U.PORTO
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR
UNIVERSIDADE DO PORTO

O ENSINO CLÍNICO NO CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

ESTUDO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DE APRENDIZAGEM, SITUAÇÕES E FACTORES GERADORES DE STRESSE NOS ESTUDANTES

ISABEL MARIA ANTUNES RODRIGUES DA COSTA BARROSO

2009

Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso

O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem

Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e factores geradores de stresse nos estudantes

Dissertação submetida por Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar para a obtenção de grau de mestre em Ciências de Enfermagem.

Orientador - Professor Doutor António Luís Carvalho, Professor Coordenador da Escola Superior de Enfermagem do Porto.

2009

"Nós neste curso se errarmos causamos dor a uma pessoa. E acho que temos que ser muito perfeitos, mesmo muito perfeitos, a nível técnico e a nível teórico, e eu acho que o ensino clínico todos os anos nos aperfeiçoa nesse sentido, nos faz errar menos, porque no ensino clínico nós estamos a ser orientados, a nossa margem de erro diminui, do que se tivéssemos sozinhos; e nós vamos estar sozinhos, no final destes quatro anos. E aí temos de ser perfeitos, não vamos ter ninguém "Não faças isto"; nós temos que saber o que não podemos fazer senão… dói".

(Excerto das entrevistas de *focus group*)

À minha família,

Aos meus amigos,

Aos estudantes de Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Na elaboração de uma dissertação contraem-se dívidas, algumas vezes inestimáveis, com muitas pessoas. Algumas dessas dívidas, são para com pessoas a quem profundamente agradeço, pois foram os seus contributos que impulsionaram a realização deste trabalho e que muito me honra destacar.

Este é o tipo de dívida que tenho para com o Professor Doutor António Luís Carvalho, orientador desta dissertação, a quem ficarei eternamente grata pela disponibilidade, paciência, apoio, discussão de ideias e críticas estimulantes, pela confiança que demonstrou nas longas ausências sem notícias do trabalho e pela sua sabedoria, que me permitiram levar a termo este trabalho.

Este agradecimento estende-se à Professora Doutora Maria João Monteiro, pela sua colaboração na realização das entrevistas de *focus group*, pelos seus comentários, sugestões, reflexões e apoio constante durante a longa gestação deste trabalho.

Também não é suficiente, ainda que justo, agradecer à Professora Coordenadora Conceição Rainho, pela motivação que me incutiu para este tema, a minha admiração, gratidão e respeito e pela sua contribuição constante ao longo do meu percurso profissional, pelas suas apreciações críticas, exigência, disponibilidade, pela sua amizade e carinho que sempre tem demonstrado para comigo.

À professora Doutora Cristina Antunes, agradeço pelo rigor, clareza e disponibilidade na colaboração do tratamento estatístico dos resultados deste trabalho, mas também pelo entusiasmo e incentivo que sempre me transmitiu ao longo do todo o trabalho.

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

A todos os colegas da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, pelo incentivo manifestados. Muito especialmente à Teresinha e à Cláudia, pertencentes à equipa técnica da Biblioteca, e ao Sr. Manuel Fernando, funcionário da Reprografia.

À minha família, pelo carinho, pelo estímulo e pela compreensão demonstrados.

São muitas as pessoas que, conscientemente ou não, tornaram possível este trabalho, a todas, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

O ensino clínico, no curso de licenciatura em enfermagem (CLE), representa aproximadamente metade do tempo da formação inicial, sendo considerado um período de aprendizagem por excelência, na medida em que constitui uma oportunidade de vivência concreta do papel de enfermeiro, embora não isento de problemas e dificuldades. Com esta investigação procuramos conhecer os factores que influenciam a aprendizagem dos estudantes em ensino clínico do CLE. Ancoramos a construção do enquadramento teórico na evolução da formação em enfermagem e na organização do CLE, nos pressupostos da aprendizagem, com relevância para as suas teorias de aprendizagem e mais especificamente para a aprendizagem em ensino clínico e ainda em conceitos ligados à supervisão clínica, ao desenvolvimento de competências e avaliação. Por último, aprofundamos a compreensão da vivência do stresse nos estudantes de enfermagem durante o ensino clínico. Foram estabelecidos como objectivos: identificar experiências de aprendizagem no ensino clínico e conhecer a percepção do stresse dos estudantes durante esta fase do percurso de formação, privilegiando-se duas abordagens metodológicas. Uma de natureza quantitativa, de tipo descritivo transversal, envolvendo 268 estudantes que frequentavam, no ano lectivo 2007-2008 os quatro anos do CLE da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, utilizando como instrumento de colheita de dados o questionário KEZKAK (questionário dos stressores dos estudantes de enfermagem na prática clínica), e outra de natureza qualitativa, com 24 estudantes do 3º e 4º anos da mesma instituição, com base em entrevistas de *focus group.*

Como principais resultados, identificamos como factores geradores de stresse durante o ensino clínico: *falta de competência*, *contacto com o sofrimento*, *relação com o doente e sobrecarga de trabalho*, *impotência/incerteza*, *relação com os professores/supervisores e colegas*, e *ser magoado na relação com o doente*. Na perspectiva dos estudantes, o nível de satisfação com a formação em ensino clínico é elevado e decorre da concepção do plano de estudos, que privilegia a formação em alternância e o contacto com situações de maior complexidade, como a dor, o sofrimento e a morte. Neste sentido, o ensino clínico assume uma grande abrangência e profundidade na formação inicial, reconhecendo a sua dimensão altruísta, como contexto de aprendizagem significativa para o desenvolvimento de competências e integrador da teoria/prática. Aprendem sobretudo conteúdos atitudinais relativos ao saber ser e ao saber estar e a tornar-se enfermeiros, e consideram relevantes para a sua aprendizagem as competências pedagógicas, científicas e relacionais dos supervisores. As situações geradoras de stresse preocupam os estudantes, nomeadamente as que se relacionam com o ambiente clínico (segurança dos cuidados, sobrecarga de trabalho, vivência de situações de impotência e incerteza), com a supervisão clínica, mais especificamente o processo de avaliação e a dimensão relacional, e ultrapassam as dificuldades, recorrendo a apoios contextuais e estratégias de *coping*. Identificam como elementos importantes o investimento na formação dos supervisores e em aspectos particulares da sua formação. As expectativas dos estudantes em relação ao ensino clínico são a possibilidade de consolidação de conhecimentos e de enriquecimento de natureza pessoal e profissional. Os resultados obtidos permitem sublinhar a necessidade de, na formação inicial em enfermagem, serem equacionadas estratégias que visem apoiar e diminuir o nível de stresse experienciado pelos estudantes no decurso do ensino clínico.

