimentos, apesar de serem sempre executados sob supervisão, quer de orientadores das instituições, quer por docentes da escola.

Porém, é de grande importância que o orientador tenha conhecimentos pedagógicos, devendo estar consciente das suas atitudes, com uma forte componente relacional, pois desempenhará um papel “modelo”. Papel este, fundamental para que o estudante

construa a sua identidade e saber profissional (Carvalho, 2003). Esta autora baseia-se no conhecimento de Griffith e Bakanauskas (1983), as quais consideram que o orientador clínico, deve ser um utilizador da relação de ajuda, orientando os estudantes a utilizar eficazmente as relações interpessoais, devendo comunicar abertamente com honestidade e desenvolvendo com os estudantes uma relação de confiança, apoiando-os na partilha de sentimentos.

Também Bosquetti e Braga (2007), realçam a importância do diálogo e da relação interpessoal, acreditando que a melhor forma de ensinar / aprender é através do diálogo, discutindo e partilhando ideias.

Para estas autoras, o professor / orientador é o maior responsável por determinar o tipo de interação que haverá entre ele e o estudante e ainda orientá-lo, para estabelecer relações terapêuticas com os doentes e com os outros profissionais de saúde. Cabe ao professor / orientador ouvir, incentivar e apoiar os estudantes nas primeiras experiências da prática, para que o primeiro contacto seja um fator motivador para os mesmos.

Neste sentido Fernandes (2007), acrescenta que um aspeto favorecedor da integração do estudante de enfermagem, é a atitude do enfermeiro orientador que pode informar sobre a evolução da sua aprendizagem, orientar determinados esquemas de ação, informar e despertar curiosidade para a preparação de terapêutica, o que se revela de grande importância para o estudante (Fernandes 2007).

Uma orientação desta forma, permite e facilita a aprendizagem da relação terapêutica. Carvalho (2003), acrescenta que esta atitude do orientador reforça o desenvolvimento e formação de valores e atitudes adequadas, congruentes e essenciais à vida profissional.

Dessa forma, a figura do orientador é uma peça importante no quadro da formação no ensino de enfermagem, como acentua Fernandes (2007). Ser enfermeiro orientador, apesar da responsabilidade que isso acarreta, é um privilégio que lhe foi atribuído por responsáveis académicos. No processo de integração do estudante nas dinâmicas do serviço e na profissionalização, as capacidades do orientador: de observação, de sensibilidade, de simpatia, de escuta e principalmente de saber, podem explicar ao estudante o desempenho pretendido durante o período de Ensino clínico e, marcá-lo como futuro profissional de enfermagem.

Consequentemente os orientadores em Ensino clínico, devem promover capacidades de iniciativa e autonomia nos estudantes, incentivando o espírito de pesquisa e de reflexão.

Segundo a perspectiva de Abreu (2007), o estudante terá deste modo, a sua aprendizagem facilitada, assim como uma percepção positiva de si mesmo, com segurança nas execuções práticas, se estiver acompanhado pelo professor ou pelo orientador.

Neste encadeamento salientamos o trabalho de Dixe (2007), que estudou a opinião dos estudantes de enfermagem, sobre a orientação em parceria, enfermeiros orientadores e docentes nos ensinamentos clínicos, tendo concluído que os estudantes referem como aspetos positivos do orientador; o apoio, a acessibilidade, o empenho, o acompanhamento e a presença contínua.

Apesar das dificuldades por parte dos enfermeiros (orientadores), os estudantes sentiram muito apoio por parte destes, dando relevância à sua presença como fator de aprendizagem e de transmissão de segurança. Dixe (2007) acrescenta que, a relação empática e o facto dos estudantes se sentirem à vontade com o orientador, propicia uma boa relação com estes. Mas a relação com os orientadores pode apresentar, também aspetos negativos, tais como; a crítica destrutiva, o sentimento de não-aceitação por parte do enfermeiro orientador e o constrangimento entre estudante/orientador.

Contudo, para facilitar a metodologia de orientação em Ensino clínico, os estudantes participantes desse estudo, sugeriram a interação escola/profissionais (ponte entre a teoria e a prática); a seleção de orientadores acessíveis que prestem apoio e que estejam motivados para atender às necessidades do estudante; a formação dos orientadores em relação aos conteúdos lecionados e o conhecimento prévio do grupo (Dixe, 2007).

Desta forma, o Ensino clínico de enfermagem é referido por Caires e Almeida (2000), como um período específico na formação dos estudantes, no qual estes devem focalizar a sua aprendizagem na reflexão sobre os problemas dos doentes, desenvolverem competências de resolução de problemas e avaliando possíveis resultados das medidas tomadas, sem que tal coloque o doente em risco.

Dentro do mesmo âmbito Abreu (2007), refere-se ao estudo que realizou em 2001, no qual concluiu que os estudantes em contexto clínico, aprofundavam conhecimentos enriquecidos pela experiência e adquiriam elementos significativos para a sua

formação. Os estudantes de enfermagem são confrontados com a necessidade de mobilizar informação adquirida em sala de aula, para desenvolver procedimentos complexos. Só nesse momento se pode considerar que a aprendizagem é significativa, capaz de proporcionar um estabelecimento de capacidades lógicas e duradouras e não aleatórias.

O autor supracitado reforça ainda que, para que esta aprendizagem ocorra, é necessário que o estudante revele atitude e disponibilidade para articular as novas informações de *“forma substancial e não arbitrária”*. O estudante deve sentir que a informação adquirida pode ser utilizada de outras formas, relacionando os conhecimentos e aplicando-os adequadamente.

Por conseguinte, aprender a aprender é então um eixo estruturante de todo o processo de aprendizagem em Ensino clínico, pois permite que o estudante, futuro profissional de enfermagem, mantenha em aberto uma atitude de aprendizagem permanente e, ao longo da vida, com um espírito crítico e reflexivo o que lhe permitirá assumir-se com autonomia, criatividade e emancipação, junto da equipa de saúde (Correia, 2001).

Efetivamente, um aspeto fundamental com repercussão significativa no desenvolvimento formativo dos estudantes de enfermagem, é a reflexão e comparação ou confrontação, entre a prática e a teoria.

Neste contexto, não será fácil ajudar a desenvolver maneiras de pôr em causa o conhecimento já adquirido, com o que vão adquirindo durante o Ensino clínico, no desenvolvimento da experiência prática, como refere Carneiro (2015:85) *“ultrapassar “dicotomias” teoria-prática, à ação-conhecimento, saber e saber fazer, saber fazer e ser, ensinar-aprender, treino-formação e investigação - ação,(...) configurações que, embora típicas, sejam suficientemente flexíveis e reorganizáveis para permitirem integrar o singular no múltiplo, o particular no geral, o local no universal, o individual no coletivo”*.

Dentro deste conceito, o Ensino clínico pressupõe à partida, que se aprende através da experiência. Segundo a perspetiva de Fernandes (2007), o conceito de experiência é abordado de distintos modos. Se a experiência for formadora, deve implicar uma articulação elaborada de forma consciente entre *“(...) atividade, sensibilidade, afetividade e idealização, que se objetiva numa representação, numa competência. A experiência ou é formadora ou então, não é uma experiência”* (Josso, 2002:35).

De acordo com esta perspetiva, a experiência passada pode ser aproveitada de diferentes formas e influenciar o futuro do estudante, só se tornando formadora, se for

explorada como um processo de conhecimento. Assim, para Fernandes (2007) a formação pela experiência é uma nova forma pedagógica de aprender, de pensar o vivido, de transformar a pessoa e que pode ajudar a facilitar a mudança. A flexibilidade, a abertura e a promoção da autonomia, que caracterizam esta forma de aprender, é importante para a mudança do pensamento e dos comportamentos do estudante, tanto numa perspetiva pessoal como profissional.

Assim, *“O estágio é então um espaço de formação académica, traçado pela interação, comunicação e afetos”* (Fernandes, 2007:317).

Neste sentido, de acordo com Hesbeen (2000:136), *“O estágio é a ocasião de o estudante descobrir a realidade das situações de vida. É o complemento de ensino escolar que, mesmo com as modalidades pedagógicas mais eficazes, não se pode substituir a este contacto direto com a realidade”*.

Perante o exposto, Antunes (2004) confirma que as primeiras experiências de Ensino clínico, são um dos eixos mais estruturadores da identidade profissional, pois é ao longo destes momentos que os futuros profissionais adquirem as normas, os valores e funções segundo as quais o grupo profissional se rege.

Dentro do mesmo conceito, Macedo (2004) realizou um estudo sobre os ensinamentos clínicos de enfermagem, enquanto atividade formativa em contexto hospitalar, no qual um grande número de estudantes refere que é durante o Ensino clínico que aprendem como se devem relacionar com pessoas doentes, adquirem confiança e segurança na interação com os doentes e com os profissionais de saúde, referem ainda que, *“desenvolvem capacidades de lidar com as pessoas”* Macedo (2004:12).

Muitas vezes durante a prática em Ensino clínico, o estudante passa por contextos de aprendizagem formais e informais, sendo que estes últimos surgem muitas vezes em situações de *stress*, isto é, em situações de necessidade de atuar imediatamente, apesar de muitas vezes não terem a perceção que são estes momentos que lhes proporcionam aprendizagem (Antunes, 2004).

Em concordância, Fernandes (2007) refere que é em Ensino clínico que os estudantes consolidam as aprendizagens teóricas, através do acumular das experiências práticas, reforçando os saberes lecionados, é-lhes transmitida a identidade de ser enfermeiro, dado que adquirem também os saberes da ação. Refere ainda que *“a teoria é considerada o verdadeiro conhecimento, enquanto que a prática consiste na aplicação desse mesmo conhecimento capaz de resolver os problemas (...)”* (Fernandes, 2007:76).

Contudo, Pinto (2011) constatou no seu estudo que os estudantes de enfermagem nas primeiras experiências clínicas, não possuíam ainda a habilidade necessária para mobilizar os saberes de forma a desempenhar sem dificuldade os cuidados, nos quais se incluíam a relação e modo da relação estabelecida com o doente. Os saberes e a prática resultam apenas da componente teórica do curso e a visão da enfermagem, ainda está muito focada na vertente técnica; as experiências instrumentais são o que os estudantes mais procuram.

Através da aquisição de novas experiências e do aumento dos saberes, consoante vão progredindo no curso, a sua visão da enfermagem torna-se mais abrangente. A autora supracitada, verificou que os estudantes de enfermagem se sentiam mais atraídos pelas experiências técnicas da profissão, as quais esperavam ter oportunidade para praticar. Concluiu ainda que no último ano da formação, a maior das preocupações dos estudantes, foi adquirir segurança e autonomia.

Assim, durante o Ensino clínico, os estudantes sentem alguma pressão para realizar mais procedimentos técnicos e observar outros para os quais ainda não adquiriram conhecimentos, ficando por vezes o aspeto relacional revogado para segundo plano.

Em concordância, salientamos uma vez mais o estudo realizado por Fernandes (2007) com estudantes de enfermagem, sobre o desenvolvimento de competências de enfermagem em Ensino clínico no hospital, no qual verificou que os estudantes se sentem pressionados com o excesso de trabalho técnico, que devem desenvolver e com as práticas que têm para realizar, restando pouco tempo para uma aproximação relacional com o doente e família, embora considerem importante compreender como as pessoas vivenciam a hospitalização, tal como lhes foi ensinado na teoria.

Também Santos (2009), realizou um estudo sobre a formação inicial em enfermagem. Nesta investigação, a autora debruçou-se sobre a aprendizagem pela reflexão em ensino clínico, tendo constatado que alguns dos estudantes participantes desse estudo assinalaram as experiências significativas como desafios que criam oportunidades poderosas, para aprender através da reflexão: " (...) *bem como as experiências de incerteza ou experiências positivas que instruem acerca do nível emocional, permitindo localizar quando e porquê se sentem excitados, preenchidos ou frustrados com uma experiência, bem como permitem obter conhecimento das condições que permitem o desenvolvimento da sua criatividade*" (Santos, 2009:415).

Desta forma a autora apurou que, ao longo do seu percurso de formação, os estudantes de enfermagem vão adquirindo saberes provenientes de experiências clínicas

anteriores, pelo que o processo de formação não se resume ao somatório ou acumulação de saberes e experiências adquiridas. É construído através de um processo de reflexão sobre a prática, como complementou Pinto (2011), através da análise dos resultados do seu estudo. Esta autora verificou ainda que, os estudantes desenvolveram as suas competências, num trajeto crescente de maturação pessoal. Esta maturação crescente permitiu-lhes elaborar uma apreciação concreta sobre a realidade laboral, como corrobora Correia (2012) através dos resultados obtidos na sua investigação sobre a construção do processo de ensinar/aprender a cuidar, na perspetiva dos diferentes intervenientes. Esta autora demonstrou que, os estudantes consideraram que; os profissionais de enfermagem têm um desempenho rotinizado e menos implicado, que existe uma prática com maior qualidade nos centros de saúde, que se distingue do contexto hospitalar pelos cuidados mais personalizados, mais próximos dos utentes, com maior autonomia e com uma prática mais refletida. Por outro lado, a crítica ao nível hospitalar foi feita referindo que, os enfermeiros apresentam uma atuação mecanizada.

Os estudantes observaram nos profissionais de saúde um excesso de trabalho, pelo que justificam a menor disponibilidade que demonstram ter, para permanecer algum tempo junto do doente e família (Correia, 2012).

Desta forma Correia (2012:222) reforça a importância das experiências, pois os estudantes vivenciam o processo “aprender a cuidar” intensamente, onde por vezes se sentem “(...) *(des) cuidados e apropriando-se da aprendizagem quer pela positiva quer pela negativa*”. Estes mostraram-se críticos, face aos contextos de aprendizagem clínica, manifestando a sua opinião face ao ambiente e ao desempenho do profissional de saúde.

Em consonância encontra-se o estudo que Bosqueti e Braga (2008) realizaram sobre as reações comunicativas dos estudantes de enfermagem. Durante o primeiro ensino clínico, verificaram que dentro dos relatos negativos proferidos pelos estudantes, estavam os fatores como cuidar do doente em estado grave, presenciar a morte e também referiram que, os profissionais de saúde são insensíveis à morte e ao morrer. Nos relatos positivos, estavam as intervenções de alta complexidade técnica que os doentes em estado mais crítico necessitavam, o que foi identificado como de grande satisfação, por parte dos estudantes.

Dentro do mesmo contexto, salientamos o estudo realizado por Rua (2009) sobre o desenvolvimento de competências do estudante de enfermagem ao longo do curso, no

qual verificou que, das atividades mais referidas pelos estudantes, foram identificadas as relacionadas com procedimentos técnicos, mais centradas nos cuidados físicos (cuidados de higiene, administração de terapêutica, intervenções interdependentes): “(...) nos contextos de prática clínica, ainda se manifesta como muito dominante a perspectiva biomédica dos cuidados de enfermagem” (Rua, 2009:409). Os estudantes desse estudo também atribuíram grande importância às atividades relacionadas com a comunicação, não só com os doentes (educação para a saúde, relação de ajuda), mas também com a equipa de enfermagem (passagem de turno, redação de registos).

Em contrapartida, na investigação realizada por Galvão et al (2011) com estudantes de enfermagem que prestaram cuidados de enfermagem a doentes com VIH, concluiu que os estudantes quando comunicaram com os doentes durante a prática clínica, experienciaram ansiedade e sentimentos de tensão, assim como as capacidades de comunicação do estudante com o doente, foram deficientes.

No mesmo contexto encontra-se o estudo de Lopes et al (2012), sobre competências relacionais dos estudantes de enfermagem, no qual identificou as necessidades manifestadas pelos estudantes na área das competências relacionais. Nesse estudo, foram inquiridos estudantes de enfermagem que ainda não tinham realizado nenhum Ensino clínico.

Da análise resultante da opinião dos estudantes acerca das competências essenciais para a qualidade dos cuidados em enfermagem e, das competências profissionais a que deveriam estar habilitados no final do Curso, os autores verificaram que os estudantes atribuíram uma maior valorização ao “*Saber Fazer*”, através da grande importância atribuída às técnicas e procedimentos, em detrimento do “*Saber*”, especialmente do conhecimento científico. Os autores concluíram que, os estudantes de enfermagem, nesta fase inicial da sua formação, possuíam um conceito de cuidar em enfermagem muito centrado na execução de tarefas e técnicas de enfermagem em vez do “*Saber*” em Enfermagem, tal como mencionado em outros estudos descritos anteriormente.

Esse estudo ainda revelou que os estudantes de enfermagem valorizavam também a qualidade do cuidar em enfermagem, do “*saber fazer relacional*” através da relação de ajuda, de competências comunicacionais e no âmbito do “*saber ser*”, sublimaram a competência pessoal, social e de comunicação.

Os estudantes do referido estudo, identificaram como necessidades relativamente às características pessoais, para melhorar o seu bem-estar pessoal ou para ser um bom

enfermeiro ou ainda para facilitar a competência de um enfermeiro, o desenvolvimento da sua competência comunicacional, da competência emocional, da autoestima e do comportamento assertivo (Lopes et al, 2012).

Os supracitados autores, concluíram ainda que os estudantes estão conscientes que um maior desenvolvimento pessoal, assim como um melhor conhecimento de si próprio, será decisivo para o bem-estar pessoal e social, assim como para se ser um bom enfermeiro.

Dai a relevância que este estudo pode ter, no incentivo à intervenção dos docentes na estimulação dos estudantes logo numa fase inicial, para que desenvolvam a vertente afetiva, através do toque afetivo complementando o toque instrumental, nos cuidados de enfermagem, que dedicam aos doentes.

## **CAPÍTULO II**

### **METODOLOGIA**

## 2 - Percurso de investigação

Como em qualquer trabalho de investigação, o percurso metodológico foi determinado pelo fenómeno em estudo e pelos objetivos formulados. Assim, neste capítulo falaremos do paradigma subjacente à investigação, do tipo de estudo e da opção metodológica tomada, tendo por base o estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa, assim como a análise de conteúdo, seguindo os pressupostos de Bardin (2009).

Após a apresentação do enquadramento teórico sobre os temas considerados mais pertinentes para a compreensão da temática do estudo, é necessário descrever a estratégia que nos permita estudá-la, nomeadamente através de uma investigação empírica.

Neste capítulo apresentamos a opção metodológica justificando-a, ao definirmos a temática como *“Aprender a comunicar através do toque: experiências dos estudantes de enfermagem em Ensino clínico”*, e de forma a responder eficazmente aos objetivos e às questões enunciadas, apresentamos a justificação da nossa opção.

Esta escolha justifica-se por um lado, devido à existência de poucos estudos sobre esta temática e por outro, pela necessidade que há em caracterizar em profundidade as experiências vivenciadas pelos estudantes em Ensino clínico e, a forma como estes percebem a comunicação através do toque.

Optámos por realizar o nosso estudo na Instituição onde exercemos funções de docência. O fato do Curso de Licenciatura em Enfermagem ter uma grande componente prática desde o seu início e ainda, o facto dos Ensinos clínicos nesta Instituição serem realizados em hospital a partir do primeiro ano do curso, foram as razões porque a escolhemos para desenvolver a nossa investigação

A opção pela técnica de análise de conteúdo, prendeu-se com o fato de em termos gerais, poder ser definida como um conjunto de instrumentos metodológicos, que têm como fator comum uma interpretação controlada, baseada na inferência, como refere Bardin (2009).

Esse conjunto de técnicas de análise visa obter, por meio de procedimentos sistemáticos, indicadores quantitativos ou qualitativos que permitam a inferência de conhecimentos relativos à produção/recepção de mensagens.

Trata-se em última instância, de um esforço de interpretação que oscila entre o rigor da objetividade e a fecundidade da subjetividade. Vários autores demonstraram que a análise de conteúdo, é um dos métodos de pesquisa mais populares em Ciências da Saúde, Enfermagem e Psicologia.

Segundo Harwood e Garry (2003), o sucesso da análise de conteúdo, pode ser explicado pela sua flexibilidade de adaptação a diferentes delineamentos de pesquisa. Para Bardin (2009), o trabalho da análise de conteúdo define-se por regras lógicas de organização, categorização e tratamento de dados quantitativos ou qualitativos.

Tais regras estão presentes ao longo de um processo de preparação, de elaboração e de relato de resultados. Bardin (2009) refere-se a seis técnicas de análise de conteúdo, a saber: **análise categorial** (que foi a técnica adotada no nosso estudo), análise de avaliação, análise de enunciação, análise de expressão, análise das relações e análise do discurso. Nesse universo, a sua aplicação, embora variável, orienta-se por duas premissas: 1) organização das análises pelas características do material e 2) condução da análise conforme os objetivos traçados na pesquisa, estas premissas orientaram o nosso estudo.

## **2.1 - Objetivos e Questões de investigação**

É importante que adotemos uma linha de investigação que nos facilite descrever e compreender as experiências dos estudantes de enfermagem. Para tal, definimos como objetivo geral; **Compreender como os estudantes de enfermagem experienciam a comunicação através do toque durante o Ensino clínico**

Em continuidade, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer as experiências dos estudantes, durante o primeiro Ensino clínico, perante o tocar doentes;
- Caracterizar as dificuldades vivenciadas pelos estudantes perante a experiência de tocar doentes durante o primeiro Ensino clínico;

- Interpretar as estratégias utilizadas pelos estudantes, na superação de dificuldades na comunicação com os doentes através do toque, durante o Ensino clínico.

De acordo com os objetivos, definimos ainda um conjunto de questões de investigação, orientadoras do nosso estudo:

- Quais as experiências dos estudantes durante o primeiro Ensino clínico, perante o tocar doentes?
- Quais as dificuldades sentidas pelos estudantes de enfermagem, perante a experiência de tocar doentes, durante o primeiro Ensino clínico?
- Que estratégias utilizam os estudantes de enfermagem, em Ensino clínico, para superar dificuldades na comunicação através do toque com os doentes?

## **2.2 - Tipo de estudo**

Nesta investigação, realizámos um estudo exploratório e descritivo de natureza qualitativa. A opção por uma metodologia qualitativa, prende-se com o facto de os métodos qualitativos serem os mais adequados para descobrir essências, sentimentos e significados, sendo os mais indicados para abordar experiências subjetivas (Bogdan e Biklen, 1994; Marconi e Lakatos, 2011), em consonância Pires (2006) afirma que os métodos e modelos de análise qualitativa são os que mais se adaptam numa abordagem de experiências subjetivas, o que vai ao encontro aos objetivos do nosso estudo.

Como indicam Hérbert, Goyette e Boutin (2008), a investigação interpretativa baseia-se numa aproximação do investigador aos participantes, centrada na construção de sentido. Esta aproximação manifesta-se no plano físico (o terreno) e no simbólico (a linguagem), evitando o distanciamento que resultaria do emprego de formas simbólicas, estranhas ao seu meio. Foi este paradigma que sustentou essencialmente a nossa investigação, já que não nos move a comprovação de teorias ou manipulação de variáveis, mas sim o questionamento constante sobre o fenómeno em estudo, compreendendo-o na perspetiva dos participantes.

Optarmos por uma investigação baseada numa metodologia qualitativa, permite-nos conhecer os participantes do nosso estudo como pessoas, conhecer as suas experiências e as suas vivências, durante o Ensino clínico.

Possibilita-nos ainda compreender como encaram a realidade, dá-nos a oportunidade de estabelecer uma relação empática, para além de compreender a perspetiva de todos os participantes.

Neste sentido, Polit e Hungler (1995) descrevem a investigação qualitativa como holística e naturalista, na medida em que se direciona para a complexidade dos indivíduos na sua totalidade, considerando os seus contextos naturais. Estas autoras estabelecem, como premissa de tal metodologia, que o conhecimento do homem só se torna possível através da descrição da sua experiência, experiência essa que corresponde ao cenário em que decorre a vivência e à definição dos próprios atores, o que também permite uma proximidade e um relacionamento do investigador com as pessoas que estuda (Hicks, 2006).

Bogdan e Biklen (1994) referem cinco características essenciais da pesquisa qualitativa:

- O ambiente natural é a fonte direta de dados e o investigador é o seu principal instrumento;
- O investigador qualitativo tende a seguir um processo indutivo;
- Os dados colhidos são predominantemente descritivos;
- Neste tipo de pesquisa, os investigadores preocupam-se mais com o processo do que com os resultados ou produtos;
- O significado que os indivíduos dão às coisas e às realidades são de vital importância para o investigador e, é aqui que ele concentra toda a sua atenção.

Para a realização da nossa investigação, é importante obter dados ricos em pormenores descritivos que nos permitam a compreensão do fenómeno em estudo, a partir da perspetiva dos participantes, daí a opção pelo estudo exploratório e descritivo, o qual tem por objetivo permitir ao investigador adquirir um maior conhecimento sobre o tema ou problema de pesquisa (Faleiro, 2009).

Por sua vez, estes tipos de estudo, visam descrever as características de determinada população ou fenómeno, envolvendo o uso de técnicas padronizadas de colheita de dados, como a entrevista estruturada e semiestruturada, e assumindo em geral, a forma de levantamento (Gil, 2008).

Desta forma, reportámo-nos a um estudo exploratório e descritivo, pois de acordo com Andrade (2002) permite-nos estabelecer uma visão mais geral sobre a comunicação que os estudantes de enfermagem estabelecem com os doentes, através do toque durante o Ensino clínico. Proporciona esse estudo maiores informações sobre a temática de investigação; facilita a delimitação do tema, orientando-nos no estabelecimento de objetivos, concentra-se no que pretendemos esclarecer e explorar neste campo de conhecimento. Ainda de acordo com a mesma autora, explorar um assunto significa reunir mais conhecimento e incorporar características inéditas, assim como procurar novas dimensões que não são conhecidas.

Do ponto de vista descrito, Andrade (2002) destaca que o estudo descritivo se preocupa em observar os factos, registá-los, analisá-los, classificá-los e interpretá-los, sem a interferência do investigador. Assim são estudados os fenómenos do mundo humano, mas não são manipulados pelo investigador, como nos refere a autora supracitada. Na nossa investigação foi aplicado este tipo de estudo, no qual todo o processo foi desenvolvido sem a interferência dos investigadores. Após a recolha da informação, a mesma foi analisada, classificada e interpretada tal como os participantes a viveram e reportaram, sem a influência dos investigadores.

### **2.3 – Participantes no estudo**

Num estudo qualitativo não existem regras que definam o número de participantes, nem o tipo de amostragem. De acordo com Streubert e Carpenter (2002) os indivíduos (participantes), são seleccionados para participar na investigação qualitativa de acordo com a sua experiência sobre o fenómeno em estudo. Segundo as autoras, pode ser denominada como amostra intencional, pois o que interessa não é propriamente que tipo de técnicas de amostragem a serem utilizadas, mas a preocupação dos investigadores reside no fato de obter uma descrição rica do fenómeno.

O importante é seleccionar sujeitos que possibilitem o estudo em profundidade e que nos deem uma informação rica. A dimensão da amostra depende assim do que se quer encontrar, como os dados serão usados e dos recursos que dispomos para efetuar o estudo (Patton, 1990).

Não existem pois, regras que definam o tamanho da amostra, ela deverá ser intencionalmente pequena e diversificada, a fim de evidenciar a riqueza das experiências individuais (Patton, 1990).

Os participantes da nossa investigação foram os estudantes de enfermagem de uma Escola Superior de Saúde privada no concelho de Almada. Esta escola está inserida no Ensino Superior Politécnico, é uma escola “jovem”, cujo Curso de Licenciatura em Enfermagem teve o seu início no ano letivo de 2001 / 2002, formando desde então uma média de 35 enfermeiros por ano. Esta escola está integrada numa Cooperativa de Ensino Superior, da qual fazem parte duas instituições; a Escola Superior de Saúde e o Instituto Superior de Saúde, ambas funcionam com vários cursos de Licenciatura, Pós-graduações e Mestrados.

Os estudantes que participaram no estudo foram selecionados aleatoriamente, ou seja, os participantes foram os estudantes que se encontravam nas reuniões convocadas no final do Ensino clínico e que após serem convidados a colaborar, aceitaram participar no nosso estudo. Entrevistámos 36 estudantes, sendo 24 estudantes do 1º ano, após realizarem o 1º Ensino clínico (hospitalar). Destes, 3 eram do sexo masculino e 21 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 18 e os 22 anos de idade.

Para validar as experiências dos estudantes, entrevistámos ainda mais 12 estudantes do 2º ano após realizarem o 4º Ensino clínico, (que igualmente se encontravam na escola para as reuniões de final de Ensino clínico, e tal como os do 1º ano, após serem convidados a colaborar, aceitaram participar no nosso estudo). Destes, 2 eram do sexo masculino e 10 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 24 anos de idade.

Como critério de exclusão temos os estudantes que, durante o Ensino clínico foram orientados pela investigadora (dez estudantes), para que não resultassem conflitos de interesse e as respostas às entrevistas não fossem influenciadas por uma possível avaliação de Ensino clínico.

Os Ensinos clínicos são momentos privilegiados na formação dos estudantes, porque lhes proporcionam momentos de aprendizagem ativa e de desenvolvimento de competências assentes em experiências reais do contexto. Os estudantes efetuam o planeamento das atividades que vão desenvolver face aos objetivos que pretendem atingir, seguindo uma lógica de pensamento que lhes permite ampliar saberes.

No caso específico dos Ensinos clínicos, os objetivos são definidos à priori e os estudantes têm acesso a eles, através de um guia orientador de Ensino clínico que lhes

é distribuído no início do mesmo (Anexo 3), de acordo com a Escola Superior de Saúde onde estes estudantes estão inseridos, os objetivos para o primeiro Ensino clínico são;

- Conhecer algumas particularidades da organização e funcionamento da unidade onde estão inseridos;
- Colaborar com os enfermeiros da equipa de enfermagem, na prestação de cuidados de higiene e conforto aos doentes, nomeadamente na técnica do banho;
- Desenvolver habilidades comunicacionais com o doente, família e equipa de saúde;
- Desenvolver a técnica da relação de ajuda com o doente e família.

Nos dois primeiros Ensinos clínicos a supervisão clínica é realizada a tempo integral, por docentes da instituição. Estes Ensinos clínicos realizam-se de segunda a quinta-feira no turno das 8 às 16 horas, e têm uma duração de seis semanas, cada docente acompanha a tempo integral um grupo de dez estudantes, em contexto clínico hospitalar.

O fato de serem os docentes da Escola a orientarem estudantes nesta fase tão inicial, ajuda-os a promover a reflexão, a compreensão, a partilha, a paciência, a comunicação, a capacidade de adaptação e a capacidade de autocrítica. É importante que os docentes tenham uma mente aberta à partilha de conhecimentos.

Uma vez que o grau de responsabilidade do estudante é limitado, o seu acompanhamento por parte do docente diminui a possibilidade deste sedimentar erros e falsos sentimentos de segurança, os quais podem ter graves consequências numa fase tão inicial da formação, como é o primeiro Ensino clínico.

É política da Instituição na qual exercemos funções e da qual fazem parte os estudantes do nosso estudo, este acompanhamento ser sistemático, pois considera-se que é uma fase crucial para o desenvolvimento sociomoral do estudante, pois só em confronto com as situações reais se apercebe de toda a sua dimensão.

O docente é o suporte do estudante, para permitir que este se desenvolva no seu percurso formativo.

Consideramos que o fato do docente já conhecer o percurso do estudante durante o ensino teórico, permite que compreenda melhor as suas fragilidades e inseguranças,

estando sempre disponível para o apoiar, não só no desenvolvimento das competências técnicas, mas principalmente no desenvolvimento das competências relacionais e das componentes emocionais, o que se confirma ser de grande importância nesta fase tão precoce da formação, tendo em consideração a inexperiência e a imaturidade dos estudantes.

Para melhor apoiar e compreender os estudantes durante esta fase, consideramos fundamental conhecer as experiências dos estudantes, durante o primeiro Ensino clínico, perante a comunicação através do toque com os doentes.

#### **2.4 - Procedimentos de recolha, tratamento, e análise dos dados**

A informação que recolhemos junto dos estudantes de Enfermagem foi obtida através de uma entrevista semiestruturada, pois considerámos ser o instrumento de colheita de dados que melhor se adequava ao tipo de estudo realizado, tendo em consideração a questão de partida, o tipo de estudo e os objetivos.

A opção por este tipo de entrevista prendeu-se com o fato de pretendermos conhecer as experiências e as vivências dos estudantes de enfermagem. A entrevista é a técnica adequada, quando se pretende compreender” *o sentido que os autores dão às suas práticas e aos seus acontecimentos com os quais se veem confrontados: os seus sistemas de valores, as suas referências normativas, as leituras que fazem das suas próprias experiências (...)*” (Quivy e Campenhoudt, 2008:193).