Palavras-Chave: Estudantes de enfermagem, Ensino clínico, Aprendizagem, Stresse, Stressores.

ABSTRACT

The clinical teaching, in the nursing graduation course (NGC), represents approximately half of the time of the initial training being considered a period of learning per excellence, in the sense that it constitutes an opportunity of living the real experience of the role of the nurse, though not exempt of problems and difficulties. With this research we aim to know the factors that influence the learning of students in the clinical teaching of NGC. We anchor the construction of theoretical framing on the evolution of nursing training and on the organization of the NGC, on the premises of learning, with relevance to its learning theories and, more specifically, on the learning in clinical teaching and in concepts connected to the clinical supervision, to the development of competences and evaluation. Lastly, we deepen the understanding of stress experiences in nursing students throughout the clinical teaching. The following goals have been set: to identify learning experiences in the clinical teaching and to know the perception of students' stress during this stage of the training course, by favouring two methodical approaches. One of quantitative nature, cross descriptive, involving 268 students that attended, in the school year of 2007-2008, the four years of the nursing graduation course at the Superior School of Nursing in Vila Real, by using as data sampling instrument the KEZKAK questionnaire (questionnaire of the stress causers of nursing students in the clinical practice), and another of qualitative nature, with 24 students from the 3rd and 4th grades in the same institution, based on focus group interviews.

As main results, we have identified as stress generative factors, during the clinical learning, lack of proficiency, dealing with suffering, relationship with the patient and work overload, impotence/uncertainty, relationship with the teachers/supervisors and colleagues, and being hurt in the relationship with the patient. In the students' perspective, the level of satisfaction concerning the training in clinical teaching is high and it results from the conception of the studies' plan that privileges the training in alternation, and being in contact with situations of a higher complexity, such as pain, suffering and death. In this sense, the clinical teaching comprises and deepens the initial training, by recognising its altruistic dimension, in the context of significative learning to the development of skills and as an integral factor of theory/practice. They learn mostly attitude contents concerning their behaviours and becoming nurses, and they consider relevant to their learning the pedagogical, scientific and relation skills of the supervisors. Stress causing situations worry the students, namely the ones that relate to the clinical environment (security in care, work overload, experiencing situations of impotence and uncertainty), to the clinical supervision, specifically the evaluation process and the relations' dimension, and they overcome the difficulties by resorting to context support and coping strategies. They identify as important elements the investment in the supervisors training and in specific aspects of their training. Students expectations towards clinical teaching are the possibility of consolidate their knowledge and enrich their personal and professional skills. The results obtained allow us to emphasize the necessity of equating, in the early training of nursing, strategies that aim to support and diminish the level of stress experienced by students throughout the clinical teaching.

Key words: Nursing Students, Clinical Teaching, Learning, Stress, Stress Causers.

RESUME

L'enseignement clinique, dans le cours de licence en métier d'infirmier (CLE), représente environ la moitié du temps de la formation initiale, en étant considéré comme une période d'apprentissage par excellence, dans la mesure où cela constitue une occasion d'expérience concrète du rôle d'infirmier, bien qu'il ne soit pas exempté de problèmes et de difficultés. Avec cette recherche nous voulons connaître les facteurs qui influencent l'apprentissage des étudiants dans l'enseignement clinique de CLE. Nous soutenons la construction de l'encadrement théorique dans l'évolution de la formation en métier d'infirmier et dans l'organisation de CLE, dans les présupposés de l'apprentissage, en mettant en relief leurs théories d'apprentissage et plus spécifiquement l'apprentissage dans l'enseignement clinique et encore dans des concepts liés à la supervision clinique, au développement de compétences et à l'évaluation. Finalement, nous approfondissons la compréhension de l'expérience de stress dans les étudiants de métier d'infirmier pendant l'enseignement clinique. On a établi les objectifs suivants: identifier des expériences d'apprentissage dans l'enseignement clinique et connaître la perception du stress des étudiants pendant cette phase du parcours de formation, en privilégiant deux abordages méthodologiques. L'une de nature quantitative, de type descriptif transversal, en impliquant 268 étudiants qui fréquentaient, pendant l'année scolaire 2007-2008, les quatre années de CLE de l'École Supérieure de Métier d'infirmier de Vila Real, en utilisant comme instrument de récolte de données le questionnaire KEZKAK (questionnaire des stresseurs des étudiants de métier d'infirmier dans la pratique clinique), et l' autre de nature qualitative, avec 24 étudiants de la 3e et de la 4e année de la même institution, en s'appuyant sur des entrevues de focus group.

À partir de l'analyse des résultats, nous identifions comme des facteurs générateurs de stress pendant l'enseignement clinique: le manque de compétence, le contact avec la souffrance, la relation avec le malade et la surcharge de travail, l' impuissance/incertitude, la relation avec les enseignants/surveillants et les collègues, et la peur de se heurter dans la relation avec le malade. Dans la perspective des étudiants, le niveau de satisfaction vis-à-vis de la formation dans l'enseignement clinique est élevé et s'écoule de la conception du plan d'études, qui privilégie la formation en alternance et le contact avec des situations d'une plus grande complexité, comme la douleur, la souffrance et le décès. Dans ce sens, l'enseignement clinique suppose une grande amplitude et profondeur dans la formation initiale, en reconnaissant sa dimension altruiste, en tant que contexte d'apprentissage significatif pour le développement de compétences et intégrateur de la théorie/pratique. Ils apprennent surtout des contenus du domaine des attitudes liés au savoir être et pour devenir des infirmiers, et ils considèrent importantes pour son apprentissage les compétences pédagogiques, scientifiques et relationnelles des superviseurs. Les situations génératrices de stress inquiètent les étudiants, notamment celles qui se rapportent à l'environnement clinique (sécurité des soins, surcharge de travail, expérience de situations d'impuissance et d'incertitude), à la supervision clinique, plus spécifiquement le processus d'évaluation et la dimension relationnelle, et ils surmontent les difficultés, en faisant appel à des aides contextuelles et à des stratégies de coping. Ils identifient comme des éléments importants l'investissement dans la formation des superviseurs et dans les aspects particuliers de leur formation. Les expectatives des étudiants concernant l'enseignement clinique sont la possibilité de consolidation de connaissances et d'enrichissement de nature personnelle et professionnelle. Les résultats obtenus permettent de souligner l'importance, dans la formation initiale dans le métier d'infirmier, d'être adoptées des stratégies qui visent à soutenir et à réduire le niveau de stress éprouvé par les étudiants au cours de l'enseignement clinique.

Mots-Clé : Étudiants de métier d'infirmier, l'Enseignement clinique, Apprentissage, Stress, Stresseurs.

ÍNDICE GERAL

PENSAMENTO iii
DEDICATÓRIA v
AGRADECIMENTOS VII
RESUMO ix
ABSTRACT xi
RÉSUMÉ xiii
LISTA DE QUADROS, TABELAS, GRÁFICOS E QUADROS SÍNTESE xix
ABREVIATURAS E SIGLAS xxi

INTRODUÇÃO 1

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I. A EVOLUÇÃO DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM 7
1. O ENSINO DA ENFERMAGEM EM PORTUGAL 7
2. INTEGRAÇÃO DO ENSINO DA ENFERMAGEM NO ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO 14
3. CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM 16

CAPÍTULO II. A APRENDIZAGEM 25
1. ARTICULAÇÃO ENSINO/APRENDIZAGEM 25
2. AS TEORIAS DE APRENDIZAGEM 27
3. CONTEÚDOS DE APRENDIZAGEM 33
4. A APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM 35

CAPÍTULO III. O ENSINO CLÍNICO NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM 38
1. A DEFINIÇÃO DE ENSINO CLÍNICO 38
2. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 41
3. A INTEGRAÇÃO DO ENSINO TEÓRICO E DO ENSINO CLÍNICO EM ENFERMAGEM 45
4. A SUPERVISÃO CLÍNICA 47
5. IDENTIDADES SOCIAIS E PROFISSIONAIS 52
6. AVALIAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO 54

CAPÍTULO IV. O STRESSE NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM 58
1. CONCEITOS DE STRESSE 58
2. STRESSE E ANSIEDADE 64
3. OS STRESSORES 67
4. RESPOSTA AO STRESSE 68
5. AS ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS AO STRESSE 69
6. O STRESSE NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM 76
7. AS FONTES DE STRESSE NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM 78
8. DAS SITUAÇÕES AOS FACTORES DE STRESSE NO ENSINO CLÍNICO 84

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I. ABORDAGEM QUANTITATIVA DO ESTUDO 89
1. METODOLOGIA 89
1.1. Justificação do estudo 89
1.2. Objecto, objectivos e hipóteses do estudo quantitativo 92
1.3.Variaveis 93
1.4. Participantes 93
1.5. Questionário *KEZKAK* 93
1.6. Procedimentos 97

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 98
2.1. Análise descritiva das características demográficas 98
2.2. Análise descritiva do questionário K*EZKAK*: instrumento de medida dos factores de stresse dos estudantes de enfermagem na prática clínica 103
2.2.1. Análise descritiva das situações de stresse associados ao factor 1 "Falta de competência" 104
2.2.2. Análise descritiva das situações de stresse associadas ao factor 2 "Contacto com o sofrimento" 105
2.2.3. Análise descritiva das situações de stresse associados ao factor 3 "Relação com o doente e sobrecarga de trabalho" 106
2.2.4. Análise descritiva das situações de stresse associados ao factor 4 "Impotência/incerteza" 107
2.2.5. Análise descritiva das situações de stresse associados ao factor 5 "Relação com os professores/supervisores e colegas" 108
2.2.6. Análise descritiva das situações de stresse associados ao factor 6 "Ser magoado na relação com o doente" 109
2.3. Validação do questionário *KEZKAK* relativo aos factores de stresse na prática clínica 110
2.3.1. Análise factorial 110

2.3.2. Validação do questionário *KEZKAK* 112
2.3.3. Comparação da pontuação (score) média de cada factor 115
2.4. Estudo das hipóteses 117
2.4.1. Estudo da correlação entre a idade dos estudantes e o nível de stresse 117
2.4.2. Comparação do nível de stresse obtido com o questionário KEZKAK segundo o sexo 118
2.4.3. Comparação do nível de stresse segundo o ano frequentado 120
2.4.4. Comparação do nível de stresse segundo o ano frequentado e o sexo 122
2.5. Análise por item das situações de stresse por ano de licenciatura e sexo 124
2.5.1. Análise por item das situações de stresse por ano de licenciatura 124
2.5.2. Análise por item das situações de stresse segundo o sexo dos estudantes . 127

3. CONCLUSÕES 129

CAPÍTULO II. ABORDAGEM QUALITATIVA DO ESTUDO 132
1. METODOLOGIA 132
1.1. Justificação, objecto e objectivos do estudo 132
1.2. *Focus group:* fundamentação e procedimentos 135
1.3. Planeamento 136
1.4. Entrevistas 139
1.5. Análise de dados 141

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 143
2.1. Caracterização dos participantes 144
2.2. As entrevistas de *focus group* 145
2.2.1. Satisfação dos estudantes do CLE com a escola, o curso e o ensino clínico 146
2.2.2. Conteúdos da aprendizagem valorizados pelos estudantes 159
2.2.3. Factores que influenciam a aprendizagem 169
2.2.4. Situações consideradas geradoras de stresse pelos estudantes durante o ensino clínico 182
2.2.5. Recursos mobilizados pelos estudantes durante o ensino clínico 196
2.2.6. Necessidades percepcionadas pelos estudantes no ensino clínico 201
2.2.7. Expectativas dos estudantes em relação ao ensino clínico 205