Também para Bell (1997), algumas das vantagens da entrevista para recolher informação junto dos entrevistados, relaciona-se com a sua adaptabilidade e com a possibilidade que esta oferece ao entrevistador para explorar ideias, testar respostas, investigar motivos e sentimentos. Os aspetos relacionados com a forma como o entrevistado responde, nomeadamente o tom de voz e a expressão facial fornecem informações, que uma resposta escrita nunca revelaria.

De acordo com Minayo (2005), as entrevistas podem ser consideradas conversas com finalidade classificada de acordo com a sua organização. No caso das entrevistas semiestruturadas, há uma combinação de perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à questão formulada.

Complementando a asserção, Turato (2008) afirma que na pesquisa qualitativa, a entrevista semiestruturada é a mais adequada como instrumento destinado à colheita de dados, pois é interativa possibilitando a identificação da linguagem e de conceitos utilizados pelo entrevistado e tendo uma agenda flexível.

Assim, o entrevistador tem a oportunidade de introduzir as perguntas de acordo com a forma como os assuntos que pretende abordar vão surgindo, ou eventualmente outros não previstos, mas que se revelem importantes para a compreensão dos temas a explorar, como preconizam Marconi e Lakatos (2011).

A entrevista semiestruturada tem como principal vantagem permitir ao investigador seguir o guião previamente elaborado, mas dá-lhe simultaneamente a possibilidade de o modificar nalguns aspetos. Normalmente a informação mais específica é pretendida por todos os entrevistados, existindo uma parte da entrevista que é estruturada. Contudo, a maior parte da entrevista é constituída por questões ou tópicos que têm que ser explorados, no entanto a ordem pela qual são colocados, até mesmo o tipo de palavras que são usadas pode não ser a mesma. A utilização deste tipo de entrevista permite ao investigador, ser coparticipante na descoberta e compreensão das realidades do fenómeno estudado (Streubert e Carpenter, 2002).

Todavia, dada a imensidão de aspetos que podem ser analisados na comunicação, mais especificamente na comunicação através do toque, consideramos que a utilização da entrevista semiestruturada com perguntas abertas, foi a melhor opção para o nosso estudo, no sentido de que nos deu a possibilidade de ir aprofundando o pensamento do entrevistado, ou seja, enquanto entrevistadores tivemos a oportunidade de orientar o curso da entrevista para os nossos objetivos, permitindo uma maior permeabilidade e adaptabilidade no decorrer da entrevista, ajustando a mesma ao diferente discurso dos estudantes, permitindo que se expressassem, partilhassem as suas experiências, vivências e perceções, o que contribuiu para obtermos um levantamento de dados enriquecedor.

No final dos respetivos Ensinos clínicos, foram agendados dias para reunião na escola. Aproveitámos esses momentos em que os estudantes se deslocaram à Escola, para solicitar a sua participação no nosso estudo. Os estudantes que se disponibilizaram a colaborar foram encaminhados para uma das salas de reuniões, onde decorreram as entrevistas individualmente, com privacidade e num ambiente confortável.

É importante o entrevistador propiciar um ambiente de confiança e também evitar elementos que prejudiquem a conversa, ou seja interrupções, ruídos, conversas,

musicas, telefonemas. A entrevista deve ser um diálogo espontâneo, mas profundo, aberto e cuidadoso, evitando perguntas muito diretas, ou tendenciosas.

Clarificámos que todos os discursos eram possíveis, que não existiam respostas certas ou erradas, uma vez que o que se pretendia era saber qual a opinião relativamente às questões colocadas.

Esclarecemos ainda que, a análise dos dados iria ser realizada com base na transcrição das entrevistas e que estas não seriam utilizadas para outros fins, que não o nosso estudo.

Informámos os estudantes participantes na investigação, que não seria divulgada a sua identificação. Foi fornecido ao estudante um termo de consentimento livre e esclarecido, para ler e se estivesse de acordo assinar.

Optámos pela utilização do gravador áudio, para que toda a informação ficasse registada, tal como recomendam Hérbert, Goyette e Boutin (2008) e Marconi e Lakatos (2011), que nas entrevistas podem-se usar várias ferramentas, como gravações, anotações, fotos e computadores para registar os dados.

Os momentos que precedem o início da entrevista são muito importantes para que o entrevistado se descontraia e não se sinta pressionado no decurso da entrevista, como recomendam Hérbert, Goyette e Boutin (2008). Assim, a entrevista foi estruturada da seguinte forma; agradecemos a disponibilidade demonstrada realçando a sua importância para o nosso trabalho e, solicitámos novamente autorização para gravar a entrevista. Como forma introdutória explicámos o objetivo do estudo, estabelecemos um breve diálogo onde se falou do motivo e interesse do tema.

Durante a entrevista foram apresentadas questões norteadoras, que visavam orientar os entrevistados a promover uma ampliação e aprofundamento sobre o toque, como forma de comunicação. Aos estudantes do primeiro ano, colocámos as seguintes questões:

- “Como foi a sua experiência perante a comunicação com o doente através do toque neste primeiro Ensino clínico?”*
- “Em algum momento sentiu dificuldades na relação com o doente?”*
- “Como superou essas dificuldades?”*

Aos estudantes do segundo ano de enfermagem, colocámos as seguintes questões:

- *“Como foi a sua experiência perante a comunicação com o doente através do toque durante os Ensinos clínicos?”*
  
- *“Qual a diferença que sentiu face ao toque como forma de comunicação, após já ter adquirido alguma experiência ao longo dos Ensinos clínicos, comparativamente com o primeiro Ensino clínico?”*
  
- *“O que acha do toque como forma de comunicação com os doentes?”*

Ouvimos atentamente os nossos entrevistados, deixámos que expressassem as suas ideias, as suas vivências e experiências, tentámos dar um feedback sem condicionar as suas respostas. Procurámos ainda controlar o nosso envolvimento, mantendo uma atitude neutra e criando um clima de empatia, não esquecendo os aspetos da comunicação não-verbal.

Demos por concluída a entrevista, sugerindo ao estudante a possibilidade de acrescentar algum aspeto ao tema e agradecemos a sua colaboração.

Com base em autores como Patton (1990) e Quivy e Campenhoudt (2008), tentámos que cada entrevista fosse uma situação única e particular, exigindo de nós atenção e concentração.

As entrevistas decorreram num clima de abertura e confiança, permitindo obter dados cuja riqueza e significado, pudemos verificar na análise dos dados.

Utilizámos por vezes orientação de entrevista, quando o estudante se desviava do tema, acrescentámos questões clarificadoras adaptando cada nova questão em função da resposta, para a melhor compreender ou mesmo aprofundar a ideia transmitida, tal como os autores acima referidos recomendam.

Durante o decurso das entrevistas adotámos o comportamento recomendado pelos autores, Hérbert, Goyette e Boutin (2008) que consiste na escuta ativa, olhando diretamente para a pessoa entrevistada, escutá-la e encorajando-a por meio de *“sim, sim”*, fazendo querer que o que relata é importante. A utilização do gravador, permitiu interagir com o participante olhando-o nos olhos reforçando as suas respostas com assento de cabeça e, mostrando interesse pelas ideias transmitidas.

A análise dos dados na investigação qualitativa, começa realmente quando iniciamos a colheita de dados, Streubert e Carpenter (2002) acrescentam que à medida que as

entrevistas vão sendo realizadas, os investigadores vão revendo constantemente os registos, pois podem sentir a necessidade de acrescentar perguntas para clarificar as descrições das suas descobertas.

Desta forma, o tratamento da informação é sem dúvida uma fase crucial em qualquer trabalho de pesquisa, na medida em que nos permite atribuir um significado aos dados obtidos, pela aplicação da técnica de recolha de dados.

Ouvimos repetidamente as gravações e transcrevemos na íntegra todo o conteúdo das entrevistas. Terminada a transcrição das entrevistas, obtivemos “*um corpus*” de análise, constituído por todo o material recolhido, tendo em vista a pesquisa que se propõe efetuar após o processo de seleção, com base em critérios devidamente explicitados (Vala, 2003).

Com todo este material procedemos então à análise das entrevistas semiestruturadas, utilizando-se a Técnica da Análise de Conteúdo, proposta por Bardin (2009), para posteriormente as interpretarmos à luz do quadro teórico.

Ghiglione e Matalon (2001) referem que é usual considerar dois tipos de análise de conteúdo: aqueles que fazem intervir categorias predefinidas anteriormente à análise propriamente dita, e aqueles que não as fazem intervir, tendo por isso um carácter puramente exploratório. No primeiro caso, a análise está associada a um quadro teórico que a sustém e ao qual se refere, e no segundo, “...os resultados são devidos unicamente à metodologia de análise, estando isenta de qualquer referência a um quadro teórico preestabelecido” (Ghiglione e Matalon, 2001:210). No nosso estudo não foi estabelecido previamente um quadro teórico, realizámos a análise temática, com o fim de interpretar as descrições feitas pelos estudantes sobre as suas vivências em Ensino clínico. O referencial teórico orientou-nos na compreensão e na interpretação das experiências relatadas.

Bardin (2009:44) designa o termo análise de conteúdo como: “*um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos **sistemáticos** e **objetivos** de descrição do conteúdo das mensagens*”.

Utiliza procedimentos **sistemáticos** pois em função dos objetivos pretendidos pelo investigador, deve a totalidade do conteúdo ser ordenado e integrado em categorias previamente definidas. **Objetivo**, pois a análise deve estar de acordo com certas regras, deve seguir instruções claras e precisas para que investigadores diferentes que trabalham sobre o mesmo conteúdo obtenham resultados idênticos.

A tentativa do analista é dupla, como refere Bardin (2009): compreender o sentido da comunicação, mas igualmente estar atento a outra significação, uma outra mensagem através ou ao lado da primeira mensagem. “*A leitura efetuada pelo analista do conteúdo das comunicações não é, ou não é unicamente, uma leitura à letra, mas antes o realçar de um sentido*” Bardin (2009:43).

Para Bardin (2009), a análise de conteúdo não deve ser utilizada apenas para se proceder a uma descrição do conteúdo das mensagens, pois a sua principal finalidade é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, com a ajuda de indicadores. A primeira etapa da realização numa análise de conteúdo é a descrição, sendo a inferência, o procedimento intermédio que permite a passagem, explícita e controlada da descrição à interpretação, que é a última etapa da análise de conteúdo. Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo de tipo exploratório realiza-se em três etapas sucessivas: a **pré-análise**, a **exploração do material** e o **tratamento dos resultados** (a inferência e a interpretação).

Essas etapas podem ser especificadas como:

>Primeira Etapa: **pré-análise**, nesta etapa são desenvolvidas as operações preparatórias para a análise propriamente dita. Consiste num processo de escolha dos documentos ou definição do *corpus* de análise; formulação das hipóteses e dos objetivos da análise; elaboração dos indicadores que fundamentam a interpretação final (Bardin, 2009).

No caso das entrevistas do nosso estudo, estas foram devidamente transcritas, constituindo um conjunto de textos o que constituiu o *corpus* da pesquisa.

Neste estudo, o *corpus* foi constituído por 36 entrevistas, (24 entrevistas realizadas aos estudantes do 1º ano e 12 aos estudantes do 2º ano).

Para garantir o anonimato dos entrevistados, a cada entrevista foi atribuída a “letra de código” (E1º e E2º) e o número correspondente (de 1 a 24 para o código E1º, e de 1 a 12 para o código E2º), sendo E1º os estudantes do 1º Ano e E2º os estudantes do 2º Ano.

Após transcrição e validação, realizámos uma análise de conteúdo temática com uma primeira leitura flutuante que, segundo Bardin (2009), é o primeiro contacto que se estabelece com a informação, no sentido de percebermos e identificarmos as principais dimensões, áreas ou grandes temas abordados

Assim, lemos e relemos várias vezes as entrevistas a fim de apreendermos o conteúdo geral das mesmas (um sentido do todo).

Aos silêncios e pausas que surgiram ao longo das entrevistas, atribuímos o código “...”  
A leitura sincrética e prolongada, fez com que avaliássemos as possibilidades de análise face aos objetivos da pesquisa e apreendêssemos o sentido dos dados.

>Segunda Etapa: **exploração do material ou codificação**, que segundo Bardin (2009), consiste no processo através do qual, os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo expresso no texto, considerada a mais longa e cansativa. Continuando a leitura dos discursos, organizámos e simplificámos no sentido de potenciar a sua apreensão e explicação.

Após essa primeira leitura, de acordo com os dados obtidos, definimos então uma matriz temática, situada dentro destes três grandes temas,

- Experiências dos estudantes de enfermagem, durante o primeiro Ensino clínico;
  
- Dificuldades na comunicação, vivenciadas pelos estudantes de enfermagem com o doente durante o Ensino clínico
  
- Estratégias para superar dificuldades em Ensino clínico.

Que se interrelacionam, pois é através das experiências que os estudantes se apercebem das dificuldades, e é perante as dificuldades que desenvolvem estratégias para as superar.

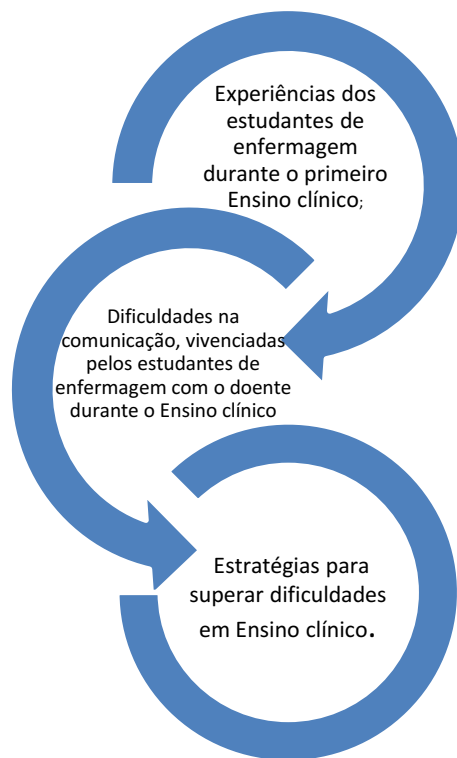


Figura nº 1 - **Matriz temática da análise de conteúdo**

A categorização é uma tarefa que segundo Vala (2003), visa a redução da complexidade, a identificação, ordenação e atribuição de um sentido. As categorias “*são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registos, no caso da análise de conteúdo) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos*” (Bardin, 2009:117).

De acordo com Bardin (2009) a codificação compreende:

**A escolha de unidades de registo** (recorte), a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. Categorias, são rúbricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo) de acordo com as características comuns.

No nosso estudo, demarcámos várias categorias de acordo com cada tema. Nomeadamente no tema que diz respeito às experiências dos estudantes, durante o Ensino clínico, as categorias que emergiram foram; experiências relacionais positivas,

experiências relacionais negativas, experiências de cuidar singulares e experiências de cuidar e aprendizagem, uma vez que foram de vários tipos as experiências referidas pelos estudantes, emergiram para esta categoria as várias experiências que se encontram assinaladas nas unidades de contexto.

Todas as outras categorias e respetivas subcategorias encontram-se representadas no Quadro N° 1.no Capítulo IV.

Unidade de registo é a unidade de significação a codificar, a qual pode ser o tema, palavra ou frase. A importância de uma unidade de registo está relacionada com a maior expressão com que surge nas narrativas.

A determinação das unidades de registo de acordo com Bardin (2009), consiste na escolha do tipo de unidade de registo que será adotada pelo pesquisador ao longo da análise, ressaltando que apenas um tipo de unidade deverá ser utilizado durante uma mesma análise, de forma a permitir a aplicação de regras de quantificação.

Neste estudo, definimos como unidade de registo a palavra e como unidade de contexto, o parágrafo. Esta, por sua vez, serve de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registo), são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registo.

Como já referimos anteriormente, procedemos ao recorte dos enunciados, o que possibilitou a emergência das unidades de registo. Tratou-se de dividir os dados recolhidos em unidades relevantes e significativas, visando a categorização.

Esta ordenação na apresentação das áreas temáticas não é aleatória. Para a elaboração da sua disposição, tivemos em consideração o significado e o valor de cada uma delas, bem como a dinâmica de trabalho que quisemos seguir: partimos dos relatos sobre as experiências e as vivências em Ensino clínico de cada interveniente e, a partir daí, determinámos a importância atribuída a cada área temática relativamente às experiências vividas, às dificuldades vivenciadas e às estratégias para as superar.

Elaborámos quadros por áreas temáticas com o intuito de nos proporcionar uma melhor organização da informação, pois para continuarmos o processo de análise, era imprescindível começar a reduzir os dados (Anexo 1).

Nestes quadros, as unidades de registo foram organizadas de maneira a existir uma significação comum entre elas. Todo este processo foi complexo e demorou algum tempo até que as unidades de registo estivessem todas devidamente colocadas por área temática.

Passámos ao sistema de categorização que “*é uma operação de classificações de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e seguidamente, por reagrupamento segundo o género (analogia), com os critérios previamente definidos*” (Bardin, 2009:145).

**A escolha de categorias** (classificação e agregação): a categoria é uma forma geral de conceito, uma forma de pensamento. São rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registo), com características comuns (Esteves, 2006 e Bardin, 2009).

Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: *inventário* (isolam-se os elementos comuns) e *classificação* (repartem-se os elementos e impõe-se certa organização à mensagem) (Esteves, 2006; Bardin, 2009 e Coutinho, 2011).

Para cada um dos temas do nosso estudo emergiram categorias, para alguns mais do que uma categoria foi definida uma vez que se verificavam vários elementos comuns, para melhor os organizar, foram repartidos o que fez emergir as subcategorias.

>Terceira Etapa: tratamento dos resultados - inferência e interpretação, nesta etapa, procura-se dar relevo às informações fornecidas pela análise, através de quantificação simples (frequência) ou mais complexas como a análise fatorial, permitindo apresentar os dados em diagramas, figuras, modelos etc. (Bardin,2009).

Este processo permitiu discriminar aspetos relevantes para a pesquisa.

Adotando este procedimento, fomos selecionando os dados que nos apareciam, relacionados com as experiências dos estudantes de enfermagem relativamente ao toque como forma de comunicação. A categorização do nosso estudo emergiu da análise dos dados e girou em torno dos três temas centrais citados anteriormente, (Quadro N°1 no Capítulo IV).

Durante a interpretação dos dados, é preciso voltar atempadamente aos marcos teóricos, pertinentes à investigação, pois eles dão o suporte e as perspetivas significativas para o estudo. A relação entre os dados obtidos e a fundamentação teórica é que dará sentido à interpretação (Esteves, 2006; Bardin, 2009 e Coutinho, 2011).

Após todo este complexo trabalho, elaborámos as grelhas de análise com as categorias, subcategorias e unidades de contexto.

As unidades de contexto são frases descritas pelos estudantes, às quais atribuímos um determinado significado.

Finalizado todo este processo em que se foram sintetizando os dados, passámos à análise, e discussão dos resultados.

Considerámos oportuno expor em quadros, onde se podem ler as unidades de registo contidas nas unidades de contexto, utilizadas pelos estudantes para caracterizarem cada subcategoria e categoria (Anexo 1).

## **2.5 – Considerações formais e éticas**

Para a realização do trabalho de investigação, foi solicitado o parecer da Comissão de Ética da Cooperativa de Ensino Superior, (onde se encontra inserida a Escola Superior de Saúde) através da entrega de um requerimento, para ser submetido à apreciação da referida comissão, tendo a resposta sido favorável.

Para a recolha de dados foi solicitada a autorização da direção da Instituição, para realizar as entrevistas aos estudantes de enfermagem, que remeteu a decisão ao Conselho Científico, tendo sido enviado um parecer positivo com a respetiva autorização para entrevistar os estudantes.

Qualquer trabalho de investigação que envolva seres humanos, tem obrigatoriamente que proteger os direitos, dignidade, bem-estar físico e psicológico dos participantes Hicks (2006).

A investigação qualitativa abarca um alargado conjunto de considerações éticas, os direitos humanos terão sempre que ser protegidos, de acordo com Streubert e Carpenter (2002), o investigador tem que ser responsável pessoal e profissionalmente, tem que assegurar que o desenho do estudo do ponto de vista estético e moral, será sólido.

Existem certos princípios básicos éticos a ter em conta quando é feita investigação, os vários autores, Streubert e Carpenter (2002), Polit; Becker e Hungler (2004), Hicks

(2006), Queirós et al (2007), referem-se a estes princípios, como fundamentais e inerentes a qualquer trabalho de investigação.

Estes princípios tal como referem os autores atrás citados são: beneficência, não-maleficência, respeito pela dignidade humana e o princípio da justiça, cumprindo estes direitos, o investigador garante aos participantes respeito pelos seus direitos.

O princípio da beneficência refere-se ao pressuposto de que os participantes não podem ser prejudicados de modo algum, a isenção de exploração e a relação risco/benefício. Streubert e Carpenter (2002), também se referem ao princípio da não maleficência, que determina a isenção de dano. Assegurámo-nos então que os estudantes não seriam prejudicados de nenhuma forma, para que essa situação não se viesse a verificar por sermos docentes e realizarmos pessoalmente as entrevistas. Os estudantes que foram orientados diretamente por nós durante o ensino clínico, não fizeram parte do estudo, para não se sentirem de alguma forma pressionados ou prejudicados, assim o grupo de estudantes participantes não teve nenhum contacto conosco, durante o decorrer dos Ensinos clínicos.

Hicks (2006) acrescenta que os resultados da investigação deverão trazer benefícios para os participantes e não para o investigador. No caso do nosso estudo, esperamos que os resultados melhorem a aprendizagem dos novos estudantes.

Relativamente à isenção de exploração, Polit, Becker e Hungler (2004) consideram que *“O envolvimento em uma pesquisa não deve colocar os sujeitos em desvantagem, ou expô-los a situações para as quais eles não foram preparados, de maneira explícita. Os envolvidos precisam ter segurança, no sentido de que a sua participação, ou a informação que eles possam oferecer ao pesquisador não venha a ser utilizada contra eles, de alguma maneira”* (Polit, Becker e Hungler, 2004:85). No que se refere ao risco/benefício é necessário que o investigador avalie a relação custos e benefícios para os participantes. Se há benefícios para o participante, como seja o aumento de conhecimento sobre si próprio, satisfação por discutir um problema com o investigador entre outros, o facto é que poderá haver riscos potenciais, como seja invasão da intimidade, perda de privacidade, medo do desconhecido, entre outros. Neste estudo, verificou-se que os estudantes mostraram satisfação em relatar as suas experiências, relativamente aos ensinos clínicos.

As ponderações de todos estes aspetos levaram-nos a manter uma postura atenta, de modo a perceber qualquer possível dano, tendo o cuidado de antever e preparar o participante ao longo de toda a pesquisa, de forma a não causar qualquer tipo de dano.

O respeito pela dignidade humana, ou como refere Streubert e Carpenter (2002), princípio da autonomia, inclui o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa, como afirma Queirós et al (2007), o participante tem o direito de decidir se quer ou não participar no estudo, sendo que, mesmo aceitando pode a qualquer momento interromper a sua participação, recusar-se a dar informações ou mesmo solicitar qualquer esclarecimento sobre o estudo.

Estes dois direitos estão subjacentes ao termo de consentimento livre e esclarecido que, contendo toda a informação necessária a uma decisão informada, deverá ser assinado por cada participante. O consentimento livre e esclarecido, relativo a este estudo (Anexo 2), que foi fornecido aos estudantes antes de iniciar as entrevistas, contém a indicação da natureza do estudo, objetivo, qual o uso da informação fornecida, o carácter voluntário, o direito a desistência, a salvaguarda da privacidade, a solicitação de autorização para gravar as suas respostas e o nosso contacto para o caso de qualquer dúvida. Sendo este um documento onde o participante convidado para colaborar no estudo deve ser plenamente esclarecido sobre todo o processo, o que significa que, antes de decidir se colabora ou não no estudo, o participante necessita apreender os factos básicos a respeito de todo o processo, no qual poderá eventualmente se envolver, é evidente que a pessoa só assina se estiver plenamente esclarecido e, se aceitar colaborar no estudo, o que se verificou com os 36 participantes, que colaboraram neste estudo.

Foram então respeitados os princípios éticos no que diz respeito ao termo de consentimento livre e esclarecido, tendo todos os participantes concordado em colaborar neste estudo. Ainda nesta perspetiva, foi respeitada a privacidade, garantindo o anonimato e assegurada a confidencialidade das informações.

O princípio da justiça abrange o direito a tratamento justo e o direito à privacidade, o qual implica a confidencialidade e o anonimato. O direito a tratamento justo inclui a seleção justa e não discriminatória dos participantes, tendo em conta as necessidades do estudo; o dever de isenção de preconceito ou represália em relação às pessoas que se recusarem a participar; honrar todos os acordos feitos com os participantes; a disponibilidade do pesquisador sempre que os participantes dela necessitarem (Polit, Becker e Hungler, 2004). A proteção dos participantes tem que ser a preocupação principal de cada investigador (Hicks, 2006).

O direito à privacidade pressupõe que o investigador, não faz mais perguntas que as estritamente necessárias sobre aspetos da vida dos participantes. Deverá ser guardado

sigilo absoluto relativo às informações colhidas (Polit, Becker e Hungler, 2004). No decurso do trabalho, as questões que colocámos foram ponderadas de modo a não serem mais invasivas do que o estritamente necessário. As desistências seriam respeitadas, no caso de se ter verificado alguma, o que não se veio a verificar. Omitimos os dados que pudessem, de algum modo, identificar os participantes.

Numa investigação qualitativa, a própria natureza da colheita de dados torna o anonimato impossível, como referem Streubert e Carpenter (2002), pois a interação pessoa a pessoa, que decorre durante a entrevista como no caso do nosso estudo, permite aos investigadores conhecerem os participantes. De qualquer maneira, o investigador terá que fazer todos os possíveis para assegurar que a confidencialidade será mantida, situação que foi assegurada aos estudantes que aceitaram participar do nosso estudo.

Foram respeitados os princípios éticos relacionados com a investigação em pessoas e, tal como preconiza Van Manen (1990:162), estou consciente que, *“os desafios implícitos na investigação de vivências humanas são diversos. A investigação em enfermagem, não pode alhear-se dos valores morais que garantem à enfermagem o seu próprio significado. Quando a investigação envolve pessoas, há aspetos que não podem ser descurados”*.

## **CAPITULO III**

### **APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

### 3 –Apresentação dos resultados

Este capítulo foi organizado de acordo com os **temas** (que correspondem a cada subcapítulo), as **categorias** e **subcategorias** que surgiram da análise categorial de toda a informação que recolhemos com os estudantes de enfermagem, através das entrevistas, com o fim de dar resposta às nossas questões de investigação.

Segue-se uma breve apresentação de cada tema, e das respetivas categorias e subcategorias.

Um dos temas que surgiu da análise temática dos relatos dos estudantes, refere-se às **experiências dos estudantes durante o Ensino clínico**. Experiência é o conhecimento obtido pela prática de uma atividade ou pela vivência. A experiência é segundo Waldow (1998), um elemento que surge como pré-condição para os padrões de conhecimento na enfermagem, os componentes estéticos, éticos e pessoais que têm em comum a perceção e a intuição.

A experiência tem sido um dos elementos enfatizados por Benner (2001): é através dela que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato, aquilo que é relevante na situação e extrair o seu significado.

Segundo esta autora, só os enfermeiros que participam na prática dos cuidados, têm noção da complexidade e da perícia exigida por um determinado cuidado. Os enfermeiros serão considerados tanto melhores profissionais, quanto mais próximos dos padrões de excelência definidos estiver o seu desempenho e a excelência no exercício da prática, só se consegue participando dela.

A experiência na enfermagem, fornecerá a "proficiência" que para Benner (2001) é a autoridade intelectual e científica que pode ser entendida como a associação entre conhecimento teórico e prático.

Quando designamos experiências, referimo-nos a todas as vivências relacionadas com as intervenções de Enfermagem, quer técnicas, quer relacionais, que os estudantes desenvolveram ao longo do Ensino clínico.

As várias vivências dos participantes do nosso estudo, que foram relatadas como tendo significado positivo, que foram agradáveis, que foram referidas como momentos

gratificantes durante o Ensino clínico, considerámos como **experiências relacionais positivas**. Dentro desta categoria, subdividimos as seguintes subcategorias:

*Satisfação ao toque afetivo; satisfação ao toque instrumental de forma afetiva; satisfação face à reação positiva do doente; estabelecimento de relação afetiva com o doente e confirmação da vocação profissional.*

Como **experiências relacionais negativas**, considerámos as que foram relatos de vivências desagradáveis, relacionadas com as experiências perante a reação agressiva de alguns doentes e as dificuldades em se relacionarem com alguns doentes. Dentro desta categoria, emergiram as subcategorias;

*Incapacidade do estudante em lidar com algumas atitudes do doente; incapacidade do estudante em lidar com doentes em situação clínica grave.*

Todos os relatos que se referiam à novidade, o facto de estarem a vivenciar situações novas num espaço novo, com pessoas que desconheciam, considerámos como a categoria **experiências de cuidar singulares**, cujas subcategorias denominamos como *o primeiro contacto com o doente; circunstâncias novas geradoras de ansiedade e nervosismo; medo perante situações desconhecidas.*

Ainda dentro deste tema, categorizámos os relatos dos estudantes do 2º ano, que se referiram às vivências dos Ensinos clínicos de uma forma mais madura, adquiridas através das experiências anteriores, dos conhecimentos teóricos mais sedimentados, sentiram-se mais seguros, pois o fator novidade foi ultrapassado, atribuímos-lhe a designação de **experiência de cuidar e aprendizagem**, com as seguintes subcategorias; *ultrapassar o medo e a ansiedade; adquirir competências relacionais e colocar em prática os conhecimentos adquiridos*

O segundo tema que apresentamos diz respeito às **dificuldades na comunicação, vivenciadas pelos estudantes de enfermagem com o doente durante o Ensino clínico**. As dificuldades constituem receios que os estudantes admitiram poderem existir face à nova realidade, o Ensino clínico. Neste tema referimo-nos também às situações que foram descritas pelos estudantes, que se confrontaram com situações de difícil comunicação com o doente. De acordo com as suas narrativas, categorizámos algumas destas dificuldades da seguinte forma: **o impacto das situações singulares**, que surgiu nos relatos dos estudantes como a dificuldade em se relacionarem com o doente motivada pela novidade. O facto de ser uma situação nova originou nos estudantes dificuldade em estabelecer uma relação comunicacional com o doente, quer

através da comunicação verbal, quer através do toque. Para esta categoria, definimos as seguintes subcategorias; *estabelecer a primeira comunicação verbal com o doente e estabelecer a relação através do toque*.

**O impacto do estado físico do doente**, foi a categoria que determinámos para caracterizar os relatos que se referiam às dificuldades que os estudantes tiveram em comunicar com os doentes. Os estudantes referiram várias situações, que vivenciaram perante o estado clínico em que o doente se encontrava. Desta forma, estabelecemos para esta categoria, duas subcategorias;

*Não conseguir comunicar verbalmente com o doente*, na qual incluímos as dificuldades verbalizadas pelos estudantes quando tentavam estabelecer comunicação verbal com os doentes que devido à sua patologia, tinham a comunicação comprometida ou se encontravam em coma;

*Medo de magoar*, pois os estudantes durante a prestação de cuidados receavam magoar o doente por este não manifestar qualquer tipo de queixa ou outro tipo de comunicação.

A outra categoria delineada foi **o impacto da situação emocional do doente**, que gerou dificuldade na comunicação a vários estudantes, por não saberem como agir neste tipo de situações, em que os doentes tinham alterações emocionais relacionadas com o diagnóstico ou com o internamento. Determinámos assim as subcategorias;

*Sentimento de rejeição*, uma vez que os estudantes não se conseguiam relacionar com alguns doentes por estes não aceitarem ajuda moral e não se encontrarem disponíveis psicologicamente para aceitar um relacionamento com os estudantes.

*Défice no autocontrolo emocional*, tendo-se verificado em alguns estudantes, que não conseguiram controlar as suas próprias emoções, perante situações de instabilidade emocional manifestada pelos doentes.

**O impacto das características biológicas do doente**, foi considerada dificuldade devido aos estudantes terem sentido *constrangimento perante doentes mais jovens*, tendo sido definida como subcategoria. Para alguns estudantes, foi difícil comunicar ou relacionarem-se através do toque com doentes mais novos, assim como os estudantes sentiram dificuldade pelo género, tanto estudantes do género feminino como do masculino, relacionarem-se com doentes do género oposto, tendo assim sobressaído a outra subcategoria, *pudor por diferença de género*.