3. CONCLUSÕES 213

PARTE III - CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

1. CONSIDERAÇÕES FINAIS 219
2. SUGESTÕES 223

BIBLIOGRAFIA 227

ANEXOS 243

Anexo I. Questionário KEZKAK aplicado aos estudantes 245

Anexo II. Fotocópia do comprovativo das autorizações para aplicação dos instrumentos de colheita de dados 249

Anexo III. Guião das entrevistas de *focus group* 253

Anexo IV. Modelo de análise das entrevistas de *focus group* 257

Anexo V. Grelha de Categorização 261

Anexo VI. Questionário de caracterização dos estudantes que participaram no *focus group* 279

LISTA DE QUADROS, TABELAS, GRÁFICOS, QUADROS SÍNTESE

Quadros

Quadro 1. Distribuição da carga horária anual dos quatro anos do CLE 22

Quadro 2. Distribuição das unidades curriculares do plano de estudos do CLE..... 23

Quadro 3. Caracterização sumária dos estudantes que participaram no *focus group* do estudo 145

Quadro 4. Satisfação dos estudantes do CLE, com a escola, curso e ensino clínico..... 146

Quadro 5. Conteúdos de aprendizagem valorizados no ensino clínico 160

Quadro 6. Factores que influenciam a aprendizagem em ensino clínico 170

Quadro 7. Situações geradoras de stresse 184

Quadro 8. Recursos mobilizados pelos estudantes do ensino clínico 197

Quadro 9. Necessidades sentidas pelos estudantes durante o ensino clínico 202

Quadro 10. Expectativas dos estudantes em relação ao ensino clínico..... 206

Tabelas

Tabela 1. Sexo dos inquiridos 98

Tabela 2. Idade dos estudantes inquiridos..... 99

Tabela 3. Estatísticas descritivas da idade dos inquiridos 100

Tabela 4. Ano de licenciatura dos inquiridos 100

Tabela 5. Ano de licenciatura dos inquiridos segundo o sexo..... 101

Tabela 6. Teste de Kruskal-Wallis para comparar a idade segundo o ano de licenciatura 102

Tabela 7. Tabela de Mann-Whitney para comparar a idade segundo o ano de licenciatura..... 102

Tabela 8. Respostas ao questionário *KEZKAK* nos itens do factor 1 "Falta de competência" 104

Tabela 9. Respostas ao questionário *KEZKAK* nos itens do factor 2 "Contacto com o sofrimento"..... 105

Tabela 10. Respostas ao questionário *KEZKAK* nos itens da dimensão 3 "Relação com o doente e sobrecarga de trabalho"..... 106

Tabela 11. Respostas ao questionário *KEZKAK* nos itens da dimensão 4 "Impotência/incerteza"..... 107

Tabela 12. Respostas ao questionário *KEZKAK* nos itens do factor 5 "Relação com os professores/supervisores e colegas"..... 108

Tabela 13. Respostas ao questionário *KEZKAK* nos itens do factor 6 "Ser magoado na relação com o doente"..... 109

Tabela 14. Análise factorial do questionário *KEZKAK* dos factores de stresse, a seis factores 111

Tabela 15. Médias e desvios padrão dos itens e correlações com os factores de stresse do questionário *KEZKAK* 113

Tabela 16. Testes de coerência interna do questionário *KEZKAK* 114

Tabela 17. Testes de validade interna do questionário *KEZKAK* 114

Tabela 18. Estimadores de fiabilidade para o questionário *KEZKAK* 115

Tabela 19. Teste de Friedman para comparar as pontuações (scores) médias dos factores 116

Tabela 20. Teste de Correlação de Spearman entre a idade e as pontuações (scores) médias dos factores 117

Tabela 21. Teste de Mann-Whitney para comparar as pontuações (scores) médias dos factores segundo o sexo 119

Tabela 22. Teste de Kruskal-Wallis para comparar as pontuações (scores) médias dos factores segundo o ano frequentado 122

Tabela 23. Teste da Manova para estudar a interacção entre o sexo e a idade 123

Tabela 24. Comparação das pontuações de cada item segundo o ano do curso de licenciatura frequentado 125

Tabela 25. Comparação das pontuações de cada item segundo o sexo dos estudantes 127

Gráficos

Gráfico 1. Sexo dos inquiridos 99

Gráfico 2. Ano de licenciatura dos inquiridos 101

Gráfico 3. Análise de correspondências múltiplas entre o sexo, a idade e o ano frequentado 103

Gráfico 4. Pontuação (score) média de cada factor 116

Gráfico 5. Nível de stresse segundo o sexo 118

Gráfico 6. Nível de stresse segundo o ano frequentado 121

Gráfico 7. Nível de stresse segundo o ano frequentado e o sexo 123

Quadros Síntese

Quadro Síntese 1. Opinião dos estudantes sobre a satisfação com a escola o curso e o ensino clínico 159

Quadro Síntese 2. Opinião dos estudantes sobre os conteúdos de aprendizagem no ensino clínico 169

Quadro Síntese 3. Opinião dos estudantes sobre os factores que influenciam a aprendizagem 182

Quadro Síntese 4. Opinião dos estudantes sobre as situações geradoras de stresse 195

Quadro Síntese 5. Opinião dos estudantes sobre os recursos mobilizados 201

Quadro Síntese 6. Opinião dos estudantes sobre as necessidades sentidas 205

Quadro Síntese 7. Expectativas dos estudantes em relação aos ensinos clínicos 213