O terceiro tema diz respeito às **estratégias que os estudantes de enfermagem utilizaram para superar dificuldades em Ensino clínico**. Este tema refere-se ao conjunto de meios e planos utilizados pelos estudantes, para ultrapassar as dificuldades com que se foram deparando ao longo do Ensino Clínico. Para este tema as categorias que definimos foram: **Estratégias comunicacionais**, na qual emergiu a subcategoria *recurso à comunicação não verbal*, pois alguns estudantes referiram que quando sentiam dificuldades em estabelecer comunicação com o doente, utilizavam o toque e a comunicação não verbal. A outra categoria delineada foi a **Fuga como estratégia**, utilizada pelos estudantes para ultrapassar esta dificuldade comunicacional e relacional. Alguns estudantes optaram por procurar doentes com os quais pudessem estabelecer comunicação, desinvestindo nos doentes que lhes tinham sido atribuídos. Fica assim realizada uma breve apresentação dos temas e respetivas categorias e subcategorias; nos três subcapítulos que se seguem iremos apenas descrever e desenvolver cada um deles, ilustrando com as respetivas narrativas dos estudantes. Por fim no capítulo seguinte (Capítulo IV), para cada tema iremos inferir, analisando e discutindo os resultados, colorindo com os autores conceptuais.

### **3.1 Experiências dos estudantes de enfermagem em Ensino Clínico**

Da análise categorial das entrevistas surgiu assim o tema “Experiências dos estudantes de enfermagem em Ensino Clínico”. Dentro deste tema, para melhor caracterizar as experiências dos estudantes, emergiram as categorias **experiências relacionais positivas, experiências relacionais negativas, experiências de cuidar singulares e experiência de cuidar e aprendizagem** as quais passamos a apresentar.

Encontrámos nos testemunhos dos estudantes, várias referências às experiências por eles vivenciadas, que se verificam não só no momento de tocar, mas em toda a relação comunicacional que estabelecem com o doente.

Através da análise categorial, destacámos as **experiências** dos estudantes, e para melhor as compreender e interpretar agrupámo-las em categorias, com as respetivas subcategorias que passamos a nomear.

Para a categoria **experiências relacionais positivas**, delineamos as subcategorias; *satisfação ao toque afetivo; satisfação ao toque instrumental de forma afetiva;*

satisfação face à reação positiva do doente; estabelecimento de relação afetiva com o doente e confirmação da vocação profissional.

Dentro do mesmo tema e, para a categoria **experiências relacionais negativas**, obtivemos as seguintes subcategorias; incapacidade do estudante em lidar com algumas atitudes do doente; incapacidade do estudante em lidar com doentes em situação clínica grave.

Para a categoria **experiências de cuidar singulares**, salientaram-se as subcategorias; o primeiro contacto com o doente; circunstâncias novas geradoras de ansiedade e nervosismo; medo perante situações desconhecidas.

E por fim, a última categoria deste tema é **experiências de cuidar e aprendizagem**, da qual se destacam as subcategorias; ultrapassar o medo e a ansiedade; adquirir competências relacionais e colocar em prática os conhecimentos adquiridos, que passamos a apresentar seguidamente.

## **Experiências relacionais positivas**

Vários estudantes referiram-se às experiências positivas que vivenciaram durante o Ensino clínico, quando se relacionavam com o doente, principalmente quando a relação era estabelecida através do toque, dar a mão, fazer um carinho, fazer uma massagem, ou mesmo dar um beijo.

Os estudantes referiram que se sentiram bem, felizes e realizados, quando através do toque afetivo proporcionavam bem-estar aos doentes, acalmavam-nos, estabeleciam uma relação de proximidade, principalmente com as doentes mais idosas e que, se encontram mais sós e dependentes. O seu carinho para com estas doentes, promovia uma relação de afeto e de ajuda. Tendo assim emergido a subcategoria Satisfação ao toque afetivo, que ilustramos com alguns dos relatos dos estudantes.

*“(...) uma das minhas primeiras doentes, que eu toda a hora lhe dava beijinhos, adorei, chegava ao pé dela e dava-lhe beijinhos, mesmo quando não era minha doente, eu ia lá falava com ela dava-lhe os bons dias, despedia-me dela (...)” E1º 2*

*“(..) sempre me senti bem, nunca me fez nada impressão, tocar doentes, nós quando chegamos ao hospital é que sabemos como tudo é (...). O cuidar através do toque faz com que eu me sinta*

*bem, por estar a fazer o trabalho que estou a fazer, porque estou a ajudar os outros, para mim é bom e para a pessoa então é melhor ainda (...), quando fui ao Bloco Operatório, até estive de mão dada com a senhora durante a operação, porque ela estava um bocadinho nervosa.” E1º 3*

*“(…)eu adoro massajar, sinto que estou a dar conforto à pessoa, estava a dar prazer à pessoa porque se eu estivesse do outro lado também gostava, portanto foi ótimo estar a dar prazer, senti uma grande alegria poder estar a dar prazer à pessoa, eu vejo que as enfermeiras não têm tempo para isso e nós ao estarmos ali, é uma felicidade enorme, não é mima-las mas estamos a tratá-las de outra maneira, temos tempo para elas, temos outros cuidados e é ótimo estar ali a massajar(...), a felicidade de estarem a sentir o toque das mãos ali, saber que a nossa ajuda faz bem à pessoa, aquela companhia, aquele toque, é ótimo (...).” E1º 14*

Para alguns dos estudantes, relacionar-se através deste tipo de toque, o toque afetivo faz parte das suas próprias características, referiram que facilmente se relacionam com as pessoas através deste tipo de toque, mesmo quando prestaram cuidados de enfermagem e utilizaram um toque instrumental, sendo este realizado de forma afetiva, o que foi facilitador para o Ensino clínico, uma vez que é um tipo de relação que surge frequentemente com o doente, o que constituiu uma experiência positiva para estes estudantes, como verificámos em alguns testemunhos, o que fez emergir da análise a subcategoria, satisfação ao toque instrumental de forma afetiva

*“O primeiro estagio foi uma boa experiência, começamos a aplicar todas as técnicas que aprendemos, tivemos que estabelecer uma relação com o doente, para podermos prestar bons cuidados, (...) consegui estabelecer uma relação a esse ponto dar algum carinho ao doente tentar acalmá-lo se fosse uma situação de maior stress”. E1º 10*

*“Senti-me bem porque estou a ajudar as pessoas que necessitam, estão dependentes e precisam de ajuda para fazer os cuidados de higiene, senti-me bem, estava a ajuda-las (...). Quando pego na mão dos doentes é bom porque eles sentem-se bem, (...).” E1º 15*

Alguns dos estudantes referiram que se afeiçoaram aos doentes a quem prestaram cuidados durante muito tempo. Como os internamentos são prolongados, os estudantes acabaram por se apegar a alguns dos doentes, o que foi reconhecido como uma experiência relacional positiva, como verificámos pelos seus testemunhos, de onde se

evidenciou a subcategoria; estabelecimento de relação afetiva com o doente, como passamos a exemplificar.

*“(...) apeguei-me muito a uma senhora que era muito querida, muito carente, (...) ela esteve muito tempo internada e eu estive com ela mais de uma semana, entretanto teve alta e eu peguei-me muito a essa senhora ela só queria era beijinhos e miminhos (...). Depois até os doentes dependentes que não falavam, mas afeiçoei-me mais a eles do que... sei lá eu achava que era diferente, eu achava que não ia ser tão emotiva, (...), não me ia ligar tanto aos doentes como me liguei”. E 1º 4*

*“Não estava á espera de sentir afeto pelas doentes, mas senti, elas precisam de cuidados e precisam de carinho, está ali sozinha, gostei muito de uma doente muito acessível, colaborava em tudo e claro, uma velhinha toda bonitinha, era impossível não gostar.” E1º16*

Foi ainda considerado pelos estudantes como experiência relacional positiva, quando os doentes manifestavam agrado pelos cuidados afetuosos que lhes eram prestados. O feedback positivo por parte dos doentes, foi muito significativo nos testemunhos dos estudantes, foi referido como uma experiência agradável e gratificante, o que fez sobressair a subcategoria satisfação face à reação positiva do doente, como ilustram alguns desses testemunhos.

*“Dar a mão às doentes foi fantástico, puder ajudar em alguma coisa, isso é ótimo (...). Quando fui com uma doente fazer um exame, eu senti que estava muito nervosa e ao pegar-lhe na mão senti que fazia menos resistência que ficou mais calma e sorria e foi muito bom, senti mais confiança, sentiu-se mais à vontade, por eu estar a pegar na sua mão, eu senti-me bem, eu gosto disso, de pôr as pessoas assim bem e confiantes, é esse o objetivo, sentir certa confiança, para as pessoas estarem mais à vontade (...).” E1º 16*

*“Quando os doentes seguram a nossa mão, assim com força, eu acho que demonstra que têm confiança em nós, quando dou a mão a um doente sinto-me... sinto-me não sei se realizada seria a palavra mais adequada, mas sinto-me bem, sinto que estou a fazer progressos sinto que, está ali alguém que confia em mim, pelo que eu faço, é muito bom, é gratificante (...).” E1º 17*

*“Como se tratava de pessoas mais idosas, acho que tinham mais carência, precisavam mais de contacto, não estavam abandonadas, mas não eram tão visitadas pelos familiares (...) estavam*

*muito recetivas, nós tocávamos muito nelas e sentia-me bem, elas também me tocavam muito nas mãos, manifestavam carinho por todos nós.” E1º 21*

*“Tive uma doente nestas ultimas semanas, que tive a oportunidade de ficar três dias com ela, apesar de ter sido só três dias, mas o tocar fazia com que ela abrisse os olhos, ela só estava reativa a estímulos dolorosos, mas ao toque e eu falar, abria os olhos e isso é muito estimulante, é gratificante porque eu acho que o meu toque foi verdadeiro e sentido, (...) eu tocava-lhe e ela abria os olhos, era muito bom.” E 2º 11*

Os estudantes de enfermagem também consideraram que realizar um Ensino clínico no primeiro ano, foi uma experiência positiva, pois ajudou a confirmar a opção profissional. Alguns estudantes não tinham noção do que era estar num ambiente hospitalar com doentes, prestar cuidados, relacionarem-se com pessoas que não conheciam e só através da presença no hospital, em contexto de Ensino clínico, conseguiram confirmar que realmente esta é a sua vocação profissional. Para estes estudantes, foi uma experiência positiva importante para o seu futuro, o que fez emergir a subcategoria; confirmação da vocação profissional

*“Vou ser sincera o primeiro estagio foi mesmo assim um bocadinho... como é que hei-de dizer... para ver se era aquilo que eu queria ou não, eu sabia que queria vir para enfermagem..., mas só quando a gente chega ao hospital é que se vê o que vai lá dentro, e nas primeiras semanas eu ainda andei assim um pouco abananada..., mas depois gostei, gostei bastante.” E1º 7*

*“Em primeiro lugar um primeiro estágio é muito importante num aspeto, serve-nos para nos orientar se é mesmo isto que nós queremos, se chegássemos ao 2º ou 3º ano e não tivéssemos contacto com os doentes, sem saber se é mesmo isso que nós queremos, acaba por ser frustrante nessa altura, acho que o fato de haver estágios logo no 1º ano é muito importante (...).” E 1º8*

*“(...) fomos “atacados” por este estágio logo no primeiro ano, acho que foi um ponto assente porque, mal-acabamos de aprender as teóricas podemos logo pôr em prática o que aprendemos, o que é muito bom e de certa forma acho que teve resultados muito positivos e ainda bem que tivemos esta oportunidade porque, de facto se realizássemos o estagio mais tarde, de facto não teria resultados tão positivos (...).” E1º11*

## Experiências relacionais negativas

Alguns estudantes referiram que vivenciaram situações desagradáveis, consideradas como experiências relacionais negativas, como quando uma estudante vivenciou sentimentos de revolta e incompreensão, quando foi confrontada com a atitude de agressividade do doente. A experiência dos estudantes perante estas reações dos doentes fez emergir a subcategoria, incapacidade de o estudante lidar com algumas atitudes do doente. Seguem-se alguns exemplos de relatos acordantes com esta subcategoria

*“Houve um doente uma vez que me tentou bater e foi complicado, eu comecei a afastar-me um bocadinho mais, a criar barreiras (...). O Sr. tentou mesmo bater-me...foi um bocadinho complicado, eu fiquei um bocadinho revoltada (...) é claro que não é tudo fácil... aquilo revoltou-me porque tinha sido o primeiro doente que tinha demonstrado alguma renitência em relação a mim e aquilo foi... nós estamos a tratar deles e depois temos essa resposta (...).” E1º2*

*“(...) um senhor que nos agarrava, apalpava-nos, eu sabia que ele não fazia de propósito, ele estava acamado, era daqueles que não falava, quase não reagia, eu sabia que ele não estava a fazer com intenção, mas foi assim a situação mais... mais constrangedora.” E 1º 6*

Considerámos que alguns dos estudantes vivenciaram experiências relacionais negativas, sentiram-se frustrados e tristes quando não se conseguiram relacionar com alguns doentes, porque estes não comunicavam, nem reagiam, devido à sua patologia e ao seu grave estado clínico. Da análise destes relatos surgiu a subcategoria incapacidade do estudante em lidar com doentes em situação clínica grave.

*“Os doentes não falavam... não reagiam muitos deles, e eu não comunicava, ficava lá ao pé deles, às vezes ficava lá a fazer os registos, ao pé deles mas não falava, se calhar eles nem sabiam que eu estava ali... se calhar, eu falava mas eles não ouviam... mesmo quando lhes pegavam na mão, não reagiam nada (...), quando eles não falavam, sentia-me mal, sentia-me triste... pois não tinham noção do que fazíamos por eles, nestes doentes como não temos resposta às vezes afastamo-nos mais um bocadinho.” E1º7*

## Experiências de cuidar singulares

A inserção do estudante no Ensino clínico é geradora de novos conflitos e mudanças no seu quotidiano, proporcionando novas experiências, associadas a novas e distintas vivências.

As experiências dos estudantes de enfermagem, ao longo dos ensinamentos clínicos podem ser compreendidas como influenciadoras do desenvolvimento de competências relacionais do estudante ao depararem-se com novas situações, por terem que se relacionar com pessoas desconhecidas em situações novas e singulares.

A falta de vivência relacionada com a realidade hospitalar foi devida ao facto da maioria dos estudantes nunca ter entrado num hospital. E é por isso que eles referiram a falta de experiência.

Apesar de possuírem alguns conhecimentos teóricos e mesmo após terem treinado as técnicas dos procedimentos em laboratório na escola, eles não tiveram contacto com doentes para superar a falta de experiência. Perante uma situação nova, nunca antes vivenciada, ou seja, os estudantes são confrontados com situações singulares, como o primeiro contacto com o doente, tendo sido esta uma das subcategorias evidenciada da análise dos seus relatos, como se verifica através dos seguintes exemplos.

*“A primeira vez, foi assim, fiquei um bocado sem saber o que fazer, não sabia se tinha liberdade para tocar nos doentes.” E1º3*

*“No início estranhei, não é... se calhar é normal, primeiro porque foi a primeira vez, a experiência, a primeira vez (...)” E1º16*

*“No primeiro dia senti-me um pouco desorientada, não sabia bem como havia de chegar ao doente, como havia de falar com o doente como é que havia de abordar o doente, mas depois acho que as coisas foram fluindo, (...)” E1º17*

*“Inicialmente foi muito, muito tocante, o primeiro contacto com o doente, eu não sabia bem o que fazer foi uma experiência completamente diferente, só depois de começar a interagir com eles é que começamos a ver mesmo a realidade, que não era nada como tinha sido ao longo das aulas (...).” E1º23*

Efetivamente através da análise dos seus testemunhos, verificámos que os estudantes perante as situações singulares, relacionadas com o desconhecido e com a novidade, experienciaram sentimentos de ansiedade e nervosismo. Face a estes sentimentos, delineámos a subcategoria; circunstâncias geradoras de ansiedade e nervosismo, como temos oportunidade de confirmar através de alguns exemplos dos relatos verbalizados pelos estudantes.

*“Foi uma experiencia diferente... eu nunca tinha dado um banho na cama... pronto... nunca tinha estado num meio hospitalar...foi...foi uma experiencia...não sei.” E1º 5*

*“Primeiro são os nervos, mas depois temos que pôr para traz esses nervos e pensar que temos que falar com aquela pessoa e tentar que ela tenha um sorriso na cara, eu acho que é isso que nos faz mudar..., a partir da primeira semana foi tudo mais fácil.” E1º 10*

*“Muita ansiedade, muito nervosismo porque realmente era a primeira vez que íamos trabalhar no hospital, eu pessoalmente nunca tinha estado muito dentro de um hospital e era uma novidade, mas de facto não demorou muito até conseguir ambientar-me, ao ambiente que há dentro do hospital e correu tudo muito bem.” E1º 11*

Ainda dentro desta mesma categoria, evidenciaram-se os testemunhos dos estudantes que referiram ter experienciado no inicio do Ensino clínico, sentimentos de medo por estarem a vivenciar situações novas, deste modo emergiu a subcategoria; medo perante situações desconhecidas.

*Era um dos grandes medos, não só meu, não era a parte dos procedimentos, não era isso que me assustava, era mesmo; como é que eu vou abordar a pessoa o que é que eu vou dizer, será que o que vou dizer está correto... E1º 8*

*(...) o meu primeiro doente era um senhor que estava afásico e eu estava cheia de medo, ele tinha tido um AVC, foi a primeira vez que estava em contacto com pessoas com AVC, (...) E1º 13*

*(...) vinha com uma ideia, com medo, um bocado ansiosa até escrevi nas reflexões, com medo da reacção de não nos aceitarem bem, tanto as doentes como os enfermeiros do serviço, mas acho que até excedeu muito das expectativas que a gente criou para este serviço, vinha com um bocado de receio de fazer asneiras, muitas asneiras (...) E1º19*

## **Experiências de cuidar e aprendizagem.**

Percebemos através da análise dos relatos dos estudantes do 2º ano do curso de Enfermagem, que à medida que vão decorrendo os Ensinos clínicos, os estudantes vão desenvolvendo as suas atividades de acordo com o que é esperado. A integração no serviço e a integração com os doentes, também promove um sentimento de confiança nos estudantes, o que faz emergir uma sensação de bem-estar, de segurança e autoconfiança que com o passar dos vários ensinos clínicos vai sendo cada vez mais sedimentada, assim como os sentimentos de medo e ansiedade que experienciaram no 1º ano do curso, foram sendo ultrapassados. De acordo com a análise dos relatos desses estudantes, atribuímos a subcategoria, ultrapassar o medo e a ansiedade, como podemos confirmar com alguns exemplos.

*“(...) às vezes era forçado aquela relação de ajuda no 1º ano, agora já não é, agora já é tudo espontâneo, já é tudo naturalmente, já não há medo de abordar o doente, já não há medo de chegar ao pé dele, de entrar no quarto, é diferente (...) acho que tinha um bocado de receio do toque, pareciam muito frágeis, para já estava num ambiente em que eram mais pessoas idosas e parecia que era tudo muito frágil, era tudo muito delicado. (...) no 1º ano eu tinha medo, quase, de tocar um doente, com medo de invadir o espaço dele. (...) este ano foi muito melhor, não ia tão assustada, não ia com tanto medo, sentia-me mais à vontade (...), foi tudo muito mais fácil e acho que é o evoluir (...)”. E 2º 1*

*“(...) no 1º ano fazíamos tudo muito a medo, havia sempre aquele receio (...) no 2º ano já somos “praticamente enfermeiros”, é uma experiência completamente diferente, tanto que até as pessoas têm muito mais confiança em nós, (...). Acho que eles tinham um pouco de receio da minha inexperiência, neste momento já não sinto tanto isso, acho que eles sentem que eu tenho mais confiança, tenho experiência. Acho que quando eu lhes toco (...), agora no 2º ano, já sentem que podem confiar completamente em mim, que eu estou ali para os ajudar.” E 2º 8*

Deste modo, conforme foram tendo oportunidade de se relacionar com os doentes, os estudantes sentiram maior facilidade em estabelecer comunicação com eles, adquiriram mais confiança e conseqüentemente mais facilidade no toque.

Os estudantes do 2º ano, apesar de passarem pela fase de integração, já sabem que após essa fase, tudo irá correr bem pois já tiveram essa experiência em Ensinos clínicos anteriores, o que lhes conferiu logo à partida, maior autoconfiança e, quanto mais confiança os estudantes sentem, maior é a segurança e maior a autonomia.

Os estudantes que se encontram no 2º ano do curso estão a terminar o 4º Ensino clínico (cada ano do curso de Enfermagem integra dois Ensinos clínicos). Ao longo de todos os Ensinos clínicos foram adquirindo experiências de cuidar, competências teóricas e práticas, com as vivências e aprendizagens que os outros ensinos clínicos lhes foram proporcionando, o que lhes permite desenvolver as suas competências relacionais, com maior segurança e de forma contínua e gradual. Deste modo, através da análise dos testemunhos dos estudantes delineámos a subcategoria, adquirir competências relacionais, como podemos verificar nos seguintes exemplos.

*“(...) estou a gostar mais agora no 2º ano, sinto uma maior independência, estou mais à vontade com os doentes, porque no 1º ano nós éramos muito inexperientes na área, (...) agora sinto que já sei lidar melhor com os doentes e já estou mais à vontade para conversar com os doentes, e já temos mais autonomia para tudo.” E 2º 5*

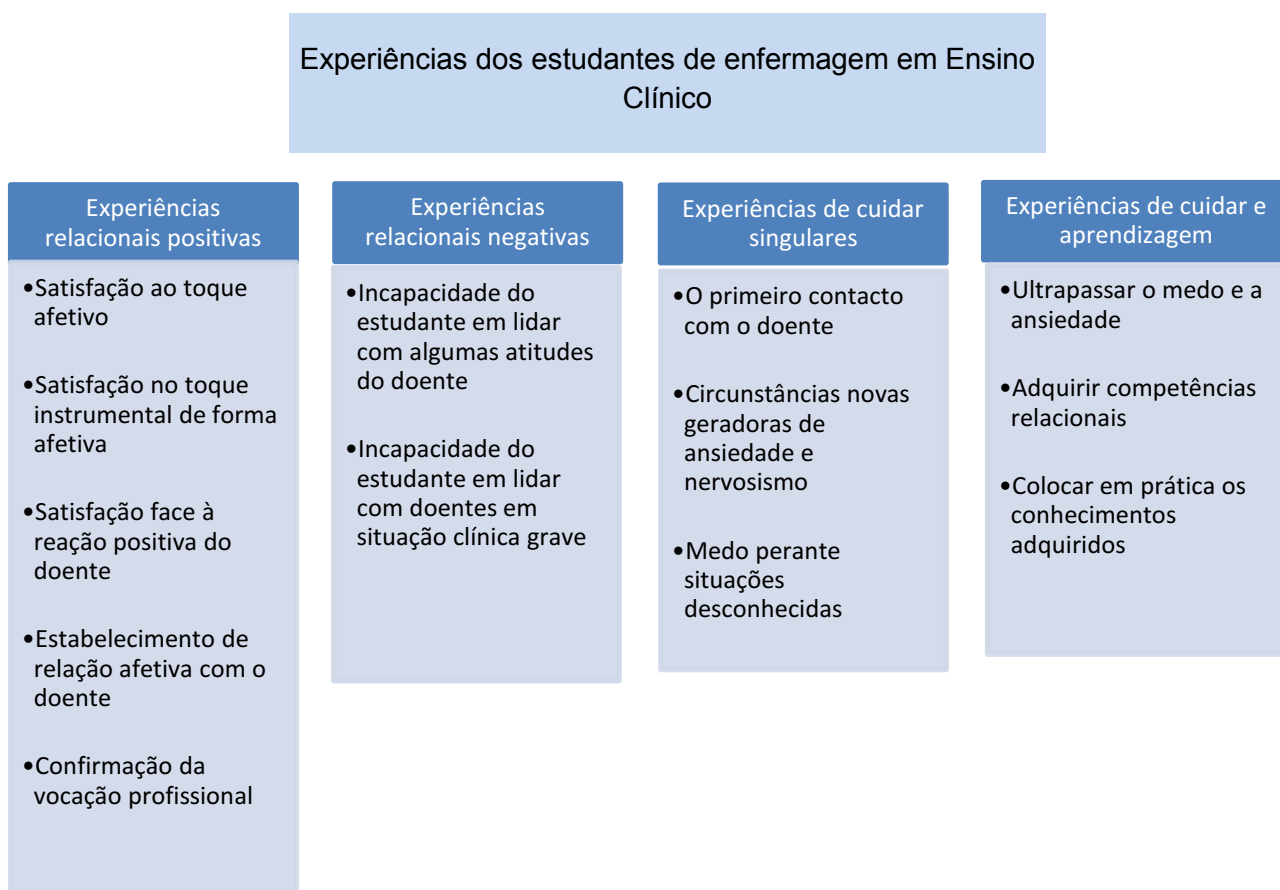
*“Acho que se calhar no 1º ano, era mais por ser incutido na escola era mais... saber que chegava ao pé do doente, e apertava-lhe a mão, mas agora já faço isso de forma mais natural, acho que acaba por estar na nossa conduta, acho que ficou interiorizado”. E2º6*

*“(...) é diferente o nosso à vontade, estamos mais enquadrados no próprio meio hospitalar e nas situações que vivenciamos, se calhar a experiência que adquirimos no 1º ano dá-nos se calhar um bocadinho mais de estaleca, para conseguimos chegar ao pé do doente e comunicar de uma forma, se calhar diferente, utilizar uma verbalização também diferente e saber avaliar o à vontade para o realizar, ou não, mas sem duvida nenhuma que vai acontecendo ao longo dos estágios, como é de esperar”. E2º10*

Também através da aprendizagem e da experiência de cuidar, os estudantes foram planeando os cuidados, foram aplicando na prática os conhecimentos adquiridos, conseguiram relacionar os conhecimentos teóricos para melhor cuidar. Assim emergiu uma outra subcategoria que denominámos, colocar em prática os conhecimentos adquiridos, como ilustram os seguintes relatos.

*“(…) vai sendo uma segunda aprendizagem do 1º ano, em que as coisas se desenvolvem muito mais facilmente, em que o contacto com o doente é muito mais fácil, e parece que é tudo uma evolução que nós sentimos, a nível de conhecimentos, tudo se complementa, o que tínhamos mais dúvidas no 1º ano complementa-se no 2º, (…) o que no 1º ano era uma loucura, os cuidados e a terapêutica, eu acho que no 2º ano a minha maior evolução foi, ver o doente em todas as suas vertentes, não só apenas nas afetadas, mas em todas as outras e planejar cuidados(…) e é essa a grande evolução que eu noto.” E2º 7*

*“(…) de um estágio para o outro, senti diferença, porque já vejo as pessoas de maneira diferente (...), agora já é como um todo, a teoria que coloco na prática, já planejar os cuidados é de maneira diferente, já se planeia ao doente todo e não só aquela parte em que estaríamos a planejar, essa foi a diferença, maior.” E 2º 9*



**Figura nº 2 - Experiências dos estudantes de enfermagem em Ensino Clínico**

### **3.2- Dificuldades na comunicação, vivenciadas pelo estudante de enfermagem com o doente durante o Ensino Clínico**

Através da análise das entrevistas dos estudantes participantes do nosso estudo, verificámos que as principais dificuldades vivenciadas pelos estudantes na relação com o doente, durante o primeiro Ensino clínico, se centraram na vertente relacional, não só no que se refere ao toque, na forma como o estudante foi aceite pelo doente, mas também nos aspetos relacionados com a comunicação verbal.

Assim, da análise categorial dos relatos dos estudantes, emergiram as seguintes categorias e subcategorias para este tema; **O impacto das situações singulares**, com as seguintes subcategorias estabelecer a primeira comunicação verbal com o doente e estabelecer a relação através do toque.

Outra categoria definida foi o **impacto do estado físico do doente**. Desta categoria emergiram as seguintes subcategorias; não conseguir comunicar verbalmente com o doente e medo de magoar.

Uma outra categoria foi o **impacto da situação emocional do doente**. Dentro desta categoria, foram definidas as seguintes subcategorias, sentimento de rejeição e défice no autocontrolo emocional.

Por fim, a última categoria para este tema é o **impacto das características biológicas do doente**, da qual sobressaíram as subcategorias, constrangimento perante doentes mais jovens; e pudor por diferença de género. Dentro de cada categoria e subcategoria agrupámos várias unidades de contexto, que dizem respeito às dificuldades vivenciadas pelos estudantes.

Da análise categorial dos relatos dos estudantes sobressaíram as várias dificuldades na comunicação com que se depararam durante o Ensino clínico. Os estudantes valorizaram muito a comunicação por ser um dos principais objetivos para o primeiro Ensino clínico, e quando surgiram dificuldades em estabelecer a comunicação, os estudantes sentiram-se frustrados.

Passamos a descrever cada categoria e subcategorias, de acordo com o que emergiu da análise categorial dos relatos dos estudantes.

## O impacto das situações singulares

Algumas das dificuldades na comunicação surgiram por falta de experiência por ser uma situação nova, uma situação singular na qual o estudante não soube como reagir, deparou-se com dificuldade em comunicar verbalmente pela primeira vez com pessoas que não conhecia, num ambiente desconhecido, pois comunicar verbalmente pode ser uma experiência difícil. De acordo com estas dificuldades verbalizadas pelos estudantes, emergiu a subcategoria, estabelecer a primeira comunicação verbal com o doente. Seguem-se alguns exemplos relativos a esta subcategoria

*“Ao princípio senti alguma dificuldade, fiquei um bocado envergonhada, tinha pouco à vontade com os doentes, mas a diferença foi que no final falava com as pessoas que não conhecia muito mais à vontade, (...)” E 1º 9*

*“Ao princípio senti alguma dificuldade foi mesmo na comunicação, mesmo eu que tenho algum à vontade com os doentes, de antes, porque sou bombeiro de ambulâncias, só que ali é completamente diferente.” E 1º 10*

*“Foi difícil o primeiro impacto com a pessoa, eu sou uma pessoa tímida e reservada, foi difícil, (...)” E1º14*

*“A primeira abordagem foi complicada, o primeiro dia, sentia-me perdida, depois da distribuição dos doentes pus-me á porta do quarto e disse e agora..., como é que faço... como é que isto é, o que é que faço...” E1º 18*

Alguns estudantes referiram que comunicar pelo toque com pessoas que não conheciam, num primeiro contacto através do toque, foi onde surgiram as maiores dificuldades. Referiram ainda que, quando já conheciam os doentes e quando já se sentiam integrados com o serviço, passavam a sentir menos dificuldades em estabelecer a relação através do toque, assim emergiu esta subcategoria que denominámos estabelecer a relação através do toque, como podemos verificar através dos relatos dos estudantes:

*“Ao princípio senti alguma dificuldade, fiquei um bocado envergonhada, tinha pouco à vontade com os doentes, mas a diferença foi que no final falava com as pessoas que não conhecia muito mais à vontade, (...)” E 1º 9*

*“Foi difícil o primeiro impacto com a pessoa, eu sou uma pessoa tímida e reservada, foi difícil, (...)” E1º14*

*“Foi mais difícil, foi mesmo o tocar, estarmos a tocar numa pessoa que não conhecia, que nunca tinha visto, e como é que a doente ia reagir. (...). No primeiro contacto não sabia como havia de fazer, não sabia como havia de tocar, foi muito complicado o primeiro contacto, porque nunca tinha tido essa experiência (...)” E 1º 18*

## **O impacto do estado físico do doente**

Um dos fatores determinantes para os estudantes estabelecerem e manterem a comunicação com os doentes, foi o impacto que o estado físico dos doentes causou nos estudantes. Quando os doentes se encontravam impossibilitados de comunicar, devido ao seu estado físico, os estudantes referiram que se depararam com dificuldades, pois os doentes não comunicavam, alguns por afasia, ou disartria, em consequência de AVC, outros porque se encontravam em estado comatoso, o que se verificou com vários doentes, pois este Ensino clínico decorreu nos hospitais em Serviços de Medicina, onde grande parte dos doentes internados, tinham diagnósticos de enfermagem e médicos graves.

Constatámos através dos testemunhos dos estudantes, problemas na comunicação, o que constituiu para os estudantes de enfermagem, especialmente nesta fase inicial da formação, um momento muito complexo com dificuldades acrescidas. Os mesmos referiram uma grande dificuldade em compreender o que o doente tentava verbalizar e em estabelecer comunicação. De acordo com os relatos destas dificuldades, emergiu a subcategoria, *não conseguir comunicar verbalmente com o doente*, como se verifica através destes exemplos.

*“(...) o que foi problema para mim foi mais a comunicação, porque eu na medicina apanhei doentes que não comunicavam, não comunicavam muito connosco, e foi difícil, eles não comunicavam praticamente connosco, deles não dizerem “ok tudo bem”, mas foi principalmente a grande barreira (...)”E 1º 6*

*“Tive mesmo mais dificuldade em comunicar, eu estava numa medicina os doentes eram todos, vá... tinham AVC e muitos não falavam ... eu tive sempre doentes que não falavam e eu via algumas colegas a conseguir comunicar e eu não conseguia, porque eles não falavam e isso a mim custava-me imenso, ver as pessoas assim, não conseguirem falar, dizerem o que pensam. A*

*parte do estágio que me custou mais, foi estar com aquele senhor, custou-me mais por ele não falar, não reagir, eu estou ali e ele se calhar não sabe, não sei... que eu estou ali, a sensação que eu tinha era que ele não sabia que eu estava ali e custava-me mais...” E1º7*

*“(...) foi assim um bocadinho diferente da minha expectativa, porque eu calhei com um doente que estava em coma, ou seja não consegui comunicar se calhar o que seria normal com um doente que estivesse consciente se estivesse ... apesar de acamado, mas também teve um lado muito positivo, porque apesar das situações em que ele se encontrava, comunicava muito connosco, talvez de uma outra maneira, emocionava-se com a presença dos filhos, emocionava-se quando nós falávamos com ele, ou seja, apesar da situação apercebia-se do que estava à sua volta e isso é muito importante para mim, para cuidar, apesar de complicado.” E 1º 12*

Perante a situação física em que alguns doentes se encontravam, os estudantes para além da dificuldade em comunicar verbalmente (como foi referido anteriormente), referiram que surgiram dificuldades, devido ao medo de magoar e, como os doentes não se queixavam, daí a dificuldade sentida, pois ocorreu a dúvida se estavam a magoar. De acordo com estas revelações dos estudantes, surgiu a subcategoria, medo de magoar, como referem nos seguintes relatos.

*“Não foi o tocar, foi o saber tocar, porque eu tinha mais medo de magoar ou de... que se sentissem incomodados com o nosso toque, do que propriamente com aquela ideia que se costuma ter de mudar o doente de dar o banho..., (...) o problema é que eu tinha medo de não estar a fazer aquilo bem, ou com os doentes que não conseguiam comunicar connosco, eu podia estar a magoa-lo e ele podia estar consciente, pudesse estar a perceber, visse, e eu não consegui saber, nesse aspeto é que era um bocadinho mais difícil.” E1º5*

*“Tenho medo de magoar, ainda agora tenho medo de magoar, estou sempre a dizer ao doente “se estiver a magoar diga”, há sempre o medo de magoar o doente, de tocar numa zona que o doente não goste, tentava sempre que o doente autorizasse, mas sempre com medo de magoar.” E1º 17*

## O impacto da situação emocional do doente

Um outro aspeto referido, diz respeito à dificuldade vivenciada por vários estudantes, quando o doente não se encontrava disponível para comunicar, ou para se relacionar com o estudante. Devido à sua situação emocional relacionada com a revolta perante o seu diagnóstico, por depressão, por tristeza, ou por patologia do foro psiquiátrico, as citações dos estudantes são elucidativas deste tipo de dificuldade que experienciaram; tendo assim emergido a subcategoria, sentimento de rejeição, como verificamos pelos exemplos seguintes

*“As maiores dificuldades são mesmo quando os doentes nos tratam mal, eles às vezes têm revolta pelo problema deles, por aquilo que têm e em estar no hospital, eu acho que é um bocadinho isso.” E 1º 2*

*“(...) alguns que se mostram um pouco mais fechados, senti alguma dificuldade em avançar (...) exemplo a senhora da cama 2 ao principio mostrava-se um bocado, “não quero que me toquem” dizia que “não quero que me toquem eu faço”, mas não conseguia fazer, eu tinha que insistir com ela, (...) foi complicado porque ela não deixava, queria que lhe desse banho sem a tocar.” E 1º 3*

*“A maior dificuldade foi com doentes assim muito revoltados, foi difícil estabelecer mais ou menos comunicação com eles, havia doentes que estavam muito revoltados por estar no hospital e às vezes era difícil, (...) o estado emocional dos doentes é que me assustava, não tinham vontade em comunicar connosco.” E1º 13*

*“(...) não era fácil, a doente não tinha uma comunicação fácil, era complicado, era uma Sra. complicada, pouco recetiva, não confiava em nós, (...)” E1º 18*

Alguns dos relatos dos estudantes referiam-se às dificuldades, quando tinham que exercer uma escuta ativa, demonstrar empatia, referiram que se sentiam com dificuldade em ajudar, sobretudo por ainda não terem experiência suficiente. Para ajudar o doente a restabelecer o seu equilíbrio emocional, não se conseguindo distanciar da alteração emocional dos doentes, quando estes se encontravam emocionalmente perturbados, necessitando de apoio emocional para desabafar, para falar sobre os seus problemas.

Estas situações aconteceram porque no início da formação, o estudante de enfermagem, ainda não tem um conjunto de conhecimentos que lhe permita ter desenvoltura face a estas situações, devido à sua inexperiência própria da idade e à pouca vivência de experiências, as quais permitem adquirir a capacidade de mobilizar os conhecimentos e demonstrar empatia pela situação de alteração do estado emocional que o doente está a viver. De acordo com estes testemunhos, foi delineada a subcategoria, défice no autocontrolo emocional como podemos constatar através dos seguintes exemplos;

*“Quando as doentes começavam a chorar ou ficavam emocionadas por tudo e mais alguma coisa, houve uma vez que até tive que me afastar um bocadinho e fui à casa de banho chorar um bocadinho, porque uma senhora estava a contar-me os problemas que tinha em casa (...), tive muita dificuldade em acompanhar a conversa, tinha que tentar pensar noutras coisas porque senão desmanchava-me ali à frente dela, de vez em quando durante a conversa desligava um bocadinho, tentava pensar noutras coisas, numa altura tive que dizer que estava uma colega a chamar e tive mesmo que sair do quarto já não aguentava mais.” E1º 13*

*“(...) foi difícil porque essa pessoa tinha um quadro de depressão, era uma pessoa muito deprimida, (...) foi difícil falar, por causa dessa situação, ela queria desabafar comigo e eu não sabia o que lhe dizer, não queria dizer coisas que pudesse piorar não tenho experiência, nem estudos para estar ali a dar a minha opinião e dar conselhos”. E 1º 14*

## **O impacto das características biológicas do doente**

Considerámos assim outra categoria, referente à dificuldade que os estudantes tiveram no relacionamento através do toque e na comunicação, relacionada com a idade dos doentes, a situação biológica no que se refere à idade do doente. Este tipo de dificuldade surgiu pois tiveram menos à-vontade e, sentiram mais insegurança em se relacionarem com doentes mais novos do que com os doentes mais idosos. Devido a estas dificuldades referidas, através da análise dos relatos evidenciou-se a subcategoria, constrangimento perante doentes mais jovens, seguem alguns exemplos.

*“(...) temos mais dificuldade em fazer-lo quando são doentes mais novos, (...) as senhoras de idade são mais carinhosas connosco e nós acabamos por retribuir mais (...)” E 1º 2*

*“(...) estou habituada a pessoas mais velhas, se calhar com as mais novas já não é bem assim, tivemos duas raparigas, tenho sempre medo do que é que eu digo, elas devem pensar assim “quem é que é esta”, (...) com estas doentes mais novas já não tenho à vontade de dar a mão de fazer festinhas (...)” E 1º 19*

No que se refere às dificuldades dos estudantes relacionadas com a característica biológica referente ao género, verificámos pela análise dos relatos que, as estudantes do sexo feminino sentiram dificuldades ao cuidar de doentes do sexo masculino, assim como para alguns estudantes do sexo masculino foi difícil prestar cuidados a doentes do sexo feminino. Alguns destes também referiram que, por vezes as doentes tinham reservas quando os cuidados de higiene eram realizados por estudantes do sexo masculino. Delineámos assim de acordo com estes testemunhos, a subcategoria, prudor por diferença de género, como referem os exemplos seguintes.

*“Eu tinha ficado sempre com senhoras, a coisa que me custou mais foi a primeira vez que fiquei com um senhor e tive que lhe prestar cuidados de higiene, foi a parte que me custou mais (...)” E 1º 7*

*“É um serviço com pessoas do sexo feminino, à primeira vista estou a invadir a intimidade e para mim já é um bocado complicado (...). Tive mais dificuldade com uma senhora que não queria ir ao banho porque eu era rapaz, ela se calhar não se sentia à vontade (...)” E 1º 16*

*“(...) é mais fácil para mim ainda hoje, tocar uma mulher do que tocar um homem, parece que é menos constrangedor, tanto para mim como para o doente, (...) a primeira vez que toquei num homem, que lavei um homem, tudo, eu pensava, “bem, meu Deus como será, como é ele vai reagir”, (...)” E 2º 1*

Dificuldades na comunicação com o doente durante o primeiro Ensino Clínico

O impacto das situações singulares	O impacto do estado físico do doente	O impacto da situação emocional do doente	O impacto das características biológicas do doente
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estabelecer a primeira comunicação verbal com o doente</li><li>• Estabelecer a relação através do toque com o doente</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Não conseguir comunicar verbalmente com o doente</li><li>• Medo de magoar</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sentimento de rejeição</li><li>• Défice no autocontrolo emocional</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Constrangimento perante doentes mais jovens</li><li>• Pudor por diferença de género</li></ul>

**Figura nº 3 - Dificuldades na comunicação com o doente durante o primeiro Ensino Clínico**

### 3.3 - Estratégias para superar dificuldades em Ensino Clínico

Para dar resposta a outra inquietação, com que nos fomos confrontando ao longo da nossa experiência na supervisão clínica de estudantes em Ensino clínico, procurámos conhecer que estratégias utilizaram os estudantes de enfermagem em Ensino clínico, para superar dificuldades relacionais e comunicacionais com os doentes.

Através da análise categorial das entrevistas, constatámos que os estudantes de enfermagem, perante as dificuldades vivenciadas no relacionamento com os doentes, utilizaram estratégias para as superar. Cada estudante, à sua maneira, foi encontrando estratégias para fazer face às dificuldades na comunicação com que se deparou, durante o Ensino clínico. Assim, emergiram as seguintes **categorias** para este tema; **Estratégias comunicacionais**, da qual sobressaiu a subcategoria, recurso à comunicação não verbal, e a categoria **Fuga como estratégia**. Para cada uma das categorias, agrupámos as unidades de contexto. Apresentamos seguidamente cada categoria ilustrada com os relatos dos estudantes.

#### **Estratégias comunicacionais**

Sendo esta uma das categorias que emergiu da análise categorial, respetiva ao tema Estratégias para superar dificuldades em Ensino clínico, verificámos que alguns dos estudantes se depararam com dificuldades em comunicar com os doentes que lhes foram atribuídos.

O motivo desta dificuldade mais apontado pelos estudantes foi o facto dos doentes não comunicarem verbalmente, (devido à situação clínica alguns doentes encontravam-se inconscientes ou afásicos).

Apesar da inexperiência, alguns estudantes referiram que perante doentes que não conseguiam comunicar verbalmente, tentavam utilizar outras formas de comunicação, como a comunicação não-verbal, destacando-se assim a subcategoria recurso à comunicação não verbal, como podemos verificar pelos relatos apresentados.

*“(...) mesmo os que não conseguiam comunicar verbalmente, tínhamos outras formas de comunicar com os doentes, tive uma que só dizia o nome dela o resto era só sim que não se percebia, o sim e o não, e escrevíamos e assim conseguíamos comunicar sem serem precisas as palavrinhas todas.” E 1º 5*

*“(...) uma doente quando lhe estávamos a dar o comer fazia movimentos com os olhos..., ou quando estava com dores nós percebíamos, a expressão facial era diferente, (...)” E 1º 6*

*“(...) o meu primeiro doente era um senhor que estava afásico, ele chorava imenso quando eu tentava falar com ele, ele tentava responder, notava-se que ele queria mesmo responder, mas não conseguia (...). Para comunicar eu falava com ele, fazia perguntas diretas para ele responder sim ou não com a cabeça.” E 1º 13*

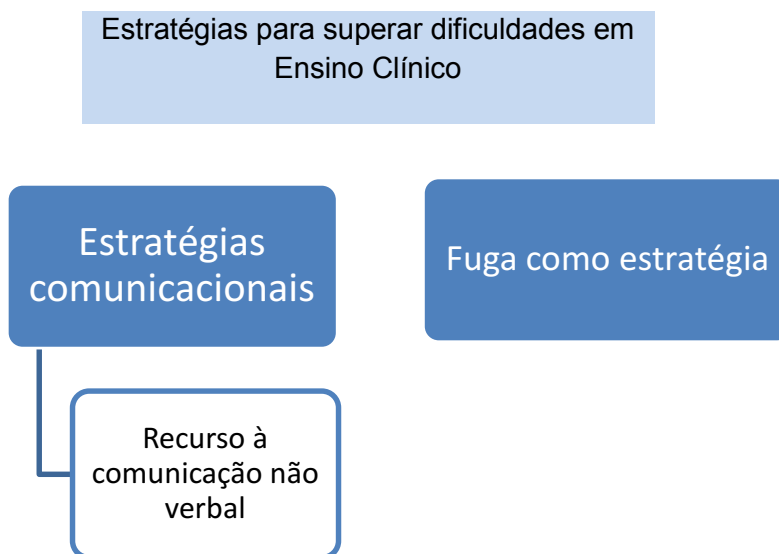
## **Fuga como estratégia**

Para alguns dos estudantes, perante a frustração do “seu” doente se encontrar impossibilitado de comunicar e, para irem desenvolvendo competências nessa dimensão, foram estabelecendo comunicação com outros doentes que se mostravam mais recetivos para comunicar. Provavelmente os estudantes, devido à imaturidade e falta de experiência para enfrentar esta situação, utilizaram a estratégia da fuga, não tentando recorrer a outras formas de comunicação com o doente, que lhes fora atribuído, deixando assim de investir e de tentar estabelecer comunicação de alguma outra forma. Seguem-se alguns exemplos elucidativos.

*“(...) como não temos resposta, acabamos por ir procurar noutra sitio, com aqueles que falam connosco (...)” E 1º 7*

*“(...) com a ajuda dos doentes, os que eram mais recetivos foi mais fácil de comunicar, os outros eram mais complicados, com esses mais recetivos consegui aprender, falando com eles e apercebendo-me dessas coisas.” E 1º 9*

*“Assim com os doentes em coma, não cheguei e dei a mão, com os que falavam sim, (...)” E 1º 6*



**Figura nº 4- Estratégias para superar dificuldades em Ensino Clínico**

Para terminar este capítulo delineámos um quadro, no qual apresentamos todos os temas com as respetivas categorias e subcategorias, para proporcionar uma visão completa e uma melhor compreensão, para seguidamente procedermos à análise e discussão dos resultados.

**Quadro Nº1 – Apresentação dos temas, categorias e subcategorias**

Temas	Categorias	Subcategorias
Experiências dos estudantes de enfermagem durante o Ensino clínico	Experiências relacionais Positivas	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Satisfação face à reação positiva do doente</li> <li>· Satisfação ao toque afetivo</li> <li>· Satisfação ao toque instrumental de forma afetiva</li> <li>· Estabelecimento de relação afetiva com o doente</li> <li>· Confirmação da vocação profissional</li> </ul>
	Experiências relacionais Negativas	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Incapacidade do estudante em lidar com algumas atitudes do doente</li> <li>· Incapacidade do estudante em lidar com doentes em situação clínica grave</li> </ul>

	<p>Experiências de cuidar singulares</p> <p>Experiências de cuidar e aprendizagem</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· O primeiro contacto com o doente</li> <li>· Circunstâncias novas geradoras de ansiedade e nervosismo</li> <li>· Medo perante situações desconhecidas</li> <li>· Ultrapassar o medo e a ansiedade</li> <li>· Adquirir competências relacionais</li> <li>· Colocar em prática os conhecimentos adquiridos</li> </ul>
<p>Dificuldades na comunicação com o doente</p>	<p>O impacto das situações singulares</p> <p>O impacto do estado físico do doente</p> <p>O impacto da situação emocional do doente</p> <p>O impacto das características biológicas do doente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Estabelecer a primeira comunicação verbal com o doente</li> <li>· Estabelecer a relação através do toque</li> <li>· Não conseguir comunicar verbalmente com o doente</li> <li>· Medo de magoar</li> <li>· Sentimento de rejeição</li> <li>· Deficit no autocontrolo emocional</li> <li>· Pudor por diferença de género</li> <li>· Constrangimento perante doentes mais jovens</li> </ul>
<p>Estratégias para superar dificuldades em Ensino Clínico</p>	<p>Estratégias comunicacionais</p> <p>Fuga como estratégia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Recurso à comunicação não verbal</li> </ul>

## **CAPÍTULO IV**

### **ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

## 4 - Análise e discussão dos resultados

Este capítulo incide essencialmente sobre a análise e discussão dos resultados, comparando-os com os dados encontrados por outros investigadores, no âmbito da temática abordada. Tecemos ainda algumas considerações, sobre as implicações que os resultados obtidos poderão ter no âmbito da formação em contexto clínico.

O diagrama teórico apresentado no final deste Capítulo, representa o referencial teórico baseado na pesquisa bibliográfica que suportou a problemática em estudo, incluindo as perspetivas de diversos autores sobre os conceitos de “comunicação”, “toque” e “Ensino clínico em Enfermagem”, transpondo-as para a prática de enfermagem. Representa ainda a análise categorial onde confrontámos os nossos resultados com as perspetivas apresentadas no quadro teórico de referência e, com dados resultantes de estudos similares nas áreas de Enfermagem e das Ciências da Educação.

Para Alarcão e Tavares (2003), a aprendizagem origina uma mudança no sentido do desenvolvimento de competências nos estudantes através de um processo dinâmico, dialético e progressivo, que implica uma reorganização dos domínios da perceção e da ação, que terão de se apresentar como visíveis e com continuidade ao longo dos espaços e do tempo.

### **Experiências dos estudantes de enfermagem em Ensino clínico**

Estas aprendizagens através da prática, contribuem para o desenvolvimento de competências, como constatámos relativamente às **experiências vivenciadas**. Os estudantes de enfermagem foram confrontados com uma serie de sentimentos em simultâneo, e que se encontram relacionados uns com os outros, o que implica um esforço para os gerir de forma saudável, pois é perante estas situações que,

progressivamente ao longo do Ensino clínico, os estudantes vão desenvolvendo as suas competências, ao mesmo tempo que atingem os objetivos propostos.

Para Jean Watson (2002<sup>a</sup>:31) “*ser humano, é possuir a capacidade de sentir*” o que se manifesta quando somos capazes de reconhecer as nossas emoções e as dos outros. Com refere Phaneuf (2005), os enfermeiros que são sensíveis aos seus próprios sentimentos, podem sê-los também em relação aos da pessoa cuidada, o que lhes permite manifestar empatia e atuar para que esta se sinta compreendida. Verificámos esta situação através das narrativas dos estudantes, quando referiram que se relacionaram afetivamente, estabeleceram laços vinculativos, criaram relações de empatia e afeiçoaram-se a alguns doentes, consequentemente gostaram e sentiram-se bem, o que resultou em experiências relacionais positivas.

Neste encadeamento, Waldow (2009:184) salienta que um ensino que adota e exercita princípios e valores de cuidado, leva a que os sujeitos envolvidos no processo se tornem seres de cuidado. Ser de cuidado, segundo o autor, pode ser interpretado como o ser que exhibe comportamentos e atitudes de cuidado nas suas ações; expressa-se em termos de cuidado consigo, com os outros, e com o meio.

Este autor considera ainda que em geral esses comportamentos e atitudes incluem respeito, consideração, generosidade, solidariedade, compaixão e responsabilidade. São estes comportamentos e atitudes, que é expectável que os estudantes vão desenvolvendo, no decorrer dos Ensinos clínicos.

Alguns dos estudantes participantes do nosso estudo, já se encontravam despertos para este tipo de comportamentos e atitudes, como constatámos através da análise das suas narrativas, ao referirem que se relacionaram bem com o doente através do toque, que foi agradável e gratificante. Esta experiência ainda é mais significativa quando existe resposta positiva por parte do doente.

Os estudantes de enfermagem referiram que o toque afetivo na relação estudante/doente ocorria com mais facilidade quando sentiam resposta por parte do doente. Os estudantes têm necessidade de feedback, quando este feedback é positivo é considerado gratificante, facilitador e promotor da relação, o estudante sente-se satisfeito e motivado para se continuar a relacionar afetivamente com o doente e a estabelecer um toque mais afetuoso, mesmo quando realizou o toque instrumental este pôde ser feito de forma afetiva.

Com o objetivo de avaliar as experiências iniciais de contacto nos locais de Ensino clínico, Antunes (2004) inquiriu estudantes de enfermagem de uma Escola Superior de Saúde de Lisboa, concluindo que os estudantes valorizaram os Ensinos clínicos, classificando-os como gratificantes por se tratarem de momentos da formação em que se passa da teorização à operacionalização de procedimentos, mesmo sendo supervisionados, quer por docentes quer por enfermeiros das instituições.

A autora concluiu ainda que o grau de satisfação dos estudantes com as experiências vividas, está diretamente relacionado com a articulação entre a escola e a instituição de saúde, sendo que estes conseguem usufruir de experiências mais ricas, se os dois lados estiverem em consonância quanto à formação inicial destes estudantes, que deverá não só valorizar a eficácia do desenvolvimento das competências técnicas, como também a relação terapêutica que estabelecem com o doente, assim como a relação social no decurso do processo do cuidar. Neste momento inicial da formação procura-se valorizar o saber fazer social, onde os aspetos considerados principais se centram na comunicação e compreensão das atitudes relacionais Antunes (2004).

As conclusões deste referido estudo, vêm de encontro com as experiências vivenciadas por alguns dos estudantes participantes do nosso estudo, ao relatarem as experiências relacionais positivas que vivenciaram, sendo este tipo de experiências as que tiveram maior expressão nos relatos, provavelmente porque estes estudantes estavam despertos e motivados para a relação com o doente.

Efetivamente estavam mais disponíveis para desenvolver as habilidades e competências relacionadas com a interação e comunicação com os doentes, principalmente através do toque afetivo, e ao cuidar dos doentes pelo toque instrumental de forma afetiva tiveram a oportunidade de vivenciar este tipo de experiências positivas.

Para melhor articular os conhecimentos da teoria com os da prática, existe a presença de um professor da escola que os acompanha na supervisão clínica em tempo integral, durante todo o Ensino clínico, podendo assim fazer uma articulação com o que o estudante aprendeu em sala de aula e com o que está a experienciar no hospital.

No que se refere ao significado que o Ensino clínico tem para o estudante de enfermagem, constatámos que no estudo realizado por Ogg e Paganini (2008), os estudantes referiram-se aos seus sentimentos relacionados com a capacidade de poder ajudar. Os estudantes sentiram-se bem por terem tido a oportunidade de ajudar os doentes, quer através de procedimentos técnicos simples, quer por atitudes que

aliviassem a dor, constataram que se sentiram valorizados pelos doentes, assim como eles valorizaram o contacto que estabeleceram com eles, uma relação de ajuda, de valorização mútua, como acrescentam as autoras.

Também considerámos como experiências relacionais positivas, as vivências relatadas pelos estudantes participantes do nosso estudo, relativamente às sensações de alegria e satisfação, face à relação de ajuda e à forma com que se relacionaram com o doente, principalmente quando tinham a perceção que esta relação era agradável para o doente e, conseqüentemente atenuava a sua dor e diminuía a solidão. Estas vivências estão em consonância com o que também experienciaram os estudantes do estudo da autora supracitada.

Resultados semelhantes identificámos no estudo de Pires (2006), sobre o significado da promoção de esperança para os estudantes de enfermagem, que ao analisar os dados, se deparou com situações consideradas agradáveis, pois constatou que os estudantes não são só prestadores de cuidados, mas sim pessoas na relação que estabelecem com a pessoa cuidada, *“reconhecem que experienciam sentimentos/emoções nessa relação e expressam necessidades como o conforto e também a necessidade de eles próprios terem esperança”* (Pires 2006:135).

Neste sentido, Stockhausen e Sturt (2005), afirmam que existe uma componente emocional que acompanha a aprendizagem, pois só quando os estudantes conseguem perceber a realidade do doente, é que passam a aprender através das experiências que este exterioriza. Estes autores enfatizam ainda, a importância do contacto com o doente para a formação da identidade profissional do estudante e por vezes também a pessoal.

Os mesmos autores, sublinham que no contexto dos processos de aprendizagem não formais, como o que acontece através dos gestos, do toque e através do fôlego, se verifica uma reciprocidade, assim como um conjunto de trocas entre o estudante e o doente. Não só o estudante aprende a cuidar, como também esta relação de ajuda é fortemente influenciadora no processo de formação da componente profissional do estudante. Esta interação com o doente, permite ao estudante compreender a relação de humildade que se estabelece entre quem cuida e quem é cuidado.

Neste encadeamento Jean Watson (1988), defende que a relação de cuidado é intersubjetiva, uma vez que tanto o doente como o enfermeiro, beneficiam dessa relação. O facto do enfermeiro cuidar de outra pessoa não significa que seja menos pessoa que o doente, pois através da relação transpessoal dá-se uma *“interação entre*

*duas pessoas, em que ambas se envolvem e influenciam positivamente*” (Watson,1988:63), o mesmo constatámos nos testemunhos dos estudantes do nosso estudo, ao confirmarmos a importância que a resposta do doente teve, para que a experiência vivida em Ensino clínico fosse positiva e não negativa.

Por vezes os estudantes vivenciaram sentimentos de revolta e constrangimento, devido a atitudes do doente, como a agressividade. Nestas situações, os estudantes sentiram-se incapacitados em lidar com este tipo de atitudes devido à sua falta de experiência, o que foram consideradas **experiências relacionais negativas**, também referidas face aos sentimentos de tristeza vivenciados pelos estudantes, devido ao doente se encontrar num estado clínico grave. Os estudantes referiram que se sentiram mal por o doente não responder aos seus estímulos e aos seus cuidados, como não sabiam bem o que fazer resultou numa incapacidade do estudante em lidar com doentes, em situação clínica grave.

A este propósito Pinto (2011) acrescenta que, face às diversas situações que ocorrem no contexto da prática, nem sempre é fácil os estudantes terem de imediato uma resposta rápida e adequada às situações inesperadas, nomeadamente quando envolvem sentimentos e decisões complexas. Por isso, em determinados momentos eles não conseguem oferecer um padrão de resposta, o que também verificámos no nosso estudo, nas narrativas de alguns dos estudantes quando confrontados com atitudes desadequadas por parte dos doentes, o que desencadeou sentimentos de constrangimento e revolta perante este tipo de situação, sem saberem que resposta dar.

Deste modo, sendo situações geradoras de *stress* são, no entender de Fernandes (2007:228), um meio de trabalhar a consciência sociomoral do estudante, *“uma transação estimulante da consciência de não fazer mal.”* Através do estudo que realizou sobre as competências que os estudantes desenvolvem em Ensino clínico hospitalar, esta autora verificou ainda que *“os constrangimentos colocados à sua inexperiência aumentavam a sua insegurança, inibiam as suas atitudes e formas de agir, goravam as suas expectativas criadas ao longo da fase de ensino teórico. O medo, o sentimento de ignorância e de impotência para agir foram as primeiras ideias transmitidas para os diários, sentimentos referidos como resultado do contacto com a realidade da prática clínica”* (Fernandes 2007:167). O que se encontra em consonância com as experiências relacionais negativas vivenciadas por alguns dos estudantes participantes do nosso estudo.

Dentro do contexto das experiências vivenciadas, Rua (2009) na sua investigação sobre o desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem, em contexto de Ensino clínico, verificou que os estudantes do seu estudo, tal como alguns dos estudantes do nosso estudo, revelaram sentimentos de insegurança, de incerteza, sobre o *que* fazer e *como* fazer, muitas vezes associados à ansiedade relacionada com a avaliação das suas práticas, pelo docente e pelo enfermeiro do serviço. De acordo com a autora, a gestão desses sentimentos deve ser entendida como um aspeto importante para o desenvolvimento do estudante, não só o desenvolvimento pré-profissional, como também o desenvolvimento pessoal. Pela sua idade e conseqüente nível de maturidade, com alguma frequência o estudante prepara-se com alguma ansiedade para o primeiro Ensino clínico, ansiedade essa que vai aumentando ou diminuindo em confronto, com cada situação real que experiencia.

No seu estudo, Rua (2009) concluiu ainda que, tocar o corpo do doente, a pele mais ou menos íntegra, mais ou menos limpa, seca ou húmida, quente ou fria, pode causar algum desconforto ou constrangimento ao estudante, nomeadamente ao tocar algumas partes do corpo, consideradas mais íntimas, não só pelo estudante como pelo próprio doente. Contudo, só neste contexto o estudante pode vivenciar essa sensação, porque apesar de experienciar em laboratório os procedimentos técnicos que implicam tocar o corpo, não passa de um manequim, sem qualquer tipo de reação, calor ou odor.

Também os estudantes do nosso estudo, experienciaram situações idênticas, relataram como vivenciaram este tipo de situações, por não saber se o doente iria aceitar o seu toque nos cuidados.

Contudo, para além da ansiedade, é frequente os estudantes referirem medo. Medo do desconhecido, da complexidade das situações novas, de não corresponderem às expectativas esperadas para um estudante, medo de errar. Estes sentimentos, que vão emergindo, podem por sua vez, ser condicionantes do desenvolvimento do estudante (Rua, 2009).

Por estarem a vivenciar **experiências de cuidar singulares**, situações novas e desconhecidas, a insegurança face ao primeiro contacto com os doentes, o medo por se tratar de pessoas que não conheciam, da reação destes perante a sua inexperiência, estas circunstâncias novas foram geradoras de ansiedade e nervosismo, face ao estar num ambiente novo a executar cuidados pela primeira vez, se os doentes iriam autorizar, de não fazer tudo adequado à situação física e psicológica do doente.

Neste sentido para os estudantes, a novidade de um primeiro contacto, de comunicar espontânea e eficazmente com os doentes, foram situações geradoras de ansiedade, nomeadamente nos Ensinos clínicos do primeiro ano do curso. Como refere Pinto (2011), tal como verificámos com alguns estudantes que referiram que, no início não sabiam como abordar o doente, nem como estabelecer e manter um diálogo, sendo que só depois com o tempo e, com o interagir mais com os doentes, lhes permitiu estabelecer o diálogo com maior facilidade.

Assim, foram as experiências singulares, que desencadearam nestes estudantes vários sentimentos e emoções que tiveram que gerir com o fim de prestar bons cuidados de enfermagem ao doente, pois é isso que este espera do estudante, independentemente da fase da formação em que se encontre.

Em concordância, está o estudo realizado por Fernandes (2007), no qual verificou que os medos dos estudantes participantes do seu estudo, surgiram pela insegurança gerada muitas vezes pela novidade e pela incerteza, pelo tempo insuficiente para pensar, para transferir a teoria para a prática.

Neste sentido, Ferreira (2008), no seu estudo sobre as expectativas dos estudantes relativamente ao primeiro Ensino clínico e ao orientador, a sua vivência e as dificuldades sentidas, concluiu que o Ensino clínico correspondeu às expectativas dos estudantes, pois estes conseguiram atingir os objetivos e desenvolver as intervenções de enfermagem. As dificuldades que tinham previsto, relacionavam-se com aspetos ligados à relação entre estudantes e orientadores, e entre estudantes e utentes, (utentes pois este ensino clínico realizou-se numa maternidade, onde a maioria dos utentes, não são doentes), às intervenções de enfermagem, nomeadamente o receio e o nervosismo de prestar cuidados às utentes, pela primeira vez. De acordo com a autora, os estudantes participantes desse estudo, admitiram que o Ensino clínico os marcou, não só a nível da formação académica, mas também da profissional pois é a partir daqui que a sua identidade profissional será desenvolvida.

Neste encadeamento, verificámos que as experiências significativas apresentadas pelos estudantes no estudo realizado por Ferreira (2008), dizem respeito a atividades desenvolvidas por eles ao longo do Ensino clínico. À exceção de uma situação, em que o estudante realçou a importância da competência relacional, todos os outros casos implicaram competências técnicas.