ABREVIATURAS/SIGLAS

CESE - Curso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem

cit. - citado

CLE - Curso de Licenciatura em Enfermagem

DL - Decreto-Lei

Dr. - Doutor

ECTS - European Credit Transfer System

ESEnfVR - Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

EUA - Estados Unidos da América

nº - número

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. - página

REPE - Regulamento do Exercício dos Profissionais de Enfermagem

UTAD - Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

INTRODUÇÃO

Historicamente, a enfermagem é uma profissão voltada para a prática de cuidados, com a aprendizagem centrada nos contextos de trabalho e nas experiências práticas, onde a prática clínica sempre foi parte integrante da formação. Nas últimas décadas, para responder às exigências da sociedade, têm ocorrido profundas alterações na formação com a preocupação constante pela melhoria do processo formativo. Nesta evolução, após um longo período de predomínio do paradigma biomédico, no qual a enfermagem foi incorporando na sua prática diversas funções afins alargando e indefinindo o seu âmbito de actuação e de responsabilidades, e com a integração da formação no ensino superior politécnico, produziu-se uma importante mudança no ensino da enfermagem e no exercício profissional. O acesso à investigação assinala um marco importante com repercussões na concepção de cuidados com a prática clínica a constituir um alicerce para o desenvolvimento das competências. O aumento marcado das qualificações académicas e profissionais e os processos de produção de conhecimento sobre a própria Enfermagem (Canário, 2005) e, simultaneamente, a criação da Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade responsável pela auto-regulação profissional em Enfermagem, conduziram a um maior reconhecimento social da profissão.

Com a entrada da Educação Superior no Espaço Europeu, aparece um novo sistema de trabalho para os estudantes e professores: os ECTS *(European Credit Transfer System)* que, no seguimento de um desenvolvimento gradual, surgem como uma forma de reconhecimento científico e uma possibilidade de reforço da profissão, concorrendo para o acréscimo da qualidade dos cuidados prestados e abrindo portas à investigação e à produção de conhecimento específico em enfermagem. A investigação e a partilha do

conhecimento interdisciplinar passam a integrar o plano de formação em enfermagem, conduzindo à ampliação do campo conceptual e à construção de um corpo de conhecimentos próprio que permite aos enfermeiros desenvolver uma prática de cuidados científica alicerçada no cuidar.

A integração do ensino de enfermagem no ensino superior politécnico exigiu a reestruturação do plano de estudos do curso de licenciatura em enfermagem (CLE), reafirmando a necessidade de "assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção" (Decreto-Lei nº 353/99 de 3 de Setembro, artigo 5º). Nesta perspectiva, o CLE visa promover uma sólida formação de base técnico-científica, humanística e ética, de modo a enquadrar o perfil de competências traçado pela Ordem dos Enfermeiros.

O processo de cuidar, aliado às exigências da Enfermagem, pressupõe uma actuação tecnicamente competente e eticamente desenvolvida. É através da formação inicial, na qual as escolas têm um papel insubstituível, que os estudantes aprendem a adquirir e a desenvolver competências necessárias para o cuidar. Mas, Benner (2001) defende que é através da experiência adquirida pela prática que o enfermeiro aprende a focalizar-se naquilo que é relevante em cada situação e a extrair o seu significado. Argumenta ainda que a excelência do exercício só se consegue participando na prática, tornando-se essencial que os estudantes de enfermagem comecem o mais cedo possível a ter experiências de aprendizagem em contextos da prática de cuidados.

A formação ao nível do CLE organiza-se em duas componentes essenciais, que se desenvolvem em contextos de aprendizagem distintos: a componente teórica, realizada em contexto escolar, e a componente prática, em contexto de trabalho. Nesta investigação, é a componente prática designada de ensino clínico e estágio que assume particular destaque.

Ao longo dos quatro anos de formação, o ensino clínico do CLE permite aos estudantes contactos de proximidade vivenciados dentro do contexto da profissão, numa aprendizagem de papéis sociais, pela interacção com o grupo profissional e a identificação com a profissão. É nas experiências decorrentes do ensino clínico que os

estudantes se situam quanto às concepções, crenças e valores que organizarão o seu pensamento e a sua acção pela adesão aos valores da prática profissional (Pimentel, 2008). Contudo, é também neste contexto que, devido à complexidade das experiências pelo facto de lidarem com os limites humanos, desenvolvem sentimentos de incapacidade perante as exigências com que se deparam.

Ao contrário da maioria dos cursos do ensino superior, o CLE preconiza, desde os primeiros anos, períodos de formação em situação real de trabalho, cuja denominação de ensino clínico ou estágio depende do contexto histórico, do plano de estudos e da etapa de desenvolvimento da aprendizagem que, sendo considerado um momento privilegiado da formação, não deixa contudo de estar isento de problemas e dificuldades. É considerável a quantidade de literatura que destaca os problemas que ocorrem durante o ensino clínico e que afectam a aprendizagem dos estudantes e, consequentemente, a prestação de cuidados aos doentes, como por exemplo o desfasamento entre o que é ensinado na teoria e a prática dos cuidados, a ansiedade e o stresse, referidos em estudos internacionais (Parkes, 1980; Selleck, 1982; Campbell, 1985; Carvalho, Farah & Galdeano, 2004; Sharif & Masoumi, 2005) e nacionais (Carvalho, 1996; Oliveira, 1998a; Carvalho, 2005; Rodrigues & Veiga, 2006; Serra, 2008).

Num olhar mais particular sobre os problemas e as dificuldades sentidas pelos estudantes de enfermagem, o stresse é quase sempre vivenciado como algo negativo que condiciona o desempenho global, prejudicando a sua actuação profissional, a saúde, e as relações interpessoais. Neste sentido, a identificação e compreensão das situações de aprendizagem mais problemáticas no decurso do ensino clínico, que se persistem ao longo do tempo, podem interferir na qualidade dos cuidados, na capacidade de aprender e até na aceitação da própria profissão (Peirce, 1991), exigem estratégias orientadas para colmatar as dificuldades experimentadas e potenciar o desenvolvimento dos estudantes.

No que concerne à realidade portuguesa, uma revisão da literatura evidencia uma escassez de estudos no contexto da aprendizagem clínica dos estudantes, tema que convertemos em objecto de estudo: o significado das experiências de aprendizagem e a vivência de situações de stresse, para os estudantes de enfermagem, no ensino clínico.