É uma evidência que quando se trata do primeiro Ensino clínico, o estudante não tem capacidade de enfrentar as barreiras que surgem no relacionamento com o doente, por

outro lado como este Ensino clínico se realizou no âmbito da saúde materna, onde os cuidados prestados pelos estudantes são maioritariamente a recém-nascidos, não se obtiveram relatos sobre dificuldades na relação através do toque, apenas de âmbito técnico como o receio do banho ao recém-nascido, mais pela dificuldade técnica do que de relação e de toque.

Dentro deste contexto, Rua (2009) considera o período inicial do Ensino clínico como exploratório, no qual os estudantes procuram familiarizar-se com os contextos, nomeadamente no que se refere aos recursos, humanos e materiais, conhecendo as metodologias utilizadas e os hábitos ou “rotinas”, do trabalho desenvolvido pela equipa de enfermagem, e que caracterizam a cultura de cada serviço.

Instituir a reflexão sobre as práticas, especialmente em fases precoces da formação, como considera Antunes (2004), pode contribuir para que os futuros profissionais tenham maior predisposição para compreender algumas das contradições das experiências vivenciadas e contribuir para alterar alguns constrangimentos que os impeça de realizar objetivos profissionais e pessoais.

Assim, através dos relatos dos participantes do nosso estudo, verificámos que os estudantes do 2º ano, se referiram à relação que estabeleceram com o doente através da comunicação verbal e do toque de uma forma mais facilitada, pois devido à experiência que tinham adquirido em Ensinos clínicos anteriores, assim como o aumento dos contributos teóricos, permitiu-lhes superar o medo do desconhecido, as dificuldades e ultrapassar as experiências negativas.

Superaram situações mais complicadas, articulando os subsídios adquiridos através das experiências vivenciadas anteriormente, o que também foi promotor do amadurecimento do estudante de enfermagem, o que ainda não se verificou nos relatos dos estudantes do 1º Ano do curso de Enfermagem.

O mesmo se verificou no estudo realizado por Correia (2012) sobre a construção do processo de ensinar/aprender a cuidar na perspetiva dos diferentes intervenientes, constatou que os estudantes, ao longo do curso foram evoluindo na capacidade de interação, percebendo-se que foram sendo cada vez mais capazes de se sentirem próximos do doente. Estes estudantes nos primeiros Ensinos clínicos, concentravam-se ou preocupavam-se mais com a técnica, sem conhecimentos sobre comunicação. A relação com o doente era muito distanciada. No final do curso, foram capazes de estar com os doentes com proximidade, procuraram ter uma abordagem educada, tratando

as pessoas como gostavam que os tratassem a eles. Situação idêntica reconhecemos nos relatos dos estudantes, participantes do nosso estudo.

Contudo, Correia (2012) acrescenta que a forma como é vivida a relação interpessoal, como é aceito e respeitado o poder/saber de cada um, potencialmente pode influenciar a construção da identidade. O que resulta na conquista de uma maior proximidade com o doente, o estudante aprende como utilizar o toque e a abordar educadamente o doente.

Uma abordagem que inclui o princípio de fazer aos outros, o que gostaríamos que fizessem a nós próprios, o mesmo constatámos nos relatos dos estudantes do 2º ano, participantes do nosso estudo.

Para os estudantes da investigação de Correia (2012), assim como para vários dos participantes do nosso estudo, o toque é quase uma inevitabilidade, tendo em conta que tudo o que fazemos e sentimos devemos-lo ao corpo; o corpo é inseparável do homem; é a origem de sentimentos, emoções e projetos; é portador de uma intimidade e identidade. É com esse corpo, que percebemos a proximidade ou não dos outros, que encontramos uma forma única de ser e estar, face ao outro.

Esta autora percebeu nos estudantes uma preocupação na aproximação ao doente, uma aproximação que procura que o doente confie no desempenho de quem o está a cuidar.

Nas narrativas dos participantes do nosso estudo, também foi mencionado que as dificuldades se foram dissipando, quando conseguiram estabelecer uma relação de confiança com o doente, o que foi evidente nas atitudes dos estudantes do 2º ano, pois estes como têm mais experiência e mais conhecimentos teóricos, estão mais despertos para a relação através do toque, valorizaram este tipo de relação como benéfica para o doente e para a relação que estabeleceram com ele.

Neste sentido, constatámos que os estudantes do estudo de Pinto (2011), sobre o desenvolvimento do pensamento ético no contexto da formação inicial dos enfermeiros, são capazes de identificar que têm competências que adquiriram em experiências clínicas anteriores, referindo que quando essas competências se evidenciam, sentem-se mais tranquilos. No entanto, quando estão perante uma situação nova para a qual ainda não têm as competências devidamente desenvolvidas, sentem dificuldades.

Situação idêntica verificámos nos participantes do nosso estudo, pois nas suas primeiras experiências clínicas os estudantes não possuíam conhecimentos que lhes permitissem o desempenho expedito das suas atividades, o que já não se verificou nos

relatos dos estudantes do 2º ano, que demonstraram ter mais conhecimentos teóricos e práticos, assim como já tinham adquirido competências relacionais desenvolvidas através das vivências noutros Ensinos clínicos e durante a teoria lecionada na escola. Em consonância com Pinto (2011), também constatámos no nosso estudo, que nos estudantes do 2º ano se verificou uma evolução, uma vez que em Ensinos clínicos anteriores e durante a componente letiva do curso, eles adquiriram conhecimentos teóricos e práticos, que lhes permitiu obter um conjunto de saberes necessários para o desempenho das suas atividades. A sua visão da enfermagem é neste momento mais alargada, não valorizam apenas a parte técnica mas também dão grande importância à vertente relacional.

Por conseguinte, os estudantes ao longo do seu percurso de formação, vão adquirindo perceções cada vez mais amplas e distintas que lhes permite o envolvimento em atividades de maior complexidade, assim como vão adquirindo experiência na comunicação, tornando-se uma dimensão que passa a fazer parte do seu dia-a-dia. Cada vez com maior facilidade de acordo com a sua experiência clínica, pudemos constatar um vislumbre dessa experiência, através dos testemunhos dos estudantes no final do 2º ano, quando referiam que se relacionaram quer verbalmente, quer através do toque com muito mais facilidade no 3º e 4º Ensinos clínicos, do que durante o primeiro ensino clínico, (em cada ano os estudantes realizam dois Ensinos clínicos). Estes resultados poderão estar relacionados com o facto de que, à medida que progredem no curso, com o domínio da atividade, com a experiência vem a transformação da competência, levando esta mudança a uma melhoria das atuações (Benner, 2001).

Neste contexto, o Raposo (1996), estudou a forma como os estudantes comunicam com os doentes no decurso da primeira experiência clínica, concluindo que as técnicas e as competências de comunicação, apesar de já conhecidas pelos estudantes, só se vão desenvolvendo ao longo dos Ensinos clínicos, nos quais o estudante exercita a relação de ajuda, através da sucessão de experiências relacionais.

Desta forma, à medida que os estudantes progredem no seu percurso académico, poderão igualmente desenvolver estratégias de *coping* mais adequadas para lidarem com as situações, ajustando as suas expectativas pessoais, académicas e profissionais aos dados da realidade, diminuindo a probabilidade da perceção de *stress*. Conforme acrescentam Simões e colaboradores (2008), a formação dos estudantes ao longo do curso, vai-lhes conferir uma maior responsabilidade e autonomia no sentido de intervir

e dar resposta aos desafios e às situações, com as quais se confrontam na prática clínica.

Encontrámos nos relatos dos estudantes de enfermagem do 2º ano, poucas referências às dificuldades, pois foram adquirindo competências para as ultrapassar ao longo dos Ensinos clínicos pelos quais passaram. Quando nesta fase foram confrontados com algum doente menos disponível para estabelecer relação, referiram que conseguiram mobilizar os seus conhecimentos e ao fim de pouco tempo, conseguiram estabelecer relacionamento com o doente.

Estes estudantes já passaram por vários ensinos clínicos e, através do processo evolutivo proporcionado pelas vivências que os Ensinos clínicos lhes concederam ao longo do curso, aperceberam-se da importância do relacionamento através do toque afetivo, e valorizaram-no.

No decorrer dos Ensinos clínicos anteriores, vivenciaram várias situações o que lhes forneceu subsídios para adotarem atitudes facilitadoras na superação de dificuldades, para que certas situações não fossem consideradas dificuldades intransponíveis, mas sim desafios que os estudantes terão que superar. Por este motivo, vão sendo persistentes, insistindo na relação com o doente para conseguirem estabelecer uma boa relação.

### **Dificuldades na Comunicação, vivenciadas pelos estudantes de enfermagem com o doente durante o Ensino clínico**

Pinto (2011) refere que cada doente vê a sua rotina modificada e nessas situações a comunicação estabelecida entre enfermeiro e doente, reveste-se de importância crucial, assumindo contornos impessoais (automática), ou pessoais (com afetividade no relacionamento). Porém, somente esta última favorece o estabelecimento de uma verdadeira comunicação terapêutica. É então necessário criar espaços para o diálogo entre os intervenientes, embora nem sempre seja fácil estabelecer uma relação de sucesso sem experiência.

Verificámos que os estudantes, participantes do nosso estudo passaram por uma fase de integração. Algumas das dificuldades surgiram quando tiveram que estabelecer a primeira comunicação verbal, com pessoas desconhecidas, pois não se sentiram com

à-vontade para as abordar. Eles próprios referiram que, começaram a relacionar-se melhor com os doentes quando se sentiram mais integrados e os conheciam melhor, quando ultrapassaram o impacto da primeira semana, da novidade. Depois deste tempo, o relacionamento com os doentes, quer através da comunicação verbal, quer através do toque tornou-se mais fácil, o que vem ao encontro com os resultados obtidos por Rua (2009) no seu estudo, no qual verificou que este período de integração, na maioria dos casos, decorreu durante a primeira semana, sendo evidente nas semanas seguintes a participação mais ativa dos estudantes nas atividades dos serviços.

A autora considera ainda que, esta primeira semana é entendida como “integradora” das dinâmicas do serviço, não só pelos estudantes, mas também pelos diferentes profissionais, pelo que estes dão especial atenção aos estudantes nesta fase.

Neste sentido, Fernandes (2007) acrescenta que quando não é proporcionado aos estudantes este período de integração, ou quando o mesmo não é vivenciado desta forma, os estudantes referem um maior nível de *stress* e mais dificuldades no desenvolvimento das suas competências, ao longo do Ensino clínico.

A mesma autora ainda acrescenta que é durante este período que se evidenciam as dificuldades dos estudantes, no que diz respeito à aplicação dos conhecimentos para o contexto real, verificando-se desta forma dificuldades na integração dos saberes.

Assim, ultrapassado este período de integração, de novidade, do impacto com as situações singulares, decorre um período em que se observa uma evolução, mais ou menos constante, evidenciada numa maior disponibilidade e motivação para participar nas atividades do serviço, e para o estabelecimento de uma relação com o doente e família (Fernandes, 2007).

Deste modo, a novidade, o impacto perante situações singulares, desconhecidas, surgiu como dificuldade nos relatos dos estudantes, participantes do nosso estudo, quando se referiram aos sentimentos de vergonha e timidez junto dos doentes que não conheciam, suscitou dificuldades em estabelecer a primeira comunicação verbal com o doente, assim como prestar cuidados e tocar afetivamente pessoas desconhecidas.

Mas fazemos aqui uma ressalva, quando anteriormente nos referimos às novas experiências relatadas pelos estudantes, estas surgiram nas suas narrativas relacionadas com os sentimentos de medo, de ansiedade e de nervosismo, mas não se referem a eles como dificuldades, pois esses sentimentos apenas se relacionam com o primeiro contacto, com situações nunca antes vivenciadas, como fator novidade,

pois a partir do momento em que deixa de ser novidade, estes sentimentos desvanecem-se.

Dos testemunhos dos estudantes do nosso estudo e, em consonância com os dos estudos de Rua (2009) e de Pinto (2011), apercebemo-nos de que uma das grandes dificuldades dos estudantes no contacto com a prática clínica, é o estabelecimento da comunicação com os doentes.

Estas dificuldades relacionaram-se com a adequação da comunicação ao doente, quer pelo seu estado clínico, quer pela sua idade, quer pela inexperiência dos estudantes, tornando-se por vezes num fator gerador de insegurança e de *stress*, pois não souberam como fazer uma adequada abordagem, ou de que forma se deveriam dirigir ao doente para estabelecer o primeiro contacto verbal e relacional.

Face ao exposto, Rua (2009) também constatou que estas dificuldades se foram dissipando à medida que decorreram os Ensinos clínicos, quando os estudantes se sentiam mais confiantes com o seu desenvolvimento e com o reconhecimento dos doentes, como comprovámos nos relatos dos estudantes do 2º ano do curso de Enfermagem.

Outro aspeto presente nas narrativas, foi a dificuldade em comunicar verbalmente com doentes que não se encontravam disponíveis para estabelecer comunicação. Quando não queriam comunicar, os estudantes referiram sentimentos de rejeição perante estas situações. Situação idêntica, também foi observada no estudo de Rua (2009), que considera que por vezes resulta da revolta sentida pelo doente, face ao seu estado de saúde e reflete-se na relação que estabelecem com os estudantes e com profissionais, recusando-se a comunicar.

Contudo, a inibição e o constrangimento emergem das narrativas do estudo de Rua (2009), como resultado das dificuldades em estabelecer comunicação.

Este constrangimento foi mais observado nos Ensinos clínicos iniciais e sobretudo quando há necessidade de manter a comunicação por um período mais alargado, ou seja, quando o doente tem necessidade que “escutem” os seus problemas emocionais e os estudantes sentem dificuldade em fazer essa escuta ativa. Tal como os estudantes do nosso estudo, os que realizaram o primeiro Ensino clínico referiram este tipo de limitação e de dificuldades, quando se depararam com doentes que se encontravam emocionalmente instáveis.

O impacto que o estado emocional do doente provocou no estudante, surgiu muitas vezes como barreira comunicacional, o que nas narrativas dos estudantes emergiu

como uma dificuldade, sobretudo enquanto os estudantes não experienciarem situações suficientes que lhes permitam desenvolver estratégias para comunicar com o doente, ajudando-o a restabelecer o seu equilíbrio emocional.

As dificuldades na comunicação também se encontraram relacionadas com o desejo de comunicar com sensibilidade, tentando compreender a situação emocional de alguns doentes, como testemunharam os estudantes. Também Riley (2004) se refere a este tipo de dificuldade, que surge quando é necessário estabelecer uma comunicação empática, pois esta requer uma resposta verbal específica e precisa, acompanhada por uma preocupação genuína e transmissão de calor humano.

Riley (2004) acrescenta que, quanto maior é a maturidade e a experiência do enfermeiro, tanto maior será o seu potencial para mobilizar os conhecimentos, atitudes e experiências promotoras da sua capacidade empática, daí ser perfeitamente aceitável que este tipo de dificuldade ocorra em estudantes numa fase inicial da sua formação. Estes estudantes ainda não se aperceberam através da experiência, que a empatia pode contribuir para o aumento da autoestima, o facto de estar atento, de ouvir, processar a informação e refletir sobre o que os doentes disseram, fá-los sentir importantes. Como sustenta Riley (2004:137), *“cuidar, demonstrando a sua compreensão, contribui para que os outros se sintam importantes e recompensados.”*

Uma das consequências da compreensão empática, é o outro sentir-se valorizado, cuidado e aceite tal como é, como acrescenta a mesma autora.

Sempre que um doente partilha pensamentos ou sentimentos, a empatia constitui um fator de ajud. Uma resposta empática pode ser através da comunicação verbal ou através da comunicação não-verbal, transmitindo calor humano com o propósito de fazer com que os doentes se sintam aliviados e cuidados.

A empatia é uma forma concreta de demonstrar a nossa preocupação, como acentua Riley (2004). Estas situações por vezes tornam-se um motivo de dificuldade para os estudantes de enfermagem, como foi referido em algumas das narrativas dos estudantes participantes do nosso estudo, pois apesar de prestarem atenção e disponibilidade para ouvir o que preocupa o doente, não sabiam mobilizar conhecimentos para demonstrar que estavam em sintonia com ele. Ficaram pois desapontados por não conseguirem mostrar compreensão e por sentirem dificuldades perante a situação emocional do doente, por vezes sentiram que não conseguem controlar as suas próprias emoções.

Mercadier (2004) refere que, para a enfermeira controlar as suas emoções, as suas reações face a situações em que se sente emocionalmente envolvida, quer seja pela situação clínica do doente quer seja por alguma técnica que faça sentir alguma repulsa, se a enfermeira controlar as suas reações, terá o controlo sobre a situação, o que a impede de atingir proporções que não passariam despercebidas e que, também desencadeariam um envolvimento emocional desproporcionado.

Em consonância com a autora supracitada, estão algumas das narrativas dos participantes do nosso estudo, pois por vezes sentiram-se emocionalmente envolvidos com situações que vivenciaram com os doentes aos quais prestaram cuidados, pois ainda não conseguiram controlar as suas reações e as suas emoções.

Num primeiro momento, existe o medo e a insegurança de não conseguir estabelecer uma comunicação eficaz e uma relação de ajuda. Mas à medida que decorre o Ensino clínico, esta dificuldade vai sendo ultrapassada e este Ensino clínico constitui-se como um período de desenvolvimento de competências comunicacionais muito importante.

No estudo de Rua (2009), também são referenciadas outras dificuldades, sobretudo as resultantes do impacto que o estado de consciência do doente gera nos estudantes, especialmente no caso de doentes inconscientes o que representa uma dificuldade acrescida. Não conseguem os estudantes estabelecer comunicação com um doente que aparentemente não lhes dá feedback, torna-se perturbador. Os estudantes do nosso estudo também referiram este tipo de dificuldades de comunicação devido também ao estado de consciência de alguns doentes, o que não permitiu obter o feedback esperado.

Os estudantes de enfermagem perante estas circunstâncias devem mobilizar as capacidades pessoais, assim como mobilizar os seus saberes e saber-fazer aplicados aos cuidados de enfermagem, como afirma Phaneuf (2005).

Para Phaneuf (2005:4), *“a aquisição de competências de enfermagem situa-se no cruzamento de três domínios:*

- *O desenvolvimento da sua personalidade e as aquisições das suas experiências de vida pessoal:*
- *As aquisições de formação e de experiência profissional*
- *As exigências, os desafios e as possibilidades de evolução encontradas no decurso das situações de trabalho ou de estágio em que se encontra, e tudo o que lhe permite enriquecer a sua bagagem de experiências e de conhecimentos”.*

Sabemos que as diversas habilidades cognitivas, intuitivas e afetivas necessárias para se ser enfermeiro, vão-se desenvolvendo com o tempo e através das experiências do quotidiano e dos Ensinos clínicos.

Deste modo, Benner (2001), descreve que este fenómeno evolutivo acontece devido aos diversos desafios com que os estudantes se deparam, requer um processo de maturação que advém da aquisição de conhecimentos. A autora caracteriza esta fase como o primeiro estágio, o de iniciado, é o estágio correspondente aos estudantes de enfermagem, que ainda não possuem nem conhecimentos nem experiência, e a quem a aquisição de saberes ainda limitados, apenas permite realizar algumas intervenções restritas.

Este tipo de limitação de conhecimentos e de experiências, constatámos nos relatos de alguns estudantes que se confrontaram com dificuldades na comunicação com o doente, devido às suas características biológicas, na qual considerámos a idade e o género.

Especialmente no que diz respeito à dificuldade relacional relativamente ao género, que surgiu perante os cuidados mais íntimos, como alguns dos estudantes referiram. É de acordo com Phaneuf (2005) um momento de embaraço e de incómodo, tanto para alguns dos estudantes, como para alguns doentes, o que pode ter a ver com fatores culturais por parte dos doentes. No caso de algumas mulheres cuidadas por enfermeiros e alguns homens cuidadas por enfermeiras, especialmente se estas forem jovens, podem mesmo recusar esses cuidados, é necessário compreensão e delicadeza para superar essa oposição.

Neste sentido Mercadier (2004) refere-se ao fato de ser difícil para alguns enfermeiros, principalmente para os mais inexperientes (estudantes ou recém-formados), a exposição do corpo desnudado. O que torna mais fácil o contacto com o corpo do outro, é o anonimato deste mesmo corpo, ou seja, segundo a autora o anonimato facilita o contacto da enfermeira com o corpo nu do doente, *“trata-se de um corpo doente e não de uma pessoa e muito menos, de uma pessoa que conhecemos”* Mercadier (2004:180).

A autora acima referida, no seu estudo sobre o trabalho emocional dos enfermeiros, no capítulo onde se refere ao corpo, ao género e à sexualidade, salienta que o corpo ao qual se prestam cuidados, só pode ser anónimo - *um doente*, as enfermeiras que participaram no seu estudo afirmaram que seria extremamente difícil cuidar de alguém das suas relações mais chegadas, segundo esta autora só em algumas situações, a

nudez não constitui problema para os prestadores de cuidados, como quando o doente está a dormir ou em coma. Para a autora, criar distâncias, manter apenas um olhar clínico, enquadrar os cuidados em determinados limites, são atitudes que se aprendem com a experiência.

Podemos considerar que foi por este motivo, que alguns dos estudantes referiram dificuldade na relação face à diferença de género, devido à sua inexperiência, ainda não desenvolveram limites e distâncias necessárias, para superar este tipo de dificuldade, só mesmo através da experiência que as vivências de prestar cuidados a doentes dos diferentes géneros, lhes confere.

Tal como Rua (2009), consideramos que na maioria dos casos ultrapassar estas dificuldades é um elemento importante, transformando-se assim as dificuldades sentidas em fatores promotores de desenvolvimento.

### **Estratégias para superar dificuldades em Ensino clínico**

Reforçando o que já foi descrito anteriormente, relativamente aos primeiros anos do processo de aprendizagem, os estudantes de enfermagem ainda se sentiram muito inseguros quanto à sua prestação.

Perante situações mais complexas, apresentaram grande dificuldade de resposta encontrando nos enfermeiros da prática, o suporte necessário para as suas incertezas, o que se verifica que nas situações que saem do comum, eles optam por uma postura mais passiva, de observação, como refere Pinto (2011).

Deste modo, Benner (2001) denomina-os de iniciados: não apresentam nenhuma experiência das situações com que são confrontados, por isso, apresentam um comportamento típico, extremamente limitado. Devido a esse facto, necessitam de normas que orientem os seus atos, apresentam dificuldade em integrar o que aprenderam nos livros e na componente teórica do curso, com o que encontram nas situações reais, e ficam apreensivos.

Os estudantes participantes do nosso estudo, referiram que por vezes tiveram que mobilizar estratégias quando se depararam com dificuldades, principalmente do ponto de vista da comunicação. Como não têm experiência para determinar qual a melhor

estratégia, em determinadas situações reagiram com frustração, por não conseguirem o feedback que esperavam por parte do doente e face a esta frustração deveriam desenvolver estratégias para compreender o doente e todas as suas reações, sem que este perceba a dificuldade do estudante.

Neste encadeamento, vários autores (Silva (2001), Riley (2004), Phaneuf (2005), Stefanelli (2005), entre outros) afirmam que a comunicação é uma ferramenta essencial, especialmente com os doentes mais vulneráveis, pois é através dela que se consegue a sua participação nos cuidados.

Neste contexto, para que exista uma comunicação favorável e adequada entre estudante e doente, é necessário que ambos sejam flexíveis, disponíveis, demonstrem vontade de conhecer o outro e se deixem conhecer.

Quando os estudantes são confrontados com dificuldades na comunicação, devido às limitações do doente relacionadas com o seu estado clínico, muitas vezes devido mesmo à patologia, Phaneuf (2005) recomenda que se utilize toda a criatividade e empatia para se fazer entender com o doente, o que muitas vezes conseguem.

Alguns dos estudantes do nosso estudo, conseguiram comunicar com o doente quando utilizaram a comunicação não verbal, através da escrita, dos desenhos, dos gestos, da pressão da mão, do piscar de olhos, da expressão facial, da direção do olhar do doente ou simplesmente o abanar a cabeça, para negar ou afirmar.

A reação do doente informa-nos da sua compreensão, por vezes aparecem algumas lágrimas, ou a pressão da mão demonstra que está a ser compreendido pela enfermeira mesmo sem se conseguir exprimir. Esta conceção de Phaneuf (2005) vem ao encontro com o que analisámos nas narrativas dos estudantes, quando se referiram aos doentes com os quais não conseguiram comunicar verbalmente, mas que recorreram a outras formas possíveis de demonstrar ao doente a sua compreensão e a sua empatia.

Como referem Stefanelli e Carvalho (2005), no processo de comunicação entre o enfermeiro e o doente, é o enfermeiro que tem a responsabilidade de observação e percepção agregadas à resposta. Este tem que ter a noção que em todos os momentos emite resposta à reação dos doentes, que este percebe e atribui significados, o que vem evidenciar a reciprocidade do processo comunicativo. A resposta é considerada positiva quando oferece apoio ou estimula o comportamento do outro, o ser positivo não quer dizer que foi adequado, mas sim que provocou efeito sobre as pessoas envolvidas na comunicação, pode ter efeito emocional, físico ou cognitivo, pode ser um ou todos eles.

Mercadier (2004) refere que quando o contacto com o corpo do doente é constrangedor para o enfermeiro, a utilização de um gesto técnico facilita-lhe a comunicação, como acontece quando avalia a tensão arterial ou o pulso. Este contacto técnico funciona como um filtro para o toque entre o enfermeiro e o doente, protegendo o enfermeiro de qualquer emoção que o toque possa suscitar.

A maioria das enfermeiras participantes do estudo de Mercadier (2004), referiu que se sentiram mais à vontade quando prestaram cuidados de ordem técnica instrumentalizada, como a administração de injetáveis, realização de pensos, algaliações, do que quando prestaram cuidados de higiene e conforto. Referiram também que a técnica instrumental afasta os afetos, sejam eles positivos ou negativos. Segundo a autora, os cuidados técnicos permitem disfarçar o contacto direto com o corpo, a concentração do gesto técnico, a utilização de instrumentos desvia a atenção do corpo.

Alinhada com esta ideia, Antunes (2004) refere que nos estudantes do primeiro ano do curso de formação inicial, dada a fase precoce em que se encontram, existe uma discrepância e um desequilíbrio entre as competências técnicas e as competências relacionais, tal como verificámos nos estudantes do nosso estudo. Pois nesta fase, os estudantes ainda dispõem de poucas oportunidades para colocar as primeiras em prática. No caso das competências relacionais, reconhece-se que devem ter predisposição (pois é o que o doente espera de um estudante de enfermagem) para as desenvolver, pois será este um dos principais critérios do curso de enfermagem, assim não devem de forma alguma evitar o contacto e a relação com o doente.

Os estudantes do nosso estudo estão em consonância com a assunção desta autora, pois durante o ensino clínico, procuraram encontrar estratégias para melhor desenvolver as competências relacionais, apesar de alguns dos estudantes que não obtiveram feedback do doente que lhes tinha sido atribuído, optaram por se relacionar com outros, cuja relação estaria mais facilitada para adquirir experiência e competências relacionais. Desta forma puderam praticar para eventualmente se relacionarem com doentes com maiores limitações comunicacionais, mas não investiram, nem insistiram no estabelecimento de comunicação com esse doente e decidiram desenvolver uma estratégia de fuga. Provavelmente, se tivessem investido numa relação estimulando o doente, poderiam ter tido a experiência de observar algum tipo de reação por parte do doente.

Também Abreu (2007) refere que, a dinâmica e a complexidade de cada contexto colocam o estudante perante situações nunca antes vivenciadas e para as quais ele tem que, encontrar estratégias de “adaptação”. Na mesma perspetiva Abreu (2007:89) refere que *“no contexto clínico, o aluno confronta-se com uma realidade sociocultural que o obriga a transformar-se, através de processos de interação. Ao lidar com os outros e consigo próprio, vai concretizando apropriações mais ou menos duradouras que moldam as futuras formas de ação e de reação.”*

Dentro deste contexto, Reis e Rodrigues (2002) partilham do mesmo ponto de vista, uma vez que consideram que o estudante de enfermagem deve estabelecer uma relação com o doente de modo que, todas as atitudes e comportamentos constituam uma importante fonte de motivação que permita o desenvolvimento das suas próprias capacidades. Deste modo, como acentuam os autores, o estudante que verdadeiramente cuida não se deve limitar a executar tarefas, ele deve ser capaz de compreender as necessidades físicas e emocionais do doente a quem presta cuidados. O que se verificou com a maioria dos estudantes, que para estabelecerem relação com o doente e compreenderem as suas necessidades, recorreram a formas de comunicação não-verbais.

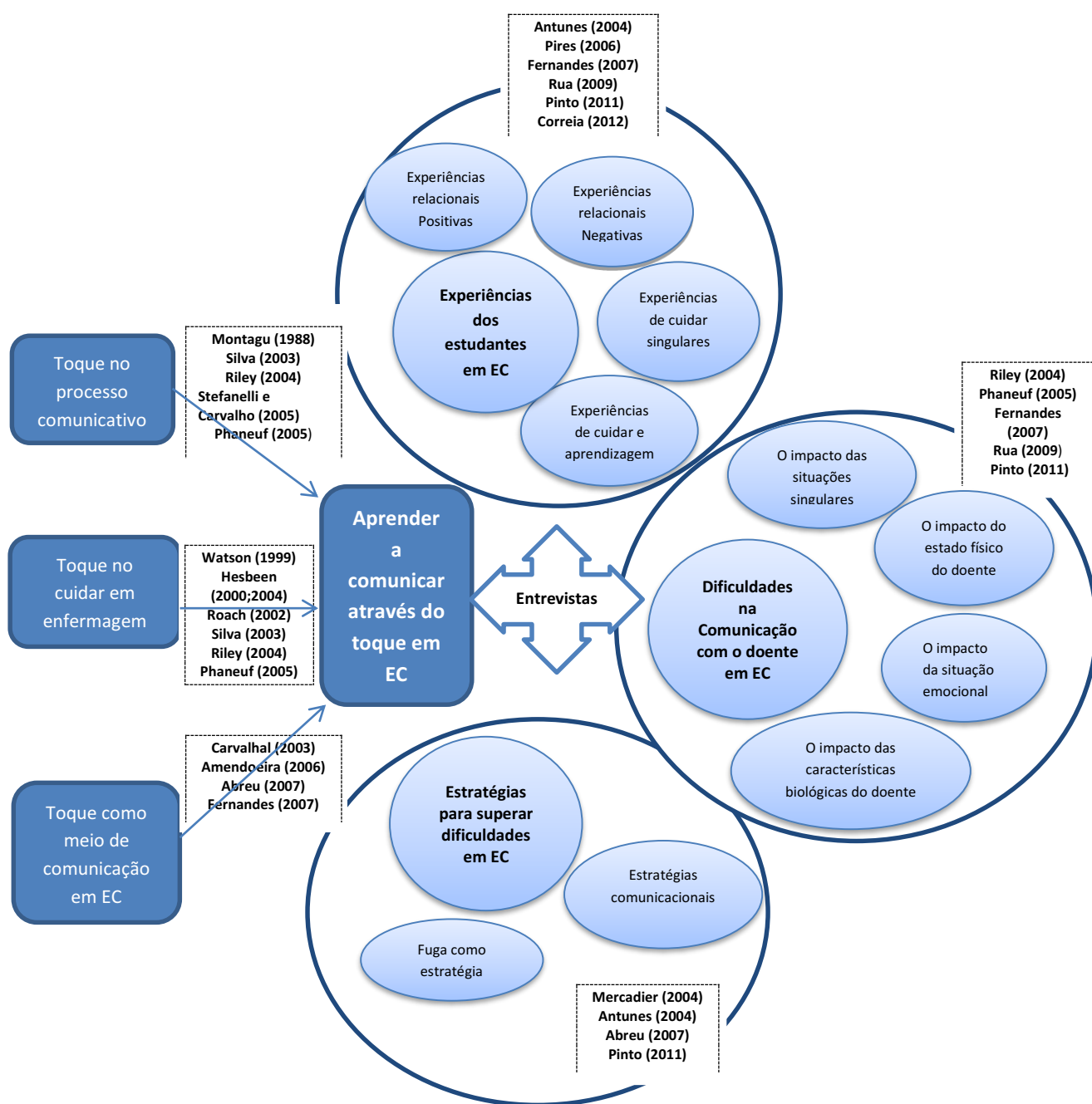


Figura Nº 5 - Diagrama teórico com o referencial teórico do enquadramento teórico e da análise categorial

**CONCLUSÕES  
E  
IMPLICAÇÕES PARA A ENFERMAGEM**

## **Conclusões e implicações para a enfermagem**

Apresentados e discutidos os resultados de natureza qualitativa que integraram o desenvolvimento desta investigação, acresce notar que, com os resultados deste estudo de cariz exploratório e descritivo, embora não permita generalizações por se tratar de um grupo de estudantes circunscrito a uma determinada escola, foi possível iniciar a compreensão sobre as experiências da aprendizagem da comunicação, através do toque durante o Ensino clínico, por parte dos estudantes.

No curso de enfermagem, é indispensável a existência de uma formação prática que, de alguma forma, alterne com a formação teórica, onde a meta é a produção e desenvolvimento de competências. É no atuar perante as situações, que se desenvolvem as diversas formas do saber, ou seja, é através da ação em contexto real de cuidados, que a ciência e a arte de enfermagem se formam num todo integrado.

Estamos conscientes de que a investigação científica na área das ciências da saúde, mais especificamente a que se relaciona com a formação (educação em enfermagem), é um processo complexo pelo que entendemos que o trabalho aqui apresentado, representa apenas um pequeno contributo para a compreensão do fenómeno em estudo.

Uma vez que o estudo se prende com o nosso próprio desempenho, relativo às funções de supervisão clínica em tempo integral no primeiro e segundo Ensinos clínicos, a problemática da formação dos estudantes de enfermagem, no decurso desta fase inicial de aprendizagem, será um tema a consolidar em futuras investigações.

É importante sublinhar os aspetos mais relevantes deste estudo, de forma a analisar a sua integração no planeamento dos diferentes Ensinos clínicos e, propor algumas mudanças nesta vertente da formação inicial em enfermagem.

Apresentamos seguidamente, uma breve síntese das principais conclusões obtidas neste estudo, as limitações verificadas nesta investigação e algumas sugestões para outros estudos, assim como as implicações para a enfermagem.

A pesquisa e a reflexão inerentes à construção do enquadramento teórico que sustenta a nossa investigação foram, sem dúvida, essenciais em todo o processo.

O ponto de partida desta investigação apoiou-se na questão: *Quais as estratégias identificadas pelo estudante, como facilitadoras do toque no processo de ensino-aprendizagem do estudante de enfermagem?*

Fundamentámos esta questão na nossa experiência como enfermeira, na prática de cuidados e como docente numa Escola Superior de Saúde há vários anos, estimulados por algumas deliberações que nos conduziram neste processo investigativo, dos quais salientamos: a formação inicial em enfermagem como um dos fatores mais importantes e estruturantes na construção dos processos de aprendizagem e desenvolvimento do pensamento nos estudantes, assim como a aquisição e o desenvolvimento de competências na área de Enfermagem, mais concretamente das competências relacionais.

A aprendizagem a partir da prática, durante o Ensino clínico, permite ao estudante experienciar, sentir, pensar, agir, construir e desenvolver competências contextualizadas.

Conhecendo as experiências dos estudantes de enfermagem na relação com o doente, através do toque em Ensino clínico, os professores, orientadores e estudantes, podem desenvolver estratégias de ensino/aprendizagem, de acordo com as necessidades dos estudantes, potenciando processos de aprendizagem significativa, segundo uma perspetiva de desenvolvimento humano.

Como sustentação teórica, debruçámo-nos sobre vários pressupostos e apoiámo-nos em vários autores de referência, relacionados com a comunicação e a aquisição de outras competências relacionais em Ensino clínico, assim como a importância do Ensino clínico na educação em Enfermagem dos estudantes de enfermagem.

A clarificação do referencial teórico revelou-se fundamental para o desenvolvimento do processo investigativo. O conhecimento sustentado, ancorado em conceções de ensino-aprendizagem promotoras e impulsionadoras do desenvolvimento das competências relacionais, mais propriamente no que se refere ao toque afetivo, revelou-se essencial no processo de formação em enfermagem.

Deste modo, para que o processo ensino / aprendizagem seja adequado, eficaz e motivador é exigida a definição clara dos objetivos propostos, bem como dos propósitos e enquadramentos que apoiem esses objetivos, requisitos fundamentais na promoção de estratégias a implementar. Só assim se conseguem formar profissionais autónomos, emancipados, criativos e reflexivos nas suas práticas cuidativas e relacionais.

Quando iniciámos este estudo, a nossa compreensão sobre o fenómeno era ainda pouco clara e objetiva. Com o decorrer do tempo o foco central da investigação foi-se tornando mais claro e objetivo, o que nos permitiu ter uma visão e uma compreensão do fenómeno tal como esperávamos alcançar.

Pudemos assim, identificar aspetos essenciais em todo o percurso investigativo. A certeza da relevância dos Ensinos clínicos e das experiências vividas pelos estudantes de enfermagem, para o desenvolvimento das suas competências relacionais transformou-se num marco determinante para a nossa questão de investigação, questões orientadoras, e objetivos.

Neste sentido, a pesquisa e a reflexão sobre a comunicação em enfermagem, a aprendizagem do toque afetivo como meio de comunicação e a sua importância para os cuidados de enfermagem permitiram reforçar a compreensão da essência da profissão, evidenciando aspetos que se tornam fundamentais no processo de formação, mais especificamente os que se relacionam com os Ensinos clínicos, enquanto espaços privilegiados de formação e de aquisição de experiências que contribuem para o desenvolvimento de competências.

Tal como já referimos, o objeto desta investigação centra-se na experiência dos estudantes de enfermagem em Ensino clínico, relativamente à aprendizagem da comunicação através do toque.

Para isso foi desenvolvido um estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa, por considerarmos ser o que mais se adequava a responder, à questão de investigação formulada.

Iniciámos o nosso trabalho de campo, com várias dúvidas e incertezas. Passámos por um percurso exaustivo, pois tivemos que ouvir repetidamente todas as entrevistas, previamente gravadas e transcrevê-las na íntegra, o que despendeu muito do nosso tempo, assim como na análise dos dados os quais optámos por analisar de acordo com a análise do conteúdo seguindo os pressupostos de Bardin (2009). Não deixou no entanto de ser um processo motivador, devido à riqueza da informação que obtivemos nas entrevistas com os estudantes, que nos proporcionou momentos de aprendizagem e reflexão, pois as experiências vividas e transmitidas pelos estudantes são ricas em sentimentos e opiniões pessoais, a que de outra forma dificilmente teríamos acesso.

Tendo como pressuposto, compreender como os estudantes de enfermagem experienciam a comunicação através do toque durante o ensino clínico, toda a recolha

de informação teve como base a experiência dos estudantes de enfermagem, em contexto de Ensino clínico.

Ao longo do percurso investigativo fomos identificando elementos que respondiam às questões de investigação e aos objetivos delineados para este trabalho. Outras dúvidas emergiram, confirmando a complexidade do fenómeno em estudo.

Contudo, este processo apesar de mais moroso que o esperado, contribuiu para a compreensão do fenómeno.

Da análise dos dados, emergiram os temas relacionados com as experiências dos estudantes de enfermagem em Ensino clínico, as dificuldades na comunicação com o doente e as estratégias desenvolvidas pelos estudantes para superar dificuldades.

Das conclusões do estudo salienta-se as respostas às questões de investigação, à primeira questão do nosso estudo; *“Quais as experiências vividas pelos estudantes durante o primeiro ensino clínico, perante o tocar doentes?”*. Verificámos que ao longo dos ensinamentos clínicos, os estudantes vivenciaram várias experiências, nomeadamente experiências relacionais positivas, experiências relacionais negativas, experiências de cuidar singulares e experiências de cuidar e aprendizagem.

Sendo muitas das experiências comuns à maioria dos estudantes como as experiências relacionais positivas, nas quais incluímos um conjunto de vivências consideradas pelos estudantes gratificantes, e agradáveis, que suscitaram momentos de alegria e satisfação, perante a relação com o doente, nomeadamente através do toque, do toque afetivo como forma de acalmar e confortar.

Também dentro das experiências relacionais positivas, emergiu a confirmação da vocação profissional, pois alguns estudantes ainda se sentiam inseguros perante a sua opção, mas devido às experiências positivas vividas durante o Ensino clínico consideraram ter sido a escolha certa, para garantir o sucesso ao longo do curso e do seu futuro profissional.

Os estudantes que vivenciaram situações menos agradáveis, consideradas como experiências relacionais negativas, experienciaram situações de constrangimento e revolta, causadas por algumas atitudes dos doentes para com eles. As vivências de frustração dos estudantes que não conseguiram comunicar com o doente atribuído, devido à situação clínica grave, também foram consideradas experiências relacionais negativas.

As experiências de cuidar singulares, suscitaram em alguns estudantes vivências de medo, insegurança, ansiedade e nervosismo perante as situações novas e as pessoas desconhecidas, com as quais se deveriam relacionar no primeiro Ensino clínico.

Nos relatos dos estudantes do 2º ano de enfermagem, verificámos que estes referiram experiências de cuidar e aprendizagem, por terem passado por vários Ensinos clínicos nos quais foram adquirindo conhecimentos teóricos, revelaram uma maior maturidade e mais facilidade em desenvolver estratégias para superar o medo e a ansiedade.

Perante as questões colocadas, constatámos através das respostas que, estes estudantes (do 2ºano) pouco se referem às dificuldades, pois como já vivenciaram inúmeras situações, aprenderam com a experiência, a agir de forma adequada perante os doentes, quer seja através da comunicação verbal quer seja através do toque afetivo, para o qual se encontram bastante despertos, estabelecendo com facilidade este tipo de relação com o doente.

Como resposta à segunda questão de investigação; *“Quais as dificuldades sentidas pelos estudantes de enfermagem, perante a experiência de tocar doentes, durante o primeiro ensino clínico?”*. Verificámos que as dificuldades com que os estudantes se depararam, foram no estabelecimento da relação através da comunicação com o doente. O impacto das situações singulares, o desconhecido, a novidade foram os fatores desencadeantes das dificuldades referidas pelos estudantes, como o estabelecer a primeira comunicação verbal com os doentes sendo estes pessoas desconhecidas, foi igualmente considerada uma dificuldade: o primeiro contacto que estabeleceram através do toque com o doente, os estudantes sentiram dificuldades em comunicar ou em relacionar-se através do toque com doentes que não conheciam, Quando contactavam com os doentes pela primeira vez, tinham dificuldade em estabelecer e manter comunicação, referiram também que após esta situação nova e após se sentirem integrados, conseguiram comunicar melhor com os doentes, e o toque afetivo acabou por surgir de forma natural.

Um outro factor que suscitou dificuldade na comunicação, esteve relacionado com o impacto que o estado físico do doente causou no estudante, por não conseguir comunicar verbalmente devido à patologia, ou à situação clínica do doente. Neste sentido, devido ao estado físico em que vários doentes se encontravam, os estudantes referiram que se depararam com dificuldades, pois esses doentes não comunicavam, devido a afasia ou disartria como consequência de Acidente Vascular Cerebral, e ainda

com alguns que se encontravam em coma e não reagiam a estímulos. Deste modo, como o doente não comunicava alguns dos estudantes referiram que experienciaram sentimentos de medo, medo de magoar o doente quando lhe prestaram cuidados de enfermagem, pois o doente não de queixava. Também o impacto da situação emocional do doente, foi referido como dificuldade de comunicar com os doentes que apresentavam alterações do estado emocional, por estarem tristes e chorosos, com depressão, e ainda com os que se encontravam revoltados com o internamento.

Os estudantes referiram-se ainda às dificuldades relacionadas com o impacto das características biológicas do doente. Relativamente à idade, sentiram mais dificuldade em comunicar com doentes mais novos do que com os doentes idosos, referiram que estes se encontravam mais disponíveis para estabelecer uma relação comunicativa, quer verbal, quer através do toque afetivo, com os doentes mais jovens os estudantes sentiram-se constrangidos para desenvolver este tipo de relacionamento.

Nos relatos que se referiram ao género, não só estudantes do sexo feminino sentiram dificuldade na prestação de cuidados a doentes do sexo masculino, como também foi referido por estudantes do sexo masculino, essa dificuldade por considerarem que estavam a invadir a privacidade das doentes do sexo feminino.

Como resposta à terceira questão de investigação; *“Que estratégias utilizam os estudantes de enfermagem, em ensino clínico, para superar dificuldades na comunicação através do toque com os doentes?”*. Verificámos que, durante o Ensino clínico, os estudantes desenvolveram estratégias para superar dificuldades com que se depararam. No que diz respeito às dificuldades na comunicação com os doentes que não comunicavam verbalmente, desenvolveram estratégias comunicacionais, através da utilização de outras formas de comunicação para além da verbal, para se conseguirem relacionar com esses doentes.

Os estudantes referiram que, quando não conseguiram estabelecer comunicação, por o doente atribuído, se encontrar em coma ou com qualquer outra limitação comunicacional muito grave, para desenvolverem competências comunicacionais optaram por comunicar com os doentes mais comunicativos, com os quais puderam estabelecer esse tipo de relação, utilizando desta forma a fuga como estratégia, não persistindo na tentativa de estabelecer algum tipo de relação com o doente que lhes fora atribuído.

De facto, após todo o trabalho realizado através da análise completa do que foi relatado pelos estudantes, podemos concluir como resposta ao objetivo geral deste estudo que, os estudantes de enfermagem participantes no estudo, vivenciaram experiências relacionais positivas na comunicação e no relacionamento através do toque com os doentes em Ensino clínico, depararam-se com dificuldades perante o impacto das situações singulares, por estarem num local desconhecido e terem que se relacionar quer verbalmente, quer através do toque com pessoas desconhecidas. O impacto perante o estado físico em que alguns doentes se encontravam, foi promotor de dificuldades para que o estudante comunicasse verbalmente com o doente. Perante estas dificuldades, os estudantes desenvolveram estratégias comunicacionais para as superar, tal como o recurso a outras formas de comunicação para além da verbal, para conseguirem estabelecer uma relação com os doentes, com o fim de alcançar os objetivos propostos pela Escola para este Ensino clínico.

Em termos globais, e no que diz respeito às implicações para uma futura intervenção, os resultados sugerem a satisfação dos estudantes com o Ensino clínico e o facto deste se apresentar como proposta pedagógica de aprendizagem, no primeiro ano do curso. No entanto, a investigação permitiu constatar que os estudantes se deparam com vários tipos de dificuldades, decorrentes da novidade e também das particularidades inerentes aos doentes, aos cuidados de enfermagem aos quais se juntam os níveis de exigência no Ensino clínico para estudantes do primeiro ano. Não podemos ainda esquecer o processo de adaptação e desenvolvimento do estudante, que a transição para o ensino superior representa, o que justificaria a implementação de programas de intervenção, dirigidos quer aos estudantes, quer ao curso e ao Ensino clínico, com o intuito de promover nos estudantes as competências que lhes permitam lidar, de forma mais equilibrada, com as vivências associadas ao Ensino clínico.

A relevância deste estudo para a educação em enfermagem, relaciona-se com o facto de que a experiência da prática clínica, como campo rico em experiências, deve ser acompanhada de estratégias pedagógicas adequadas e promotoras do desenvolvimento de competências.

Como principais **limitações** deste estudo, salientam-se:

O número de estudantes entrevistados, que poderia ter sido maior, o que foi consequência da sua falta de assiduidade nas reuniões convocadas para partilha de experiências, no final do Ensino clínico, pois o plano era convocar os estudantes que se encontravam nas reuniões, para participar do estudo.

Trata-se de um tipo de estudo, cujos resultados finais apenas se reportam aos participantes, não podemos generalizar estes resultados.

Uma outra limitação inerente ao trabalho, relaciona-se com as opções metodológicas do mesmo, face aos instrumentos de recolha de informação utilizados, complementar com a observação dos estudantes em contexto da prática clínica ao longo de um dos seus períodos de Ensino clínico, teria sido uma mais-valia que enriquecia as informações. Não foi possível pois, enquanto decorrem os Ensinos clínicos, as nossas atividades como docentes orientadoras de estudantes em Ensino Clínico em tempo integral decorrem em simultâneo, o que não permitiu a realização da observação. Uma vez mais, salientamos que a nossa atividade de investigadora num contexto, nunca foi coincidente com o papel de docente nesse mesmo contexto, daí ter sido incompatível a observação dos estudantes durante esse período.

Do ponto de vista de **sugestões** para futuras investigações, realçamos duas, uma que aborde esta mesma temática, mas do ponto de vista não só dos estudantes de enfermagem, mas também do ponto de vista dos orientadores e dos docentes.

Ainda outra sugestão relativamente a um estudo longitudinal, no sentido de entrevistar os estudantes de enfermagem sobre esta temática, mas ao longo do curso, para ter a perceção da sua evolução, relativamente à relação que estabelecem com os doentes através do toque, no decorrer do curso e nas diferentes áreas da enfermagem.

Os principais resultados encontrados e discutidos anteriormente, encaminharam-nos para algumas **implicações para a enfermagem**, que passaremos a apresentar.

Estimamos que os resultados deste estudo, possam contribuir para a planificação e implementação de atividades de prevenção e de intervenção ao nível da insegurança académica, social, emocional ou cognitiva e que os estudantes o possam demonstrar. Poderão ainda contribuir para executar propostas de mudança e de melhoramento dos Ensinos clínicos e para a mentalização dos estudantes com o objetivo de lidarem eficazmente com as dificuldades, promovendo assim a sua realização e sucesso académico.

Também poderiam suscitar à integração nos planos de estudo de unidades curriculares de opção, que vão ao encontro das necessidades dos estudantes, de modo a lidarem com as situações de vida em geral, e com as exigências dos Ensinos clínicos, em particular.

Desta forma importa capacitar os estudantes logo desde a formação inicial que constitui o primeiro Ensino clínico, para desde cedo, se irem assumindo como futuros profissionais autónomos, reflexivos, competentes, responsáveis pelas suas práticas e pelo seu processo de formação e desenvolvimento profissional, implementando processos de formação que os habilite a responder aos desafios dos contextos atuais de trabalho.

Como forma de facilitar e dar significado às vivências dos estudantes em Ensino clínico, seria importante a criação de espaços de troca de experiências dos estudantes mais experientes, com os mais novos e com os docentes, através de reuniões promovidas na Escola e, através da implementação de uma rede social virtual para que os estudantes tenham oportunidade de partilhar as suas experiências, no sentido de os ajudar a estabelecer e a promover competências sociais.

Por conseguinte, as Escolas Superiores de Saúde devem valorizar a promoção e educação para a saúde e o bem-estar dos estudantes, assim como assegurar a existência e a articulação com as estruturas de apoio psicológico, para aqueles que manifestam maiores dificuldades em lidar com as situações complicadas durante o Ensino clínico, deverá ser efetuada através da articulação entre os docentes que realizam a supervisão clínica e a escola. Para que tal aconteça, os docentes devem estar despidos para alterações do comportamento dos estudantes e dar espaço a que o estudante exteriorize as suas inquietações.

Neste sentido, a intervenção deverá incidir essencialmente no reforço das experiências positivas, fomentando a confiança e a autoestima essenciais para o sucesso do percurso académico, social e profissional, e ainda diminuir o impacto que as experiências negativas possam suscitar nos estudantes.

Esperamos que o presente trabalho, constitua um contributo para aumentar a compreensão acerca das experiências dos estudantes de enfermagem durante o primeiro Ensino clínico, mais especificamente no que diz respeito à aprendizagem da comunicação através do toque.

Tal poderá contribuir para o desenvolvimento de competências, para enfrentarem as dificuldades no contexto da formação inicial, com o fim de poderem articular esses

subsídios mais tarde, em contexto profissional e para gerir adequadamente as vivências menos positivas, com que se venham a confrontar.

Perante o que se encontra patente neste trabalho, identificámos a importância e a necessidade de se desenvolverem estratégias e competências, de modo a que os estudantes em Ensino clínico, os docentes e orientadores compreendam e lidem eficazmente com as experiências com as quais se confrontam na sua prática académica e profissional.

É importante ainda realçar que os resultados deste trabalho, podem trazer subsídios para o desenvolvimento das atividades comunicativas e relacionais dos estudantes, durante o Ensino clínico.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

## Referências bibliográficas

Abreu, W. C. - **Formação e aprendizagem em contexto clínico**. Coimbra: Formasau 2007 295p ISBN978-972-8485-87-0

Adler, R.B.; Towne, N. - **Comunicação interpessoal**. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora SA 2002

Almeida, L. S.; Freire, T. - **Metodologia de investigação em psicologia e educação**. Braga: Ed. Psiquilíbrios 2003

Amendoeira, José in Costa, Arminda Mendes et al - **Ensino de enfermagem. Processos e percursos de formação. Balanço de um projeto** Lisboa. 2000

Amendoeira, José. -**Uma bibliografia partilhada da enfermagem. A segunda metade do séc. XX 1950-2003. Um contributo socio histórico**. Ed Formasau. 2006

Anderson, J. M. - **The phenomenological perspective**. In Morse, J. M.(Ed.), Qualitative nursing research: a contemporary dialogue (pp. 25-38). Newbury Park: Sage. 1991

Andrade, M. M. – **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5.ed. São Paulo: Atlas. 2002

Antunes, L. - **As aspirações e trajetórias sociais dos estudantes de enfermagem e o confronto com a (futura) realidade profissional**. Atas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação. Atelier: Saúde. 2004

Araújo, M. M. T.; Silva, M.J.P.; Puggina, A.C.G. - **A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogénico**. Revista da Escola de Enfermagem USP. 2007; 41(3):419-25.

Ausubel, D., Novak, J. D., & Hanesian, H.-. **Psicologia Educacional**. Rio de Janeiro: Editora Interamericana. 1980

Bardin, L. - **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2009

Bauer MW, Gaskell G. - **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis (RJ): Editora Vozes; 2002

Bell, J. - **Como Realizar um Projeto de Investigação**. Lisboa: Gradiva 1997.

Benner, P. -. **De Iniciado a Perito**. Coimbra: Quarteto Editora 2001

Berelson, B. - **Content analysis in communication research**. Glencoe: Editora The Free Press; 1952

Berger, Kathleen Stassen - **O desenvolvimento da pessoa – da infância à adolescência**. 5. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2003.

Boyd, C. – **Phenomenology, The Method**. In: MUNHALL, Patricia – **Nursing Research: A qualitative perspective**. 3ª ed. New York: National League for Nursing.2001, p. 93-122

Boff L.- **Saber cuidar: Ética do humano - Compaixão pela terra**. 8ª ed. Petrópolis: Vozes; 2002

Bogdan, R.; Biklen, S. – **Investigação Qualitativa em Educação**. Porto: Porto Editora,1994.

Bosquetti L.S, Braga E.M - **Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular.** Revista da Escola de Enfermagem USP 2008; 42(4):690-6

Braga, E. - **Competência em comunicação: uma ponte entre aprendizado e ensino na enfermagem.** Tese de Doutorado em Enfermagem. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São. Paulo; 2004. 172 p.

Braga, M. E.; Silva, M. J.P. **Como acompanhar a progressão comunicativa no aluno de enfermagem** Revista de Enfermagem USP 40 (3) 329-35 2006

Caires, S.; Almeida, L. - **Os estágios na formação dos estudantes do ensino superior: tópicos para um debate em aberto.** Revista Portuguesa de Educação, 13(2), pp. 219-241. Universidade do Minho. 2000

Carmo, H.; Ferreira, M. M. - **Metodologia da Investigação. Guia para autoaprendizagem.** Lisboa: Universidade Aberta 1998.

Carneiro, Eduarda Alexandra - **A formação de professores como momento chave do desenvolvimento profissional.** Relatório apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do Grau de Mestre em Ciências da Educação. Porto, 2015

Carvalho, R - **Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspetivas dos atores.** Loures: Lusociência 2003

Carvalho, L. - **Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem – Realidades e alternativas.** Tese de doutoramento, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. 2004

Cassate, J. C; Corrêa, A. K. - **Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde.** Revista da Escola de Enfermagem USP.; 40(3): 321-8 2006

Ceia, C. – **Normas para apresentação de trabalhos científicos** 3ª ed. Lisboa Editorial Presença 2000

Cintra, E.A.; Nishide, V.M.& Nunes, W.A. - **Assistência de Enfermagem ao Paciente Gravemente Enfermo**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 2001. 671p

Collière, M. - **Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa, Sindicato dos enfermeiros Portugueses 1999

Collière, M. – **Cuidar...A primeira arte da vida** 2ª ed. Loures. Lusociência. 2003

Correia, J. - **A construção científica do político em educação**. Educação, Sociedade e Cultura (15): 19-43. 2001.

Correia, M. A. P. - **Do aprender a ensinar a cuidar: Construção de um modelo explicativo**. Tese de Doutoramento em Enfermagem. Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde. 2012

Coutinho, C.; Lisboa, E. - **Sociedade da informação, do conhecimento e da aprendizagem: Desafios para educação no século XXI**. Revista de Educação, Vol. XVIII, nº 1, 2011.

Coutinho, C.P. – **Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: Teoria e prática**. Edições Almedina. Coimbra 2011

Delors, Jacques - **Educação: Um Tesouro a Descobrir**. São Paulo: Cortez Editora. 1999

Delval, J. - **Aprender na vida e aprender na escola**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

Dewey, John - **Vida e educação**. Tradução e estudo preliminar por Anísio S. Teixeira. São Paulo: Melhoramentos; Rio de Janeiro: Fundação Nacional de Material Escolar, 1978.

Dewey, John - **Experiência e educação**. 3 ed. São Paulo: Nacional, 1979.

**Dicionário da Língua Portuguesa** com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2015. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/>

Diefenbach, T. - **Are case studies more than sophisticated story telling? Methodological problems of qualitative empirical research mainly based on semi-structured interviews**. *Quality & Quantity*, 43(6), 875-894. 2009

Dias, M. E. S. – **Supervisão de estudantes em Ensino clínico: a intervenção do tutor**. Tese de Mestrado em Supervisão. Universidade de Aveiro Departamento de Didática e tecnologia Educativa 2010

Dias, A. B.; Oliveira, I. L.; Dias, D. G.; Santana, M.G. **O toque afetivo na visão do enfermeiro**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília set-out; 61(5): 603-7. 2008

Diogo, P. – **A vida emocional do enfermeiro. Uma perspetiva emotivo-vivencial da pratica de cuidados**. Ed. Formasau. 2006.

Dixe, M. A. - **Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a orientação em parceria, enfermeiros orientadores e docentes dos ensinios clínicos**. *Enfermagem. // serie*. Nº 47/48 (julho/dezembro) 2007. Lisboa ISSN 08771-0775

Denzin, N.; Lincon, Y. - **Handbook of Qualitative Research**. 2nd. Califórnia: Sage Publications, Inc., 2000.

Estanqueiro, A. - **Saber lidar com as pessoas**. Lisboa, Editorial presença, 2007

Esteves, M. – **Análise de conteúdo**. In Lima, J. A. (org.) **Fazer investigação** pp105-125. Porto: Porto Editora. 2006

Faleiro, S.N.- **A pesquisa científica.** Disponível em: [http://ensino.univates.br/~snf/mettecn/Cap3\\_Pesquisa\\_cient%EDfica.ppt](http://ensino.univates.br/~snf/mettecn/Cap3_Pesquisa_cient%EDfica.ppt). Acesso em 14 nov. 2009.

Fernandes, O. - **Entre a teoria e a Experiencia: Desenvolvimento de competências de Enfermagem no Ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura.** Loures. Lusociência 2007

Fernandes, I.-**Fatores influenciadores da percepção dos comportamentos do cuidar dos enfermeiros.** Coimbra. Formasau. 2007.

Ferreira, M. A. – **A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem maio-junho 59 (3). 327-30 2006

Ferreira, S. - **Primeiro Ensino Clínico na perspectiva do estudante: das expectativas à prática.** Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde. Aveiro: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro; 2008.

Fonseca, A.; Lopes M.; Sebastião, L. & Magalhães, D. - **Conhecimento em enfermagem: representações sociais construídas por estudantes de formação inicial** in **Enfermagem Contemporânea: Dez Temas, Dez Debates.** Universidade de Évora Coleção E-books Oficinas Temáticas. Nº1. Dezembro 2013 ISBN:978-989-20-4162-9

Fortin, M. F. - **O processo de investigação da conceção à realização.** Loures, Lusociência. 1999

Freitas, P. - **Aprender para viver ou a (sobre) viver em ensino clínico – segundo uma perspectiva avaliativa.** Tese de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da educação da Universidade do Porto, Porto. 2007

Freitas, P.; Terrasêca, M. - **Aprendizagem e avaliação em ensino clínico. A teoria dos três mundos.** *Journal for Educators, Teachers and Trainers*, Vol. 4 (2), pp. 36 – 47. 2013

Galvão M.T.G.; Costa E.; Freitas J.G.; Lima I.C.V.; Pagliuca L.M.F - **Comunicação entre acadêmicos de enfermagem e clientes com AIDS**. Rev. Esc. Enfermagem USP; 45(2):426-32. 2011

Ghiglione, R; Matalon, B. **O inquérito: Teoria e prática**. 4ªEd. Oeiras: Celta Editora. 2001

Gil, A.C. - **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

Goman, C.K. – **A vantagem não-verbal- Segredos e ciência da linguagem corporal no trabalho**. Editora Vozes. Petropolis, 2010

Harwood, T. G.; Garry, T. – **An over view of content analysis. The Marketing Review**. 3, 479-498, 2003

Herbert, M. L; Goyette, G.; Bouti N, G. **Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas**. Instituto Piaget. 3ª edição, 2008

Heidegger, M. - **Ser e Tempo, partes I e II**. Petrópolis, Editora Vozes, 2001.

Hesbeen, W. - **Cuidar no Hospital**. Lisboa: Lusociência, 2000

Hesbeen, W. – **Qualidade em enfermagem: pensamento e ação na perspectiva do cuidar**. Lisboa: Lusociência, 2001

Hicks, C. M. - **Métodos de investigação para terapeutas clínicos**. Lisboa: Lusociência, 2006

Jardim, M. J. - **Programa de desenvolvimento de competências pessoais e sociais: estudo para a promoção do sucesso académico**. Tese de Doutoramento em Ciências da Educação. Aveiro: Departamento de Ciências da Educação da Universidade de Aveiro; 2007

José, H. M. G. - ***Humor nos cuidados de enfermagem: vivências de doentes e enfermeiros*** - Loures: Lusociência, 2002.

Josso, M. C.- ***Experiências de Vida e Formação***. Lisboa: Educa. 2002

Kolcaba, K. - ***A theory of holistic comfort for nursing***. Journal of Advanced Nursing.19.1994.1178-1184.

Kolcaba, K. - ***Comfort theory and practice. A vision for a holistic health care and research***. New York: Springer Publishing Com., 2003.

Kolcaba, K.; Steiner, R. – ***Empirical evidence for the nature of holistic comfort***. Journal of Holistic Nursing. 18: 1. 2000. 46-62

Le Boterf, G.; Meignant, A.- ***Le problème actuel est moins celui de la qualité de la formation que celui de la qualité du processus de production des compétences individuelles et collectives***. In Education permanente nº126. 1996, p71-84

Leininger, M.M. – ***Qualitative research methods in nursing***. Orlando: Grune and Stratton Inc.,.XVIII, 361p. 1985

Leininger, M. M – ***Caring: an essencial human need***. Detroit: Wayne State University Press. 163 p. 1988

Leininger, M. M – ***The caring teacher of nursing, in: care: discovery and uses in clinical and community nursing***. Detroit: Wayne State University Press,.ISBN 0-8143-1997-1, p.169-187. 1988

Leininger, M. M – ***Culture care diversity and universality: a theory of nursing***. New York: National League for Nursing Press. 432p. 1991

Lima, C.; Paixão, F.; Cândido, E.; Campos, C.; Ceolim, F. - **Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente**. Revista Brasileira de Enfermagem, jan-fev; 67(1): 133-40. 2014

Lopes, R.C.C, Azeredo Z.A.S & Rodrigues R.M.C. - **Competências relacionais: necessidades sentidas pelos estudantes de enfermagem**. Rev. Latino-Am. Enfermagem nov.- dez. 2012

Macedo, A. P. - **Os estágios de enfermagem enquanto atividade formativa em contexto hospitalar**. Atas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia Sociedades Contemporâneas: Reflexividade e Ação. Atelier: Educação e Aprendizagens 2004

Manen, Max Van - **Researching Lived Experience: Human Science for an Action Sensitive Pedagogy**. London, The Althouse Press, 1990.

Maggs-Rapport, F. - **Best research practice: in pursuit of methodological rigour**, "Journal of Advanced Nursing", 35, (3), p.373-383. 2001

Marconi, M. A.; Lakatos, E. M. – **Metodologia Científica** - 6ª Ed- Editora: ATLAS. 2011.