A finalidade desta investigação é contribuir para uma melhor compreensão da aprendizagem dos estudantes em ensino clínico, o que pode oferecer subsídios para a reflexão sobre o processo de ensino-aprendizagem da prática dos cuidados de enfermagem em contexto clínico e, deste modo, perspectivar estratégias que potencializem o desenvolvimento e desempenho dos estudantes neste espaço pedagógico por excelência, ou seja, promover a adequação/aperfeiçoamento e melhorar as estratégias do processo ensino-aprendizagem em experiência prática.

Neste sentido, procura-se avaliar do ponto de vista dos estudantes, de que modo as experiências de aprendizagem nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, em contacto directo com a realidade dos cuidados de enfermagem, são experiências promotoras do desenvolvimento dos estudantes a nível pessoal e profissional.

A motivação e justificação para estudar a aprendizagem em ensino clínico surge da nossa experiência docente, de cujas funções também consta a supervisão clínica dos estudantes, subentendendo uma intencionalidade de natureza teórica, reflexiva e prática que se possa estender aos pressupostos educativos da formação em enfermagem.

A proposta deste estudo teve a sua origem na pergunta: *"Quais os factores que influenciam a aprendizagem dos estudantes em ensino clínico do curso de licenciatura em enfermagem?"*. E, neste sentido, questionou-se: "Como experienciam/vivenciam os estudantes de enfermagem a sua formação durante os ensinos clínicos? Na sua perspectiva, quais os factores que influencia a aprendizagem e prática dos cuidados de enfermagem? Serão os ensinos clínicos considerados pelos estudantes verdadeiros contextos promotores de aprendizagem de competências para a prestação dos cuidados de enfermagem? Como analisam os estudantes as experiências da prática de cuidados, vividas nesses cenários de aprendizagem? Que situações e experiências de aprendizagem os preocupa? Quais as situações de aprendizagem geradoras de stresse durante do ensino clínico? Será que os factores de stresse são percepcionados de igual forma pelos estudantes do sexo masculino e feminino? Será que a percepção dos factores de stresse durante a prática clínica varia ao longo dos quatro anos de licenciatura?

Para responder a estas questões definiram-se dois objectivos gerais: compreender as experiências/vivências de aprendizagem dos estudantes do CLE, e identificar as situações e factores de ensino clínico que condicionam a sua aprendizagem e, consequentemente, a prestação de cuidados aos utentes durante o ensino clínico.

A metodologia preconizada para a concretização dos objectivos foi perspectivada em torno de duas abordagens metodológicas. Uma abordagem quantitativa e descritiva, cujo objectivo foi identificar os factores de stresse percebidos pelos estudantes do 1º ao 4º ano durante a prática clínica (ensino clínico e estágio), e verificar a evolução da percepção nos quatro anos da licenciatura relativamente à influência da variável género e idade. Recorreu-se à aplicação do questionário KEZKAK (questionário dos stressores da prática clínica) e à sua análise factorial para extrair os factores de stresse dos estudantes de enfermagem no ensino clínico. Para tal, seleccionaram-se todos os estudantes inscritos no CLE, no ano lectivo 2007/2008 da escola objecto do estudo, ficando a amostra constituída por 268 estudantes. E, uma abordagem qualitativa e descritiva, cujo objectivo era obter a opinião dos estudantes de enfermagem sobre as suas experiências de aprendizagem no ensino clínico com base em entrevistas de "*focus group*" (grupo de discussão ou grupo focal), que consistem na discussão organizada com um grupo seleccionado de estudantes. Neste sentido, optou-se por uma amostra intencional de 24 estudantes dos 3º e 4º anos do CLE, divididos em dois *focus group*.

Genericamente, trata-se de um estudo que, ao procurar a conjugação de dados de natureza quanti-qualitativa das experiências e vivências dos estudantes durante o ensino clínico, pretende proporcionar contributos significativos para o fenómeno em estudo.

Para uma aproximação com o objecto do estudo e concretização dos objectivos, a estrutura da presente dissertação inclui três partes. Na parte I, apresenta-se o enquadramento teórico desta investigação que compreende quatro capítulos: no capítulo 1, de forma breve contextualizam-se os aspectos relativos à evolução da formação em enfermagem, à integração da enfermagem no ensino superior, à organização do CLE e ao caso particular deste curso na escola alvo do estudo; no capítulo 2, faz-se uma abordagem à aprendizagem, às suas principais teorias e à aprendizagem em enfermagem; o capítulo 3 está focalizado no ensino clínico, abordando-se a sua definição, o desenvolvimento das competências dos estudantes, a importância da

integração da aprendizagem teórica e prática nos contextos clínicos, a supervisão clínica, o processo de construção de identidade profissional e a avaliação do ensino clínico; no capítulo 4, procede-se a uma síntese das principais teorias explicativas do stresse e das diferentes conceptualizações teóricas, relevando a teoria de Selye, do stresse como estímulo, e as teorias de Lazarus e Vaz Serra. Abordam-se, também, aspectos associados à transição e adaptação dos estudantes ao ensino superior e de modo mais aprofundado o stresse dos estudantes de enfermagem em ensino clínico.

Na parte II, estudo empírico, apresentam-se as duas abordagens metodológicas que correspondem aos capítulos um e dois. No capítulo um, relativo à abordagem quantitativa do estudo, descreve-se a metodologia (justificação do estudo, objecto, objectivos e hipóteses do estudo quantitativo, variáveis, participantes, questionário *KEZKAK* e procedimentos), a apresentação e discussão dos resultados (análise descritiva do questionário *KEZKAK*, instrumento de medida dos factores de stresse dos estudantes de enfermagem na prática clínica, validação do questionário *KEZKAK* dos factores de stresse na prática clínica, estudo das hipóteses e análise por item das situações de stresse por ano de licenciatura e sexo) e, finalmente, as conclusões. No capítulo 2, relativo à abordagem qualitativa do estudo, descreve-se a metodologia (justificação, objecto e objectivos do estudo, fundamentação e procedimentos de *focus group*, planeamento, entrevistas e análise de dados). Procede-se, também, à apresentação e discussão dos resultados (caracterização dos participantes e as entrevistas de *focus group)*, à análise categorial e, por último, apresentam-se as principais conclusões.

Encerra este estudo a parte III, que compreende as considerações finais e sugestões que poderão, não só servir como espaço de reflexão no domínio da aprendizagem dos estudantes de enfermagem durante o ensino clínico e obtenção de alguns contributos que permitam o esclarecimento dos factores que influenciam a prestação de cuidados mas, também, como incentivo e ponto de partida para investigações futuras nesta área.

Por último, segue-se a bibliografia e um apêndice onde se anexa um conjunto de elementos acessórios para a compreensão da investigação efectuada.

PARTE I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO I. A EVOLUÇÃO DA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

Em Portugal, o ensino da enfermagem tem sido uma área sujeita a uma grande evolução e adaptação ao longo do último século. Ao longo da história do ensino da enfermagem, as condições de acesso ao curso alteraram-se substancialmente, é sobre a evolução da formação que culminou no CLE e a sua especificidade na instituição que circunscrevemos para levar a efeito esta investigação que iremos de seguida reflectir.

1. O ENSINO DA ENFERMAGEM EM PORTUGAL

A formação em enfermagem é hoje da responsabilidade das escolas superiores de enfermagem, mas o ensino da enfermagem em Portugal, tem as suas raízes um pouco indefinidas no tempo. As raízes da formação dos enfermeiros datam do século XIX por iniciativa de Tomás de Carvalho, enfermeiro-mor do Hospital de S. José. O *primeiro curso de enfermeiro* teve início de 26 de Janeiro de 1887, regido pelo D. Artur Ravara, sob administração do Hospital de São José. Qualquer funcionário do hospital podia inscrever-se nas 40 lições do curso e as disciplinas ministradas eram Anatomia, Fisiologia, Curativo e Higiene (Silva, Macedo, Garcia, Marques, Pedroso, & Costa, 2007). Contudo, o baixo nível de instrução dos alunos e as dificuldades em assistir às aulas, associado à baixa remuneração, levou a que este primeiro curso não tivesse os resultados pretendidos e foi encerrado em Novembro em 1889 (Silva *et al.*, 2007).

O percurso deste primeiro curso, embora conturbado, permitiu que onze anos após o seu encerramento, Curry Cabral, enfermeiro mor do hospital de são José, propusesse a criação de uma escola de enfermeiros. Assim, o Decreto de 10 de Setembro de 1901 criou a *Escola Profissional de Enfermeiros*, que entrou em funcionamento em 26 de Outubro desse ano (Silva *et al.*, 2007). Neste curso, houve a preocupação de incluir no plano de estudo uma componente teórica e uma componente prática, regidas em duas épocas, sendo condição para frequentar a segunda ter obtido habilitação à primeira e no final do ano escolar que decorria num período de Outubro a Agosto os alunos eram submetidos a um exame que incluía a teoria e a prática (Silva *et al.*, 2007). Esta escola dispunha de um espaço próprio, improvisado à direita da entrada principal do Hospital de São José e leccionava dois níveis de ensino de enfermagem o *curso ordinário de enfermeiros* e *curso completo de enfermeiros*. Este último tinha mais um ano de prática nas enfermarias (Silva *et al.*, 2007).

Após a revolução de 1910, a conjuntura política, já com oito anos após a implementação da República, reorganiza esta escola que, através de decreto, em 1918 passa a denominar-se de *Escola Profissional de Enfermagem*. Em 1922, é publicado o seu regulamento, o qual reestruturou o ensino de enfermagem e criou os órgãos de gestão da escola: director da escola, conselho escolar e quadro docente. Esta reorganização vem tentar dar resposta às necessidades de formação sentidas na época, com aplicação dos anteriores planos de estudos mas com novas condições. Exigiam como habilitação a instrução primária, idade entre os 17 e os 25 anos e os candidatos tinham que se submeter a um exame médico para comprovar a robustez física e ausência de doenças contagiosas (Silva *et al.*, 2007).

O regulamento da *Escola Profissional de Enfermagem dos Hospitais Civis de Lisboa*, através de decreto é mencionado que esta escola funcionará no edifico próprio do antigo Hospital de São Lazaro, com três secções: pedagógica, clínica e de internato. Os alunos eram considerados auxiliares de enfermagem, com a designação de praticantes no período escolar. O *curso geral,* com a duração de dois anos, habilitava para o quadro geral dos hospitais, e o *curso complementar,* com a duração de um ano, habilitava para os lugares de chefia dos hospitais, para a qual era necessário possuir o certificado do curso geral (Silva *et al.*, 2007). O período de formação foi reduzido para nove meses, o

tempo dos dois períodos escolares: o primeiro, de Novembro a Fevereiro, e o segundo, de Março a Junho, ficando o mês de Julho para os exames teóricos e práticos.

Apesar do plano de estudos ser inovador para a época, várias condições, entre elas a precariedade das instalações da escola e a não assiduidade dos alunos aos estágios, não levaram ao êxito esperado. Assim, em 1930 assiste-se à criação *da Escola de Enfermagem de Artur Ravara,* onde é criado o curso de aperfeiçoamento com a duração de um trimestre e que é exigido para o concurso de enfermeiro chefe dos Hospitais Civis de Lisboa. As alterações que ocorreram nestas primeiras décadas não corresponderam aos objectivos pretendidos no curso de enfermagem (Silva *et al.*, 2007).

Em 1942, são criadas as especialidades de enfermeiras visitadoras, puericultoras e várias sub-especialidades. É aprovado o DL nº 32612, de 31 de Dezembro de 1942, que aponta para a necessidade de uma maior exigência técnica para a profissão de enfermagem e determina que para o exercício público da profissão de enfermagem a partir de 1 de Janeiro de 1944 é necessário possuir o diploma nos termos legislados. A partir de 1944, é legislado o ensino de enfermagem ministrado nas escolas públicas e particulares, tendo em vista melhorar a preparação técnica dos enfermeiros, elevar o seu nível social e profissional e conferir idoneidade às escolas de enfermagem, e que o ensino de enfermagem deve ser orientado com preferência do pessoal feminino, excepto na psiquiatria e urologia (Silva *et al.*, 2007).