Miles, M.; Huberman, M. - **An Expanded Sourcebook: Qualitative Data Analysis**. 2nd.Thousand Oaks: Sage Publications, 1994.

Minayo M.C.S. - **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO; 1993.

Minayo, M.C.S.; Assis, S.G.; Souza, E.R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 244p. 2005

Mestrinho, M. G. – **O choque da realidade dos enfermeiros em início de carreira: estudo de caso**. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da educação Tese de Mestrado em Ciências da Educação 1997

Mercadier, C – ***O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar*** Loures. Lusociência. 2004

Montagu, A. - ***Tocar; o significado humano da pele***. São Paulo: Summos, 1988.

Moscovici, S. – ***Les méthodes des sciences humaines***. Paris (Fr): Editora Presses Universitaires de France; 2003

Nightingale, F. - ***Notas sobre enfermagem: O que é e o que não é***. Loures: Lusociência (1859/2005)

Ogg, C; Paganini, C.- ***Ensino clínico: significado para o acadêmico de enfermagem***. Boletim de Enfermagem; 02;23-35; 2008

Oliveira, E; Romilda, T.; Freire A.; Daniela B. S.; Mussis, C. R. - ***Análise de conteúdo e pesquisa na área da educação***. Revista Diálogo Educacional [On-line], 4 (maio-agosto) 2003

Oliveira, C. S. - ***A Experiência de Confortar a Pessoa Hospitalizada: Uma abordagem fenomenológica***. Revista Pensar Enfermagem Vol. 12 N.º 1, 1º Semestre 2008

Oliveira, E. – ***“Humanização em unidade de terapia intensiva por meio do toque terapêutico”*** Monografia Apresentada para conclusão do curso de Pós-graduação Lato Senso em Cuidados intensivos em Unidade de Terapia Intensiva. UNDERP 2009

Oriá, B.; Moraes, P.; Victor, F. – ***A comunicação como instrumento do enfermeiro para o cuidado emocional do cliente hospitalizado***. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, p. 292-297, 2004

Ordem dos Enfermeiros Portugueses - ***Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos***. Conselho de enfermagem. Lisboa. Divulgar; dezembro 2001

Patton, M. Q. - **Qualitative evaluation and research methods** (2ª ed.). Newbery Park: Sage. 1990

Pereira, L. L. - **Vivenciando a comunicação como descoberta**. Dissertação de Tese apresentada à Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, no âmbito do Doutorado em Enfermagem. São Paulo 1999

Perrenoud, P.; Thurler, M. G. - **As Competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Phaneuf, M. - **Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação**. Loures. Lusociência. 2005

Piaget, Jean. - **Seis Estudos de Psicologia**. RJ, Forense-Universitária, 1999

Pinto, C. B. - **Desenvolvimento do pensamento ético no contexto da formação inicial dos Enfermeiros**. Tese de Doutorado em Didática e Formação. Universidade de Aveiro Departamento de Educação Aveiro. 2011

Pires, A. P. - **O Lugar da Esperança na aprendizagem do cuidado de Enfermagem**. Loures. Lusociência 2006

Polit, D.; Hungler, B. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem 3ªed**. Porto Alegre Artes Médicas1995

Polit, D.; Beck, C.; Hungler, B. - **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª ed. Artmed.,487 p. 2004

Potter, P.; Perry, A. - **Fundamentos de Enfermagem - Conceitos e Procedimentos**. Loures. Lusociência 5º ed. 2006

Pontes, A. C.; Leitão, I. & Ramos, I. C. - **Comunicação terapêutica em enfermagem: instrumento essencial do cuidado**. Revista brasileira de enfermagem, Brasília, maio-junho: 61(3): 312-8. 2008

Queirós, A. A.; Silva, L. C. & Santos, E. M. - **Educação em Enfermagem**. Coimbra.: Quarteto 2000

Queirós, A. A.; Meireles, M. A. & Cunha, S. R. – **Investigar par compreender** Loures. Lusociência. 2007

Quivy, R.; Campenhoudt, L - **Manual de investigação em ciências sociais**. (5ª ed.). Lisboa: Gradiva. 2008.

Rabiais, Isabel Cristina Mascarenhas - **Processos de aprendizagem de cuidar dos estudantes de enfermagem**. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde para obtenção do grau de doutor em Enfermagem 2013

Ramos, A.P. – **A comunicação não-verbal na área da saúde**. Revista CEFAC. Jan-Fev;14(1):164-170. 2012

Raposo, M. L. — **A interação no cuidar em enfermagem: um estudo com alunos em aprendizagem clínica**. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Tese de Mestrado 1996

Ray, M. A. - **The richness of phenomenology: philosophy, theoretic and methodologic concerns**. In Morse, J. M. (Ed.), Critical issues in qualitative research methods (pp.117-133). Thousand Oaks: Sage. 1994

Riley, J. - **Comunicação em enfermagem**. Loures. Lusociência. 2004

Ricoeur, P.- **Teoria da Interpretação**. Porto, Porto Editora, 1995.

Roach, S. - **Caring the human mode of being. A blueprint for the health professions**. Ottawa, Orlando: Canadian Hospital Association Press. 2002

Rispail, D. - ***Conhecer-se melhor para melhor cuidar: uma abordagem do desenvolvimento pessoal em cuidados de enfermagem***. Loures: Lusociência 2003.

Riopelle, L.; Grondin, L.; Phaneuf M. - ***Cuidados de enfermería. Un processo centrado en las necesidades de la persona***. Madrid: McGraw-Hill-Interamericana.1993.

Reis, F. F.; Rodrigues, V. M. C. P.- ***A axiologia dos valores e a sua comunicação no ensino de enfermagem***. Climepsi Editores. Lisboa 2002 ISBN 972-796-040-5

Rodrigues, A.; Nascimento, C.; Antunes, L.; Mestrinho, M. G. & Serra, M. - ***Processos de formação na e para a prática de cuidados*** Loures. Lusociência. 2006

Rua, M. - ***De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico***. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde. Aveiro: Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro; 2009.

Salgueiro, A. J. M. - ***Expectativas dos estudantes do Ensino Superior de Enfermagem***. Lisboa: Universitária Editora 2001

Santiago, Maria Dulce dos Santos - ***Vivência afetiva em enfermagem***. Tese apresentada à Universidade Católica Portuguesa Instituto de Ciências da Saúde para obtenção do grau de doutor em Enfermagem. Agosto, 2013

Santos, E. - ***A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem***. Tese de Doutoramento em Ciências da Saúde. Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro; 2009.

Santos, A. I. R.; Pessoa, T. - ***Aprender a comunicar em enfermagem*** Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho, 2009 ISBN- 978-972-8746-71-1

Sequeira, Bernardete - ***Aprendizagem Organizacional e a Gestão do Conhecimento: uma abordagem multidisciplinar*** in VI Congresso Português DE Sociologia. Universidade Nova de Lisboa FCSH. 2008

Serra, J. P. - ***Manual de Teoria da Comunicação***. Livros Labcom Covilhã 2007 ISBN 978-972-8790-87-5

Serra, M. - ***Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem***. Sísifo. Revista de Ciências da Educação, 05, pp. 69-80. 2008

Silva, M. J. P. - ***O toque e a distancia interpessoal entre enfermeiros e pacientes*** Revista da Escola de Enfermagem USP dez 25(3) 309-318 1991

Silva, M. J. P. – ***Percebendo o ser humano além da doença: o não-verbal detetado pelo enfermeiro***. Nursing, Barueri v.4, n.41, p.14-20. outubro 2001

Silva, M. J. P. - ***Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde***. 8ª ed. São Paulo: Loyola. 2003

Silva, L.W.S; Francocioni, F.F.; Sena, E.L.S; Telma, E. C.; Randunz, V. - ***O cuidado na perspectiva de Leonard Boff, uma personalidade a ser (re)descoberta na enfermagem*** Revista Brasileira de enfermagem jul-ago,58(4) 471.5. 2005

Silva, I. M. G.; Brasil, V. V.& Guimarães, H.C.Q.C.P.; - ***Comunicação não-verbal: reflexões acerca da linguagem corporal***. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 8, n. 4, p. 52-58, ago. 2000

Simões, M; Rodrigues, M. & Salgueiro, N. - ***O significado da filosofia da humanidade, no contexto dos cuidados de enfermagem à pessoa dependente e vulnerável*** Revista Referência II serie – nº 7, out. 2008

Simões, J. F.; Alarcão, I. & Costa, N. - ***Supervisão em Ensino clínico: a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes***. Revista Referência II serie-nº6-jun. pp.91-108 2008

Simões, J. F., Belo, A. P., Fonseca, M. J., Alarcão, I., & Costa, N. - Supervisão **em Ensino Clínico de Enfermagem: Três Olhares Cruzados**. *Revista Investigação em Enfermagem*, 14, 3 -15. 2006.

Simões, J. & Garrido, A.- **Finalidades das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem**. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2007 Out-Dez; 16(4): 599-608. 2007

Skinner, B. F. - **Ciência e Comportamento Humano**. SP, Martins Fontes, 1994

Stefanelli, M. C.; Carvalho E. - **A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem**.: Editora Manole, São Paulo 2005.

Stockhausen, L., J.; Sturt, C.- **Learning to become a nurse: Students" reflections on their clinical experiences**. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 22(3), 8. 2005

Streubert, H.; Carpenter, D. – **Investigação qualitativa em enfermagem – Avançando o imperativo humanista**. Loures: Lusociência.,406 p. 2002

Tabet, Karla; et all. - **O uso do toque como fator de humanização da assistência de enfermagem em UTI**, 8º Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem. Ribeirão Preto 2002

Tavares, J.; Alarcão, I. - **Psicologia do desenvolvimento e da aprendizagem**. Coimbra: Almedina. (Mediateca) 2005

Terra, M. et al. – **Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em Enfermagem**. *Texto & Contexto Enfermagem*: Florianópolis. Vol. 15, n.º 4 (out.- dez.), p. 672-678 2006

Turato, E.R. - **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

Vala, J. - A **Análise de Conteúdo**. In Silva, A.; Pinto, J. M. (org). **Metodologia das ciências sociais**. 12ª Edição. Porto Edição Afrontamento. pp. 101-126. 2003.

Vieira, M. - **Ser Enfermeiro. Da Compaixão à Proficiência**. Lisboa: Universidade Católica Editora 2008

Vieira, M. - **O respeito nos cuidados de enfermagem**. Revista Servir. Lisboa, março-abril Vol. 56 (2), p.1-2 2008 (ISSN: 0871-2379; NLM ID:8601748

Vigotsky, L. - **Teoria e método em psicologia**. SP, Martins Fontes, 2004

Waldow, Vera R. - **Examinando o conhecimento na enfermagem**. In MEYER et al. *Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea*. Porto Alegre: Artmed. 1998

Waldow, V. R.- **Atualização de cuidar**. Aquichan Ano 8 – vol. 8 N°1 – Chía, Colômbia, abril 2008. 85-95 ISSN1657-5997

Waldow, V. R. - **Reflexões sobre educação em enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado**. Revista Mundo da Saúde. 33(2): 182-188. S. Paulo. 2009.

Watson J. - **Nursing: the philosophy and science of caring**. 2ª ed. Boulder, Colorado (USA): Associated University Press;. 221p 1985

Watson, J. – **Nursing: human science and human care – a theory of nursing**. New York: National League for Nursing. 111p. 1988

Watson, J. – **Enfermagem: Ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002a. 182p. ISBN 972-8383-33-9

Watson, J. – **Enfermagem pós-moderna e futura: um novo paradigma da enfermagem**. Loures: Lusociência, 2002b. 182p. ISBN 972-8383-37-1

## **ANEXOS**

# **ANEXO 1**

Análise Categorical

## Análise Categorial das informações recolhidas através das entrevistas

### TEMA - Experiências dos estudantes de enfermagem durante o Ensino clínico

CATEGORIAS	Subcategorias	UNIDADES DE CONTEXTO
Experiências relacionais positivas	Satisfação ao toque afetivo	<p><i>Nervosa, não sabia se queria tocar ou não, estava assim um bocado, de pé atrás, mas foi bom e correu bem E 1º 1</i></p> <p><i>(...) uma das minhas primeiras doentes, que eu toda a hora lhe dava beijinhos, adorei, chegava ao pé dela e dava-lhe beijinhos, mesmo quando não era minha doente, eu ia lá falava com ela dava-lhe os bons dias, despedia-me dela (...) E1º 2</i></p> <p><i>(..) sempre me senti bem, nunca me fez nada impressão, tocar doentes, nós quando chegamos ao hospital é que sabemos como tudo é. (...). O cuidar através do toque faz com que eu me sinta bem, por estar a fazer o trabalho que estou a fazer, porque estou a ajudar os outros, para mim é bom e para a pessoa então é melhor ainda (...), quando fui ao Bloco Operatório, até estive de mão dada com a senhora durante a operação, porque ela estava um bocadinho nervosa E1º 3</i></p> <p><i>(...)eu adoro massajar, sinto que estou a dar conforto à pessoa, estava a dar prazer à pessoa porque se eu estivesse do outro lado também gostava, portanto foi ótimo estar a dar prazer, senti uma grande alegria poder estar a dar prazer à pessoa, eu vejo que as enfermeiras não têm tempo para isso e nós ao estarmos ali, é uma felicidade enorme, não é mima-las mas estamos a tratá-las de outra maneira, temos tempo para elas, temos outros cuidados e é ótimo estar ali a massajar(...), a</i></p>

<p>Experiências relacionais positivas</p>	<p>Satisfação ao toque afetivo</p>	<p><i>felicidade de estarem a sentir o toque das mãos ali, saber que a nossa ajuda faz bem à pessoa, aquela companhia, aquele toque, é ótimo (...). E1º 14</i></p> <p><i>(...) eu gosto, eu gosto de estar sempre a mexer, de fazer assim... não é bem fazer festinhas, é mais ou menos de estar a falar com elas e fazer assim uma festinha no braço, para elas se sentirem assim com mais conforto (...) E1º 19</i></p> <p><i>Tocava na mão, dava a mão, tocava no ombro no braço, principalmente naqueles doentes que contavam a história de vida e depois começavam a chorar porque não tinham ninguém, tocava para a pessoa sentir que não estava sozinha. E1º 21</i></p> <p><i>Tocava tantas vezes nas mãos para falar e um toquezinho de apoio no ombro “ah não fique assim, vai correr tudo bem”. Chegava de manhã, pegava na mão, no braço para avaliar a tensão arterial, dava a mão muitas vezes, (...) tocava sem problema nenhum, chegava junto dos doentes, dava a mão, gostei, valeu muito apena. E 1º 22</i></p> <p><i>O facto de eu ter vindo para enfermagem, foi muito por essa parte, do comunicar, das relações interpessoais, do puder ajudar, do puder ouvir, do estar ali, muito mais do que da outra parte, gosto bastante de saber que estou ali e faço a diferença, mesmo quando têm família, a maior parte do tempo estão ali sozinhos e já estão a passar por uma situação complicada, o facto de chegarmos e perguntarmos se está tudo bem, dizer como passou a noite, apertar a mão, mostrar disponibilidade, já mostram um sorriso por parte deles, nós sentimos que saímos de lá e fizemos tudo. E2º6</i></p> <p><i>Para mim tocar, é poder dizer tudo aquilo que não consigo dizer por palavras, porque muitas vezes, nós próprios ficamos constrangidos com alguma situação, o tocar, o dar um carinho, é tudo aquilo que eu não consigo dizer... que não consigo achar palavras para dizer naquela altura. E 2º 7</i></p>
---	------------------------------------	---

		<p><i>(...) sinto-me muito bem, eu gosto, eu pessoalmente acho que é importante, eu sempre gostei muito do contacto físico, do toque numa mão ou no ombro acho que é importante, porque as palavras podem dizer muita coisa, mas eu acho que há aqui tudo, a forma como nós tocamos no doente, transmitimos às vezes mais do que com as próprias palavras. E 2º 10</i></p>
<p>Experiências relacionais positivas</p>	<p>Satisfação no toque instrumental de forma afetiva</p>	<p><i>(...) ao longo do estagio fomos nos adaptando à situação do doente, tínhamos quase sempre os mesmos doentes, ao longo de quase todo o estagio, então já conseguíamos conhecer o doente a fundo, sabíamos o que gostavam o que não gostavam. E 1º 5</i></p> <p><i>O primeiro estagio foi uma boa experiência, começamos a aplicar todas as técnicas que aprendemos, tivemos que estabelecer uma relação com o doente, para podermos prestar bons cuidados, (...) consegui estabelecer uma relação a esse ponto dar algum carinho ao doente tentar acalmá-lo se fosse uma situação de maior stress. E1º 10</i></p> <p><i>Senti-me bem porque estou a ajudar as pessoas que necessitam, estão dependentes e precisam de ajuda para fazer os cuidados de higiene, senti-me bem, estava a ajuda-las (...). Quando pego na mão dos doentes é bom porque eles sentem-se bem, (...). E1º 15</i></p>

Experiências relacionais positivas	Estabelecimento de relação afetiva com o doente	<p><i>(...) apeguei-me muito a uma senhora que era muito querida, muito carente, (...) ela esteve muito tempo internada e eu estive com ela mais de uma semana, entretanto teve alta e eu peguei-me muito a essa senhora ela só queria era beijinhos e miminhos (...). Depois até os doentes dependentes que não falavam, mas afeiçoei-me mais a eles do que... sei lá eu achava que era diferente, eu achava que não ia ser tão emotiva, (...), não me ia ligar tanto aos doentes como me liguei. E 1º 4</i></p> <p><i>Não estava á espera de sentir afeto pelas doentes, mas senti, elas precisam de cuidados e precisam de carinho, está ali sozinha, gostei muito de uma doente muito acessível, colaborava em tudo e claro, uma velhinha toda bonitinha, era impossível não gostar. E1º16</i></p>
	Satisfação face à reação positiva do doente	<p><i>(...) numa situação em que acompanhei um doente a um exame, eu estive em contacto com ele, e ele agradeceu-me, sei lá, apesar dos meus medos eu falava, falava mais, aliviava a situação e era para o doente um alívio, não era uma anestesia, mas era quase como se fosse e no final o doente agradeceu-me por ter estado ali com ele, foi muito gratificante... “obrigado por ter estado comigo, distraiu-me e eu nem senti o que é que estavam a fazer”. Nestas situações este tipo de comunicação é muito importante para acalmar o doente, eu dava a mão, para puderm mesmo às vezes chorar e isso... no estágio havia os doentes que diziam mesmo “dê-me a sua mão”, eu acho que é muito importante para nós e para o doente. E 1º 12</i></p> <p><i>Dar a mão às doentes foi fantástico, puder ajudar em alguma coisa, isso é ótimo (...). Quando fui com uma doente fazer um exame, eu senti que estava muito nervosa e ao pegar-lhe na mão senti que fazia menos resistência que ficou mais calma e sorria e foi muito bom, senti mais confiança, senti-se mais à vontade, por eu estar a pegar na sua mão, eu senti-me bem,</i></p>

<p>Experiências relacionais positivas</p>	<p>Satisfação face à reação positiva do doente</p>	<p><i>eu gosto disso, de pôr as pessoas assim bem e confiantes, é esse o objetivo, sentir certa confiança, para as pessoas estarem mais à vontade (...) E1º 16</i></p> <p><i>Quando os doentes seguram a nossa mão, assim com força, eu acho que demonstra que têm confiança em nós, quando dou a mão a um doente sinto-me... sinto-me não sei se realizada seria a palavra mais adequada, mas sinto-me bem, sinto que estou a fazer progressos sinto que, está ali alguém que confia em mim, pelo que eu faço, é muito bom, é gratificante. (...) E1º 17</i></p> <p><i>Tocar foi algo que se fez muito neste estágio, quando se fazia alguma técnica dolorosa dávamos a mão e dizíamos se doer aperte aqui que vai passar, uma situação que me tocou muito foi uma senhora que estava prostrada e era muito sensível ao toque, quando nós tocávamos, ela correspondia muito, para nós é muito gratificante porque sentimos que estamos a transmitir bem-estar ao outro, assim é muito gratificante. E 1º 20</i></p> <p><i>Como se tratava de pessoas mais idosas, acho que tinham mais carência, precisavam mais de contacto, não estavam abandonadas, mas não eram tão visitadas pelos familiares (...) estavam muito recetivas, nós tocávamos muito nelas e sentia-me bem, elas também me tocavam muito nas mãos, manifestavam carinho por todos nós. E1º 21</i></p> <p><i>(...) foi muito importante porque os doentes no serviço onde eu estive são muito carentes, muito carentes mesmo e precisavam de alguém, não só para lhes fazerem os cuidados de saúde de enfermagem, mas sim para os apoiar e o toque é algo para os apoiar, encoraja-los, (...) eu sinto-me bem é depois com o feedback da pessoa, aquele sorriso de sentir o toque, de confiar nessa pessoa, o toque (...) não é por obrigação é por gosto, é porque me sinto bem, (...). E 1º 24</i></p> <p><i>(...) eu acho que as pessoas sentem tudo, mesmo estando nesse estado, mas eu continuo a tocá-la sem problema nenhum, continuo a achar que o toque é muito importante, sinto que as pessoas se sentem bem, muito bem, eu sinto-me bem. Valeu</i></p>
---	--	---

<p>Experiências relacionais positivas</p>	<p>Satisfação face à reação positiva do doente</p>	<p><i>muito apena este mês a tocar nas pessoas, depois desta etapa superada, as outras já estão superadas, este estágio é muito importante, muito. E1º 24</i></p> <p><i>É muito gratificante, porque nós sentimos que valeu a pena o esforço, e é muito gratificante, quando temos um doente que, parece que nunca se consegue estabelecer uma relação, que tudo o que nós fazemos está mal, mas que no final, ele agarra-nos na mão e agradece-me por tudo o que lhe tinha feito, também é gratificante, (...)” E2º</i></p> <p><i>É bom haver feedback do doente quando há aquela ligação, há aqueles doentes que nós não temos uma ligação tão empática, como outros doentes que acabam por simpatizar mais connosco, e nós se calhar também temos mais facilidade, se calhar também conseguimos chegar a eles mais facilmente, depois vêm-me sempre agradecer, “obrigado por tudo” e quando têm alta, fazem questão de se vir despedir de mim, e isso é muito gratificante. E2º6</i></p> <p><i>Sinto que estou a fazer uma diferença, especialmente quando o doente está... por exemplo, aconteceu-me neste estágio, o doente estava muito aflito e eu dei-lhe a mão e senti que me apertava com força, senti que estava a fazer a diferença naquele momento, e acho que foi bastante importante. É uma sensação de realização, acho que o doente pelo menos se sente mais reconfortado, mesmo que esteja mais aflito, consegue acalmar-se respirar fundo, acho que consegue controlar um bocadinho melhor a sua ansiedade, e acho que se sente bastante melhor. E2º8</i></p> <p><i>(...) neste 2º ano, senti muito isso, senti que me valorizavam e isso é gratificante e é bom, eu no lugar deles também gostava que me fizessem a mesma coisa. E2º9</i></p> <p><i>Tive uma doente nestas ultimas semanas, que tive a oportunidade de ficar três dias com ela, apesar de ter sido só três dias, mas o tocar fazia com que ela abrisse os olhos, ela só estava reativa a estímulos dolorosos, mas ao toque e eu falar, abria os</i></p>
---	--	---

<p>Experiências relacionais positivas</p>	<p>Confirmação da vocação profissional</p>	<p><i>olhos e isso é muito estimulante, é gratificante porque eu acho que o meu toque foi verdadeiro e sentido, (...) eu tocava-lhe e ela abria os olhos, era muito bom. E 2º 11</i></p> <p><i>Vou ser sincera o primeiro estagio foi mesmo assim um bocadinho... como é que hei-de dizer... para ver se era aquilo que eu queria ou não, eu sabia que queria vir para enfermagem... mas só quando a gente chega ao hospital é que se vê o que vai lá dentro, e nas primeiras semanas eu ainda andei assim um pouco abanada...mas depois gostei, gostei bastante, E1º 7</i></p> <p><i>(...) fomos “atacados” por este estágio logo no primeiro ano, acho que foi um ponto assente porque, mal-acabamos de aprender as teóricas podemos logo pôr em prática o que aprendemos, o que é muito bom e de certa forma acho que teve resultados muito positivos e ainda bem que tivemos esta oportunidade porque, de facto se realizássemos o estagio mais tarde, de facto não teria resultados tão positivos (...) E1º11</i></p> <p><i>Em primeiro lugar um primeiro estágio é muito importante num aspeto, serve-nos para nos orientar se é mesmo isto que nós queremos, se chegássemos ao 2º ou 3º ano e não tivéssemos contacto com os doentes, sem saber se é mesmo isso que nós queremos, acaba por ser frustrante nessa altura, acho que o facto de haver estágios logo no 1º ano é muito importante (...). E 1º8</i></p> <p><i>É muito importante começar no primeiro ano a prática de enfermagem porque o 1º ano é o ano das dúvidas, das incertezas, será que fiz uma boa escolha? É muito importante ter o primeiro contacto físico/pratica logo no 1º ano. Quando vimos para cá não temos a mínima noção de como os enfermeiros trabalham, não tinha noção de nada, e foi bom, foi muito bom ter o 1º contacto físico na prática logo no 1º ano. E1º 4</i></p>
---	--	---

		<p><i>Eu sinto-me muito feliz, muito feliz, de ter escolhido este curso, (...) E 2º 7</i></p>
<p>Experiências relacionais negativas</p>	<p>Incapacidade de o estudante lidar com algumas atitudes do doente</p>	<p><i>Houve um doente uma vez que me tentou bater e foi complicado, eu comecei a afastar-me um bocadinho mais, a criar barreiras (...). O Sr. tentou mesmo bater-me...foi um bocadinho complicado, eu fiquei um bocadinho revoltada (...) é claro que não é tudo fácil... aquilo revoltou-me porque tinha sido o primeiro doente que tinha demonstrado alguma renitência em relação a mim e aquilo foi... nós estamos a tratar deles e depois temos essa resposta (...). E1º2</i></p> <p><i>(...) um senhor que nos agarrava, apalpava-nos, eu sabia que ele não fazia de propósito, ele estava acamado, era daqueles que não falava, quase não reagia, eu sabia que ele não estava a fazer com intenção, mas foi assim a situação mais... mais constrangedora. E 1º 6</i></p> <p><i>Algumas doentes eram mais complicadas, eu tentei falar com elas, respondiam-nos um bocado mal, no banho faziam muita força, não nos deixavam..., (...). Sentia-me um bocado mal porque, não sei, eu estava a dar o meu melhor e a doente recusava, sentia-me mal (...), nós estamos um bocado apreensivos, não temos aquele à vontade então esperava que a outra pessoa fosse recetiva (...) E 1º 21</i></p>

<p>Experiências relacionais negativas</p>	<p>Incapacidade de o estudante lidar com doentes em situação clínica grave</p>	<p><i>A medicina custou-me muito porque, apanha-se tudo, todo o tipo de doenças, apanha-se pessoas já em fase terminal...apanha-se tudo, foi a parte que me custou mais, ali as pessoas se calhar já não saem do hospital, ou vão para um lar. E1º7</i></p> <p><i>Os doentes não falavam... não reagiam muitos deles, e eu não comunicava, ficava lá ao pé deles, às vezes ficava lá a fazer os registos, ao pé deles mas não falava, se calhar eles nem sabiam que eu estava ali... se calhar, eu falava mas eles não ouviam... mesmo quando lhes pegavam na mão, não reagiam nada (...), quando eles não falavam, sentia-me mal, sentia-me triste... pois não tinham noção do que fazíamos por eles, nestes doentes como não temos resposta às vezes afastamo-nos mais um bocadinho. E1º7</i></p>
<p>Experiências de cuidar singulares</p>	<p>O primeiro contacto com o doente</p>	<p><i>A primeira vez senti-me fora do meu aquário, não sei, tocar alguém que não conheço que não tenho uma relação (...). E1º1</i></p> <p><i>A primeira vez, foi assim, fiquei um bocado sem saber o que fazer, não sabia se tinha liberdade para tocar nos doentes. E1º3</i></p> <p><i>No início estranhei, não é... se calhar é normal, primeiro porque foi a primeira vez, a experiencia, a primeira vez (...). E1º16</i></p> <p><i>No primeiro dia senti-me um pouco desorientada, não sabia bem como havia de chegar ao doente, como havia de falar com o doente como é que havia de abordar o doente, mas depois acho que as coisas foram fluindo, (...). E1º17</i></p> <p><i>Inicialmente foi muito, muito tocante, o primeiro contacto com o doente, eu não sabia bem o que fazer foi uma experiencia completamente diferente, só depois de começar a interagir com eles é que começamos a ver mesmo a realidade, que não era nada como tinha sido ao longo das aulas (...). E1º23</i></p>

<p>Experiências de cuidar singulares</p>	<p>Circunstâncias novas geradoras de ansiedade e nervosismo</p>	<p><i>Foi uma experiencia diferente... eu nunca tinha dado um banho na cama... pronto... nunca tinha estado num meio hospitalar...foi...foi uma experiencia...não sei. E1º 5</i></p> <p><i>Primeiro são os nervos, mas depois temos que pôr para traz esses nervos e pensar que temos que falar com aquela pessoa e tentar que ela tenha um sorriso na cara, eu acho que é isso que nos faz mudar..., a partir da primeira semana foi tudo mais fácil. E1º 10</i></p> <p><i>Muita ansiedade, muito nervosismo porque realmente era a primeira vez que íamos trabalhar no hospital, eu pessoalmente nunca tinha estado muito dentro de um hospital e era uma novidade, mas de facto não demorou muito até conseguir ambientar-me, ao ambiente que há dentro do hospital e correu tudo muito bem E1º 11</i></p> <p><i>Estava muito receosa, eu não sabia o que fazer, vou dar a mão e depois a pessoa pode não querer, (...) mas depois com o passar dos dias isso passou, no primeiro toque pensei, será que faço isto, será que não toco neste sitio, foi complicado (...) E1º14</i></p> <p><i>Mais o nervosismo, não saber bem o que fazer, como lidar com a situação, como entrar em comunicação com o doente, o primeiro impacto, (...) ao inicio estava com muito receio em tocar na pessoa, e dizia “se eu estou a magoar em alguma coisa” quase que nem tocava com receio, ou que a pessoa não aceitasse, (...), com medo da reação por parte do doente (...). E1º 23</i></p>
--	---	---

<p>Experiências de cuidar singulares</p>	<p>Medo perante situações desconhecidas</p>	<p><i>Era um dos grandes medos, não só meu, não era a parte dos procedimentos, não era isso que me assustava, era mesmo; como é que eu vou abordar a pessoa o que é que eu vou dizer, será que o que vou dizer está correto... E1º 8</i></p> <p><i>Não foi dificuldade, acho que foi só mesmo o medo, porque a partir do 2º dia desapareceu, as pessoas são sempre muito queridas para nós, gostam muito de nós alunas de enfermagem, também temos mais tempo que os outros enfermeiros, acabamos por dar muito mais atenção, eu nunca senti nenhuma dificuldade em abordar os doentes, era mesmo medo inicial como era o desconhecido, o medo de iniciar a conversa, mas depois de a gente perguntar à pessoa como se chama, como é que se sente, se dormiu bem, começa a haver mais uma empatia depois já é mais fácil iniciar a conversa. E1º8</i></p> <p><i>(...) o meu primeiro doente era um senhor que estava afásico e eu estava cheia de medo, ele tinha tido um AVC, foi a primeira vez que estava em contacto com pessoas com AVC, (...) E1º 13</i></p> <p><i>Ao início foi um bocadinho estranho, porque eu nunca tinha feito...nunca tinha estado com nenhum doente (...) como não conheço as pessoas... tenho algum receio (...), tinha algum medo da reação delas quando lhes fosse tocar, não sei se estou a magoar se estou a fazer bem, essas coisas, (...) E1º 15</i></p> <p><i>(...) vinha com uma ideia, com medo, um bocado ansiosa até escrevi nas reflexões, com medo da reação de não nos aceitarem bem, tanto as doentes como os enfermeiros do serviço, mas acho que até excedeu muito das expectativas que a gente criou para este serviço, vinha com um bocado de receio de fazer asneiras, muitas asneiras (...) E1º19</i></p>
--	---	--

<p>Experiências de cuidar e aprendizagem</p>	<p>Ultrapassar o medo e ansiedade</p>	<p>(...) às vezes era forçado aquela relação de ajuda no 1º ano, agora já não é, agora já é tudo espontâneo, já é tudo naturalmente, já não há medo de abordar o doente, já não há medo de chegar ao pé dele, de entrar no quarto, é diferente (...)</p> <p>acho que tinha um bocado de receio do toque, pareciam muito frágeis, para já estava num ambiente em que eram mais pessoas idosas e parecia que era tudo muito frágil, era tudo muito delicado. (...) no 1º ano eu tinha medo, quase, de tocar um doente, com medo de invadir o espaço dele. (...) este ano foi muito melhor, não ia tão assustada, não ia com tanto medo, sentia-me mais à vontade (...), foi tudo muito mais fácil e acho que é o evoluir (...). <b>E 2º 1</b></p> <p>(...) no 1º ano fazíamos tudo muito a medo, havia sempre aquele receio (...) no 2º ano já somos “praticamente enfermeiros”, é uma experiencia completamente diferente, tanto que até as pessoas têm muito mais confiança em nós, (...). Acho que eles tinham um pouco de receio da minha inexperiência, neste momento já não sinto tanto isso, acho que eles sentem que eu tenho mais confiança, tenho experiência. Acho que quando eu lhes toco (...), agora no 2º ano, já sentem que podem confiar completamente em mim, que eu estou ali para os ajudar. <b>E 2º 8</b></p> <p>No 1º ano no início tinha muita vergonha, (...). Houve diferença do 1º ano, para o 2º porque, antes era um bocado a medo porque, eu tinha receio que as pessoas não me levassem a serio por eu ser aluna, mas não, sempre tive uma empatia enorme com as pessoas e as pessoas comigo, sem problemas, fiz sempre o meu trabalho de maneira que as pessoas confiassem em mim <b>E 2º 9</b></p> <p>(...), eu acho que no primeiro ano temos muito medo de tocar, “será que eu estou a tocar corretamente? Será que eu posso dar mais a mão”, no 2º ano nós temos mais aquela percepção de tocar adequadamente (...), mas principalmente neste 2º ano, os doentes que estavam prostrados, eu tocar, eu falar, permite que eles tenham mais estímulo por terem alguém ali preocupado com eles, parece que senti uma grande evolução e é muito bom tocar, falando para os doentes (...). <b>E 2º 11</b></p>
--	---------------------------------------	---

<p>Experiências de cuidar e aprendizagem</p>	<p>Adquirir competências relacionais</p>	<p>(...), no 2º ano já temos muito mais à vontade, já não temos medo, no 1º ano eu tinha medo, quase, de tocar um doente, com medo de invadir o espaço dele, agora no 2º ano, já não tenho esse receio, já tenho outra maturidade e outro tipo de relação com os doentes, sei melhor como é que hei-de chegar ao doente. No 1º ano éramos pequeninos, não tínhamos essa experiência de tocar, (...) com pessoas desconhecidas e frágeis, num momento frágil, nunca tínhamos tido esse contacto. Agora é mais fácil, já sai espontaneamente (...)" E2º12</p> <p>Ao princípio foi um bocadinho complicado, (...) não gosto muito de abraços, de beijinhos, quando nas aulas na teoria, diziam que tínhamos que tocar o doente, fiquei assim um bocadinho de pé atrás, no primeiro e segundo estágio também, agora neste 3º já foi... já é uma coisa natural, já chegava ao pé do doente e pegava na mão, e mesmo na cara, as vezes dava assim uma festinha, não muito..., mas já foi melhor do que nos dois primeiros estágios E2º 2</p> <p>(...) estou a gostar mais agora no 2º ano, sinto uma maior independência, estou mais à vontade com os doentes, porque no 1º ano nós éramos muito inexperientes na área, (...) agora sinto que já sei lidar melhor com os doentes e já estou mais à vontade para conversar com os doentes, e já temos mais autonomia para tudo. E 2º 5</p> <p>Acho que se calhar no 1º ano, era mais por ser incutido na escola era mais... saber que chegava ao pé do doente, e apertava-lhe a mão, mas agora já faço isso de forma mais natural, acho que acaba por estar na nossa conduta, acho que ficou interiorizado. E2º6</p> <p>(...) é diferente o nosso à vontade, estamos mais enquadrados no próprio meio hospitalar e nas situações que vivenciamos, se calhar a experiência que adquirimos no 1º ano dá-nos se calhar um bocadinho mais de estaleca, para conseguimos chegar ao pé do doente e comunicar de uma forma, se calhar diferente, utilizar uma verbalização também diferente e saber avaliar o à vontade para o realizar, ou não, mas sem duvida nenhuma que vai acontecendo ao longo dos estágios, como é de esperarE2º10</p>
--	--	---

<p>Experiências de cuidar e aprendizagem</p>	<p>Colocar em prática os conhecimentos adquiridos</p>	<p><i>(...) vai sendo uma segunda aprendizagem do 1ºano, em que as coisas se desenvolvem muito mais facilmente, em que o contacto com o doente é muito mais fácil, e parece que é tudo uma evolução que nós sentimos, a nível de conhecimentos, tudo se complementa, o que tínhamos mais duvidas no 1º ano complementa-se no 2º, (...) o que no 1º ano era uma loucura, os cuidados e a terapêutica, eu acho que no 2º ano a minha maior evolução foi, ver o doente em todas as suas vertentes, não só apenas nas afetadas, mas em todas as outras e planear cuidados(...) e é essa a grande evolução que eu noto. E2º 7</i></p> <p><i>Eu neste estágio consegui perceber, consegui perceber bastante melhor que, o tocar é fundamental, (...) e nós temos muito esse papel, não só o cuidar, mas também, valorizar a sua autoestima e no tocar é completamente diferente (...) se nós estivermos lá, se nós dermos a mão no momento certo, deixarmos a pessoa falar (...), eu neste estágio consegui perceber isso, o que no 1º eu não percebia, no 1º nós tentamos dar tudo, dar todo o carinho tentamos dar muita, muita atenção, mas às vezes não é só de ouvirmos que eles precisam.E2º7</i></p> <p><i>Foi diferente, a perspetiva é outra, já olhamos o doente de uma maneira diferente, até porque já temos outros conhecimentos, (...) antes tínhamos muito... aquele receio, de fazer certas coisas sem o professor ver, no 2º ano já é diferente, nós tivemos muita teoria acerca de patologias já levávamos o conhecimento teórico e aperfeiçoamos o prático e pronto, é espetacular, eu gostei muito. E 2º 9</i></p> <p><i>(...) de um estagio para o outro, senti diferença, porque já vejo as pessoas de maneira diferente (...), agora já é como um todo, a teoria que coloco na pratica, já planear os cuidados é de maneira diferente, já se planeia ao doente todo e não só aquela parte em que estaríamos a planear, essa foi a diferença, maior. E 2º 9</i></p>
--	---	---

**TEMA - Dificuldades na comunicação, vivenciadas pelos estudantes de enfermagem com o doente durante o Ensino clínico.**

Categories	Subcategories	Unidades de Contexto
O impacto das situações singulares	Estabelecer a primeira comunicação verbal com o doente	<p><i>Ao princípio senti alguma dificuldade, fiquei um bocado envergonhada, tinha pouco à vontade com os doentes, mas a diferença foi que no final falava com as pessoas que não conhecia muito mais à vontade, (...) E 1º 9</i></p> <p><i>Ao princípio senti alguma dificuldade foi mesmo na comunicação, mesmo eu que tenho algum à vontade com os doentes, de antes, porque sou bombeiro de ambulâncias, só que ali é completamente diferente E 1º 10</i></p> <p><i>Foi difícil o primeiro impacto com a pessoa, eu sou uma pessoa tímida e reservada, foi difícil, (...) E1º14</i></p> <p><i>A primeira abordagem foi complicada, o primeiro dia, sentia-me perdida, depois da distribuição dos doentes pus-me á porta do quarto e disse e agora..., como é que faço... como é que isto é, o que é que faço, E1º 18</i></p> <p><i>O que tenho mais dificuldade é o primeiro dia que estou com a doente, a primeira vez, o que hei de dizer, começo, (...) apresento-me (...) mas mesmo assim ainda tenho um bocado de dificuldade, no primeiro contacto, na primeira comunicação com o doente, ainda agora ao fim destas semanas, ainda tenho um bocadinho de dificuldade nisso, ainda sinto, quando o professor distribui os doentes ainda penso e agora o que é que vou dizer. E1º 18</i></p>

<p>O impacto das situações singulares</p>	<p>Estabelecer a relação através do toque</p>	<p><i>Ao tocar sem as luvas, ao princípio tive um bocadinho de dificuldade, (...) porque não conhecia o doente (...) E 1º 15</i></p> <p><i>Foi mais difícil, foi mesmo o tocar, estarmos a tocar numa pessoa que não conhecia, que nunca tinha visto, e como é que a doente ia reagir. (...). No primeiro contato não sabia como havia de fazer, não sabia como havia de tocar, foi muito complicado o primeiro contato, porque nunca tinha tido essa experiência (...) E 1º 18</i></p> <p><i>Foi mais difícil, foi mesmo o tocar, estarmos a tocar numa pessoa que não conhecia, que nunca tinha visto, e como é que a doente ia reagir. Foi difícil porque nunca tinha tido contacto, nunca tinha estado num hospital, nunca tinha tido contacto com doentes e o que se dá teoria é muito bonito, muito bonito, mas depois na prática as coisas complicam-se, (...) senti-me um bocadinho perdida, no início E1º 18</i></p> <p><i>(...) nos cuidados ao inicio também me custava um bocadinho, mas... era estranho nunca tinha, por exemplo em termos dos cuidados de higiene, nunca tinha dado assim os cuidados a alguém (...) como eu nunca tinha tido que tocar assim tanto, pronto, pensei que me fizesse um bocadinho de impressão eu estar a tocar mas depois eventualmente isso passou, eu nunca tinha lidado com uma situação dessas, de estar ali a tocar e foi isso pela primeira vez sim, custou assim um bocadinho mas depois pronto, (...)acho que o que me custou mais foi mesmo a primeira vez que tive que comunicar com a doente,(...) E 1º 23</i></p> <p><i>(...) confesso que aquela senhora com VIH, tenho um bocado de medo e de receio, fico com paranoias (...) senti dificuldade, posso dizer que nesses casos tenho dificuldade em tocar no doente. E 1º 19</i></p>
---	---	---

	Medo de magoar	<p><i>Não foi o tocar, foi o saber tocar, porque eu tinha mais medo de magoar ou de... que se sentissem incomodados com o nosso toque, do que propriamente com aquela ideia que se costuma ter de mudar o doente de dar o banho..., (...) o problema é que eu tinha medo de não estar a fazer aquilo bem, ou com os doentes que não conseguiam comunicar connosco, eu podia estar a magoa-lo e ele podia estar consciente, pudesse estar a perceber, visse, e eu não consegui saber, nesse aspeto é que era um bocadinho mais difícil. E1º5</i></p> <p><i>Tenho medo de magoar, ainda agora tenho medo de magoar, estou sempre a dizer ao doente “se estiver a magoar diga”, há sempre o medo de magoar o doente, de tocar numa zona que o doente não goste, tentava sempre que o doente autorizasse, mas sempre com medo de magoar. E1º 17</i></p>
O impacto do estado físico do doente	Não conseguir comunicar verbalmente com o doente	<p><i>(...) o que foi problema para mim foi mais a comunicação, porque eu na medicina apanhei doentes que não comunicavam, não comunicavam muito connosco, e foi difícil, eles não comunicavam praticamente connosco, deles não dizerem “ok tudo bem”, mas foi principalmente a grande barreira (...) E 1º 6</i></p> <p><i>O que foi mesmo mais difícil foi a comunicação com os doentes que não conseguiam falar, nós transmitíamos as coisas, mas...eu dizia-lhe” vamos avaliar a tensão” eu dizia-lhe o que ia fazer e às vezes sentia feedback por parte do doente (...), ou abriam os olhos, uma doente quando lhe estávamos a dar o comer fazia movimentos com os olhos..., ou quando estavam com dores nós percebíamos,... a expressão facial era diferente, nota-se. E 1º6</i></p> <p><i>(...) mas o fato de eles não responderem, às vezes não me permite fazer uma comunicação tão longa como com os outros. Senti vontade de dar a mão principalmente aquela senhora que estava em coma, a família nunca a ia visitar, e aí sim, eu ficava ao pé dela, ponhamos música, mas falar assim com ela diretamente não, dar a mão dava, mas dar a mão e ficar assim ao pé dela, não E 1º 6</i></p>

<p>O impacto do estado físico do doente</p>	<p>Não conseguir comunicar verbalmente com o doente</p>	<p><i>Tive mesmo mais dificuldade em comunicar, eu estava numa medicina os doentes eram todos, vá... tinham AVC e muitos não falavam ... eu tive sempre doentes que não falavam e eu via algumas colegas a conseguir comunicar e eu não conseguia, porque eles não falavam e isso a mim custava-me imenso, ver as pessoas assim, não conseguirem falar, dizerem o que pensam. A parte do estágio que me custou mais, foi estar com aquele senhor, custou-me mais por ele não falar, não reagir, eu estou ali e ele se calhar não sabe, não sei... que eu estou ali, a sensação que eu tinha era que ele não sabia que eu estava ali e custava-me mais... E1º7</i></p> <p><i>(...) foi assim um bocadinho diferente da minha expectativa, porque eu calhei com um doente que estava em coma, ou seja não consegui comunicar se calhar o que seria normal com um doente que estivesse consciente se estivesse ... apesar de acamado, mas também teve um lado muito positivo, porque apesar das situações em que ele se encontrava, comunicava muito connosco, talvez de uma outra maneira, emocionava-se com a presença dos filhos, emocionava-se quando nós falávamos com ele, ou seja, apesar da situação apercebia-se do que estava à sua volta e isso é muito importante para mim, para cuidar, apesar de complicado, E 1º 12</i></p> <p><i>(...) custou-me muito, o fato de ela não falar (...) fez-me muita confusão o estado de demência da senhora, o facto de ela não falar (...). E 1º 18</i></p> <p><i>(...) aqueles que não diziam nada, estavam naquele estado mais comatoso, aí não dava muito para estabelecer essa relação de toque, eu tocava, mas como não tinha feedback, estava sempre à espera de um estímulo, de um sorriso, de abrir os olhos, nada, (...) E 1º 24</i></p>
---	---	---

<p>O impacto da situação emocional do doente</p>	<p>Sentimento de rejeição</p>	<p><i>As maiores dificuldades são mesmo quando os doentes nos tratam mal, eles às vezes têm revolta pelo problema deles, por aquilo que têm e em estar no hospital, eu acho que é um bocadinho isso. E 1º 2</i></p> <p><i>(...) alguns que se mostram um pouco mais fechados, senti alguma dificuldade em avançar (...) exemplo a senhora da cama 2 ao principio mostrava-se um bocado, “não quero que me toquem “dizia que “não quero que me toquem eu faço”, mas não conseguia fazer, eu tinha que insistir com ela, (...) foi complicado porque ela não deixava, queria que lhe desse banho sem a tocar. E 1º 3</i></p> <p><i>A maior dificuldade foi com doentes assim muito revoltados, foi difícil estabelecer mais ou menos comunicação com eles, havia doentes que estavam muito revoltados por estar no hospital e às vezes era difícil, (...) o estado emocional dos doentes é que me assustava, não tinham vontade em comunicar connosco. E1º 13</i></p> <p><i>(...) não era fácil, a doente não tinha uma comunicação fácil, era complicado, era uma Sra. complicada, pouco recetiva, não confiava em nós, (...) E1º 18</i></p> <p><i>havia uma Sra. que não gostava muito de ser tocada, (...). Senti um sentimento de rejeição, que também levou a tentar puxar pela senhora (...) E1º22</i></p> <p><i>O meu estudo de caso, foi um doente com “esquizofrenia”, e inicialmente aquilo era muito complicado, (...) e até conseguir chegar a ele, até conseguir o toque, agarra-lo, foram duas semanas sempre, sempre a batalhar no mesmo, (...) até o avaliar da Tensão, no inicio parecia que para ele era constrangedor, e era só agarrar num braço, pôr a braçadeira... e ele era... era muito nervoso, mas no final conseguiu-se quebrar essas barreiras todas. E 2º 1</i></p> <p><i>(...) depende do estado emocional do doente, porque há doentes que estão mais retraídos, há doentes que não estão tão dispostos a serem tocados por nós (...) E 2º 12</i></p>
--	-------------------------------	---

<p>O impacto da situação emocional do doente</p>	<p>Défice no autocontrolo emocional</p>	<p><i>Quando as doentes começavam a chorar ou ficavam emocionadas por tudo e mais alguma coisa, houve uma vez que até tive que me afastar um bocadinho e fui à casa de banho chorar um bocadinho, porque uma senhora estava a contar-me os problemas que tinha em casa (...), tive muita dificuldade em acompanhar a conversa, tinha que tentar pensar noutras coisas porque senão desmanchava-me ali à frente dela, de vez em quando durante a conversa desligava um bocadinho, tentava pensar noutras coisas, numa altura tive que dizer que estava uma colega a chamar e tive mesmo que sair do quarto já não aguentava mais. E1º 13</i></p> <p><i>(...) foi difícil porque essa pessoa tinha um quadro de depressão, era uma pessoa muito deprimida, (...) foi difícil falar, por causa dessa situação, ela queria desabafar comigo e eu não sabia o que lhe dizer, não queria dizer coisas que pudesse piorar não tenho experiência, nem estudos para estar ali a dar a minha opinião e dar conselhos. E 1º 14</i></p> <p><i>(...) sinceramente, ao princípio fez-me um bocadinho de confusão, não estava habituado, não sabia, não fazia a mínima ideia o que é que havia de dizer às pessoas, por vezes, havia situações que as pessoas me contavam, que eu não tinha resposta para elas, tentando sempre improvisar no momento, mas é estranho, as primeiras vezes é estranho, agora não tenho qualquer dificuldade nisso, já passaram três estágios (...) E 2º 3</i></p>
<p>O impacto das características biológicas do doente</p>	<p>Pudor por diferença de género</p>	<p><i>Acho que com os senhores temos mais cuidado, com as senhoras é diferente, chegamos ali e damos-lhes beijinhos, temos mais dificuldade em fazê-lo quando são doentes mais novos, mulheres e tudo, as Sras. de idade são mais carinhosas connosco e nós acabamos por retribuir mais E 1º 2</i></p>

O impacto das características biológicas do doente	Pudor por diferença de género	<p><i>(...) o meu primeiro doente foi um senhor e tive um bocado de medo que ele não se sentisse à vontade, (...) E1<sup>o</sup>3</i></p> <p><i>Eu tinha ficado sempre com senhoras, a coisa que me custou mais foi a primeira vez que fiquei com um senhor e tive que lhe prestar cuidados de higiene, foi a parte que me custou mais (...). E 1<sup>o</sup> 7</i></p> <p><i>É um serviço com pessoas do sexo feminino, à primeira vista estou a invadir a intimidade e para mim já é um bocado complicado (...). Tive mais dificuldade com uma senhora que não queria ir ao banho porque eu era rapaz, ela se calhar não se sentia à vontade (...) E 1<sup>o</sup> 16</i></p> <p><i>(...) é mais fácil para mim ainda hoje, tocar uma mulher do que tocar um homem, parece que é menos constrangedor, tanto para mim como para o doente, (...) a primeira vez que toquei num homem, que lavei um homem, tudo, eu pensava, “bem, meu Deus como será, como é ele vai reagir”, (...) E 2<sup>o</sup> 1</i></p>
	Constrangimento perante doentes mais jovens	<p><i>(...) temos mais dificuldade em faze-lo quando são doentes mais novos, (...) as senhoras de idade são mais carinhosas connosco e nós acabamos por retribuir mais (...) E 1<sup>o</sup> 2</i></p> <p><i>(...) estou habituada a pessoas mais velhas, se calhar com as mais novas já não é bem assim, tivemos duas raparigas, tenho sempre medo do que é que eu digo, elas devem pensar assim “quem é que é esta”, (...) com estas doentes mais novas já não tenho à vontade de dar a mão de fazer festinhas (...) E 1<sup>o</sup> 19</i></p> <p><i>(...) como era uma pessoa mais idosa depois acabou por ser fácil, (...) E 1<sup>o</sup> 14</i></p>

## Tema- Estratégias para superar dificuldades em Ensino clinico

Categoria	Subcategorias	Unidade de Contexto
Estratégias comunicacionais	Recurso à comunicação não verbal	<p><i>(...) mesmo os que não conseguiam comunicar verbalmente, tínhamos outras formas de comunicar com os doentes, tive uma que só dizia o nome dela o resto era só som que não se percebia, o sim e o não, e escrevíamos e assim conseguíamos comunicar sem serem precisas as palavrinhas todas. E 1º 5</i></p> <p><i>(...) uma doente quando lhe estávamos a dar o comer fazia movimentos com os olhos..., ou quando estavam com dores nós percebíamos, a expressão facial era diferente, (...) E 1º 6</i></p> <p><i>(...) o meu primeiro doente era um senhor que estava afásico, ele chorava imenso quando eu tentava falar com ele, ele tentava responder notava-se que ele queria mesmo responder, mas não conseguia (...). Para comunicar eu falava com ele, fazia perguntas diretas para ele responder sim ou não com a cabeça. E 1º 13</i></p> <p><i>Utilizava a comunicação verbal e não-verbal há maneiras de ser diferentes, de doente para doente, alguns aceitavam-nos logo muito bem e outros não, (...) é o feitio dos doentes E 1º21</i></p> <p><i>Tive um doente que, por causa do AVC, tinha afasia e eu só conseguia comunicar com o doente tocando, ele também não ouvia muito bem, tinha uma hipoacusia bilateral e como não ouvia muito bem, eu tinha que tocar e ele para se exprimir, não se exprimia quase nada, e eu por causa de hipoacusia tinha que lhe tocar para perguntar. E2º2</i></p> <p><i>(...) há situações complicadas, mas nessas alturas pedimos colaboração, pois sentimos que somos incapazes, como não temos assim muita experiência, quando estamos a dar o nosso melhor, mas nem sempre isso acontece (...) E 1º20</i></p>

<p>Fuga como estratégia</p>		<p><i>(...) como não temos resposta, acabamos por ir procurar noutra sitio, com aqueles que falam connosco (...) E 1º 7</i></p> <p><i>(...) com a ajuda dos doentes, os que eram mais recetivos foi mais fácil de comunicar, os outros eram mais complicados, com esses mais recetivos consegui aprender, falando com eles e apercebendo-me dessas coisas. E 1º 9</i></p> <p><i>Assim com os doentes em coma, não cheguei e dei a mão, com os que falavam sim, (...). E 1º 6</i></p>
-----------------------------	--	--

## **ANEXO 2**

Termo de consentimento livre e esclarecido

## **Termo de consentimento livre e esclarecido**

Eu Aida Serra, docente do Curso de Licenciatura em Enfermagem, estou a elaborar um estudo de natureza qualitativa cujo tema é; ***Aprender a Comunicar através do toque: Experiências dos estudantes de enfermagem em Ensino Clínico*** no âmbito do Doutoramento em Enfermagem.

No qual, Compreender como os estudantes de enfermagem experienciam a comunicação através do toque durante o ensino clínico, é o objetivo geral deste estudo

Para que se torne possível a realização do estudo acima referido, necessito da sua colaboração para responder a uma entrevista, autorizando a gravação em suporte magnético. É-lhe garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, sendo as informações fornecidas exclusivamente utilizadas para o estudo.

Tem o direito à total liberdade de recusar participar nesta pesquisa ou retirar o seu consentimento em qualquer momento, sem penalização ou prejuízo algum.

Desta forma, e de acordo com as informações acima descritas:

Aceito participar neste estudo, respondendo à entrevista, apenas para fins de investigação, sendo a minha participação inteiramente voluntária, e podendo optar pela recusa em participar no mesmo, retirando o meu consentimento em qualquer momento, sem que haja algum tipo de penalização ou prejuízo. Assino este termo na presente data.

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **Os melhores agradecimentos**

**Aida Serra** Contato:914015618

# **ANEXO 3**

Programa da Unidade Curricular Enfermagem Clínica I

## Programa da Unidade Curricular - Enfermagem Clínica I

Curso:	<b>Enfermagem</b>		
Ano Letivo:	2014-2015	Ano:	1ºAno
Unidade Curricular (UC):	<b>Enfermagem Clínica I</b>		
Semestre:	2º Semestre		
Regente:	Professora Doutora Hortense Cotrim		
Assistente(s):			

N.º de horas totais de trabalho do estudante:	230h
N.º de horas totais de contacto:	180h
ECTS:	8,5

### OBJECTIVOS PEDAGÓGICOS

A enfermagem, enquanto profissão que atua ao nível da saúde, tem vindo a sofrer inúmeras transformações motivadas por vários fatores dos quais se salientam os grandes avanços verificados ao nível científico e tecnológico e ainda a forte reconceptualização da noção de saúde a que se tem assistido nos últimos anos. Estas alterações impõem aos enfermeiros uma contínua adaptação à mudança, caracterizada pela necessidade de alargar o campo da sua intervenção, atuando diretamente ao nível da comunidade e dando resposta a uma grande diversidade de situações.

Esta mudança vertiginosa traduz-se num elevado conjunto de desafios colocados à profissão de enfermagem, dos quais se destacam:

- Paradigma do CUIDAR, numa perspetiva de saúde, enquanto necessidade da Humanidade, comum ao conjunto das diferentes profissões da saúde e, como tal, exigindo um verdadeiro trabalho em equipa pluridisciplinar;
- Novos problemas de saúde, relacionados com os estilos de vida, o envelhecimento, as doenças crónicas, a SIDA/VIH, a toxicodependência e a exclusão social, entre outros;
- Mudança no cenário dos cuidados, que se caracteriza pela transferência de cuidados hospitalares para os serviços da comunidade, e reorganização dos cuidados de saúde primários. Esta orientação para a prática na comunidade desafia os enfermeiros a um

desempenho cada vez mais autónomo, polivalente e flexível, inserido em equipas multidisciplinares em que o utente/cidadão participa na tomada de decisões em saúde;

- \_ Aumento da complexidade das situações profissionais a gerir e a evolução da organização do trabalho, exigindo abordagens multidisciplinares e interdisciplinares, e implicando a emergência da “competência coletiva” resultante da qualidade da cooperação entre as competências individuais;
- \_ Direitos e deveres do cidadão, a sua diversidade, a diferenciação e o multiculturalismo;
- \_ Qualidade da formação e dos cuidados, o que levanta questões éticas e morais, com um conseqüente problema de credibilidade e dignidade profissional;
- \_ A necessidade de uma educação para a cidadania, o desenvolvimento moral, a participação na vida da comunidade, a construção duma identidade transnacional;
- \_ A “sociedade de informação” e a necessidade de novas estratégias para um novo posicionamento da escola e da profissão face à sociedade em que vivemos, em que “aprender ao longo de toda a vida” é o lema dominante.

Tendo em conta os desafios anteriormente enumerados e face à missão que a enfermagem cumpre na sociedade, salienta-se que os objetivos da profissão de enfermagem devem focar-se essencialmente em quatro domínios fundamentais: a **prática dos cuidados**, a **gestão**, a **formação** e a **investigação**.

Estes objetivos prendem-se com a necessidade de dar resposta a um conjunto de competências específicas próprias do exercício da profissão e que estão relacionadas com a **promoção da saúde**, a **prevenção da doença**, o **tratamento**, a **reabilitação** e a **reinserção social**.

Os objetivos da profissão de enfermagem abarcam ainda um conjunto de competências transversais a todas as profissões de saúde das quais se salientam a **flexibilidade**; **criatividade**; **autonomia**; **sentido de responsabilidade**; **trabalho em equipa**; **capacidade de mudança**; **reflexão crítica** e **tomada de decisões**. Em suma, o estudante no final do 1º ciclo deverá ter competências para **agir de forma proficiente e autónoma no seio de uma equipa multidisciplinar**.

Com esta experiência pretende-se que os alunos desenvolvam:

- Conhecimentos científicos no âmbito da enfermagem.
- Habilidades de comunicação e de relação de ajuda com o utente, família e equipa de saúde.
- Habilidades no domínio psicomotor e afetivo que capacite os alunos para uma prestação de cuidados de enfermagem diferenciados ao utente e sua família, no seu contexto (biológico, familiar e sociocultural).

## **OBJECTIVO GERAL:**

Sensibilizar os alunos para a prática de enfermagem

## **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS:**

Neste ensino clínico pretende-se que os alunos sejam capazes de:

- Conhecer algumas particularidades da organização e funcionamento da unidade onde estão inseridos.
- Colaborar com os enfermeiros da equipa de enfermagem, na prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes, nomeadamente na técnica do banho.
- Desenvolver habilidades comunicacionais com o utente, família e equipa de saúde.
- Desenvolver a técnica da relação de ajuda com o utente e família.

## **FREQUÊNCIA E METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO**

A prática de Enfermagem Clínica I decorrerá nas seguintes Instituições de Saúde: Hospital de Santa Maria, Hospital Garcia de Orta, Centro Hospitalar de Setúbal e Centro Hospitalar Barreiro-Montijo (Hospital Nossa Senhora do Rosário).

O ensino clínico decorrerá nos Hospitais de Santa Maria, Garcia de Orta, N.ª S.ª do Rosário e S. Bernardo.

O horário a efetuar pelos alunos será das 8 às 16,30 horas. Perfazendo 35 horas semanais. Na folga semanal (sempre que possível às 6ªs feiras) os alunos desenvolverão trabalho autónomo, ou reunir-se-ão na Escola.

Os alunos estão constantemente acompanhados por docentes da Escola.

## **ORIENTAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO**

Aos docentes que ficam responsáveis pela orientação dos alunos, compete-lhes:

- Considerar que os alunos se encontram numa fase inicial da sua aprendizagem, como tal, não apresentam qualquer autonomia no domínio de todas as técnicas.
- Orientar e dar apoio aos alunos nos cuidados de higiene e conforto aos utentes e noutras técnicas básicas que os alunos tenham curiosidade em aprender.
- Avaliar o aluno ao longo de todo o processo, de modo a que a avaliação seja uma forma de ajudar o aluno na sua aprendizagem.

- Analisar os incidentes críticos conjuntamente com o aluno.
- Efetuar com o aluno o processo de avaliação formativa e sumativa.

### **ACTIVIDADES**

Tendo subjacentes os objetivos delineados, para além das atividades inerentes ao utente, os alunos de acordo com as orientações do docente, desenvolverão ainda outros trabalhos:

- Descrever um incidente crítico.
- Realizar um estudo de caso ou outro tipo de trabalho, com vista a um estudo mais profundo de algumas situações.

### **AVALIAÇÃO**

A avaliação do ensino clínico será contínua e de acordo com os objetivos definidos.

Os itens de avaliação constam no Instrumento de avaliação. A nota final será quantitativa, de 0 a 20 valores.

Constituem contributos para a avaliação os seguintes aspetos:

- Autoavaliação
- Avaliação do docente

A classificação final será da responsabilidade do docente.

## BIBLIOGRAFIA

COLLIÈRE, M. F. (1989). *Promover a vida*. Lisboa, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

ELLIS, J. R. e HARTLEY, C. L. (1998). *Enfermagem contemporânea*. Porto Alegre, Artmed.

ELKIN, M; PERRY, A.; POTTER, P. (2005). *Intervenções de Enfermagem e Procedimentos Clínicos*. Lusociência.

LAZURE, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa, Lusodidata.

PEARSON, A. e VAUGHAN, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Lisboa, ACEPS.

PHANEUF, M. (2001). *Planificação dos cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra, Quarteto Editora.

SORENSEN e LUCKMANN (1998). *Enfermagem fundamental*. Lisboa, Lusodidata.

POTTER e PERRY (2003) – *Fundamentos de Enfermagem: Conceitos e Procedimentos*. 5ª ed., Lisboa, Lusociência.

BIRKENBIHI, Vera F. (2000) – *A arte da comunicação*, Cascais, Editora Pergaminho.

BITTI, Pio Rici e ZANI, Bruna (1997) – *A comunicação como processo social*, 2ª Edição, Lisboa, Editorial Estampa, pp. 19-75.

LITTLEJOHN, Stephen W. (1988) – *Fundamentos teóricos da Comunicação Humana*, Rio de Janeiro, Editora Guanabara, pp. 203-251.

REGO, Arménio (1999) – *Comunicação nas organizações*, Lisboa, Edições Sílabo, Lda., pp. 17-68.

## OBSERVAÇÕES

## ASSINATURAS

Elaborado por:		Data:	
Verificado por: (Conselho Pedagógico)		Data:	
Aprovado por: (Conselho Científico)		Data:	