Em 1947, com o DL nº 36219, de 10 de Abril, foram criados os *cursos de pré enfermagem,* que tinham a duração de dois anos e exigiam a instrução primária e a idade de 15 anos, e o *curso de auxiliar de enfermagem,* que tinha a duração de dois anos passando a ser exigida o 1º ciclo dos liceus, ou seja, seis anos de escolaridade e idade compreendida entre 18 e 30 anos. Mantinha-se o *curso de aperfeiçoamento complementar*, cuja habilitação era o 2º ciclo dos liceus e tinha a duração de um ano lectivo. O c*urso de auxiliar de enfermagem* destinava-se a preparar para tarefas de fácil execução e pouca responsabilidade e a trabalhar sobre a dependência dos médicos e enfermeiros e tinha a duração de um ano sendo exigido o ensino primário completo (Silva *et al.*, 2007).

A referência incontornável da transformação progressiva do ensino da enfermagem data de 1947. No DL nº 36219, de 10 de Abril de 1947, no seu articulado pode ler-se "o Ensino de Enfermagem deve ser ministrado em Cursos Gerais e Especializados, com a duração mínima de dois anos e de um ano para o Curso Auxiliar de Enfermagem". Esta formação preparava os enfermeiros para as categorias de enfermeiro, auxiliar de enfermagem, enfermeiros chefes e monitores. O ensino teórico, inicialmente pensado e ministrado por médicos, passou a ser também da responsabilidade dos enfermeiros. Quanto ao ensino prático, refere Amendoeira (2006) "…que quando existia era feito por enfermeiras que pouco sabiam e não tinham tempo disponível, ou não se interessavam por orientar alunos" (p. 131). Este autor sublinha que, inicialmente, os cursos eram leccionados por enfermeiros docentes e médicos e a formação assentava basicamente na dimensão do 'saber-fazer".

À medida que novas exigências foram desencadeadas na área da saúde, as necessidades de formação aumentaram. Assim, em 1952, pelo DL nº 38884, de 28 de Agosto, o *curso de enfermagem geral* passou a ter uma duração de três anos; e o *curso auxiliar de enfermagem,* dezoito meses. Este decreto cria ainda, o *curso de auxiliares de enfermagem especializada* e o *curso de enfermagem complementar*, este último com a duração de um ano que se destinava aos enfermeiros que exerciam as funções de chefia e aos monitores das escolas de enfermagem. Segundo este decreto, têm preferência de admissão os candidatos do sexo feminino e salienta a necessidade dos alunos terem preparação prévia com aulas teóricas e técnicas de enfermagem ministradas pelos professores e monitores antes dos estágios em enfermarias-escola ou em serviços adequados (Silva *et al.*, 2007). As práticas eram difíceis de concretizar devido à escassez de recursos humanos existentes nas escolas e os monitores eram os responsáveis pelo acompanhamento dos alunos em estágio e pelas aulas práticas. Neste período, o ensino prático, quando existia, era, como refere Amendoeira (2006) "… a aprendizagem era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas, sem qualquer orientação e relação com os conteúdos teóricos, limitando-se muitas vezes à observação do trabalho das enfermeiras" (p. 131), o que se tornava numa limitação para a evolução dos cuidados e da enfermagem.

Até 1957, os monitores faziam a preparação pedagógica em Lisboa, em Coimbra e no Estrangeiro. Em 1965, as admissões para o curso de enfermagem passam a exigir o 1º

ciclo dos liceus e o 2º ciclo dos liceus para o curso de enfermagem geral e o 3º ciclo dos liceus para o curso de enfermagem complementar. Nesta fase, as disciplinas e os seus programas passam a dar mais ênfase à área de enfermagem. As técnicas de enfermagem enfatizam o *saber fazer* e eram ministradas pelos monitores. Os alunos eram distribuídos pelos campos de estágio, em particular pelas enfermarias escolas, no sentido de lhe ser proporcionada uma formação como pessoas e como técnicos que lhe permitissem ser considerados como profissionais ao nível preventivo, curativo e de reabilitação (Silva *et al.*, 2007).

Em 1965, dá-se nova remodelação no ensino de enfermagem, o curso de auxiliares de enfermagem passa a ser de um ano e o estágio de seis meses. *O curso de enfermagem geral* mantém-se de três anos, as disciplinas de enfermagem também chamadas de técnicas de enfermagem enfatizam o saber fazer e eram ministradas pelos monitores e auxiliares de monitor e passaram a ter as designações: enfermagem preliminar, enfermagem médica, enfermagem cirúrgica, enfermagem obstétrica, enfermagem pediátrica, enfermagem psiquiátrica e enfermagem de saúde pública. Os alunos eram distribuídos pelos campos de estágio, predominantemente pelas enfermarias-escolas em serviços de saúde, dando maior ênfase ao ensino prático e a preparar os alunos para trabalhar em qualquer serviço de saúde.

E em 1972, são criadas condições para a criação do *curso de promoção de auxiliares de enfermagem* com a finalidade de acederem à categoria de enfermeiro. Este curso dava equivalência ao curso de enfermagem geral e tinha a duração de dois anos lectivos e eram ministrados nas escolas de enfermagem. Assim, até ao final da década de 70, a formação em enfermagem foi, como refere Amendoeira (2006), dominada pela perspectiva da racionalidade técnica inerente à perspectiva biomédica, assente na base de cura da doença e alívio dos sintomas. A partir de então, a filosofia educativa passa a considerar o estudante de enfermagem como um ser em construção de quem se espera uma atitude crítica e construtiva face à realidade, e não um mero executor de tarefas, externamente determinadas (Serra, 2008).

Com a Revolução do 25 de Abril de 1974, dão-se alterações políticas e sociais muito profundas em Portugal, como existiam dois cursos de base, o curso de enfermagem geral e o curso de auxiliares de enfermagem nesta fase, entendeu o governo e os

representantes dos profissionais de enfermagem, ser a altura adequada para criar um único nível de formação, é então extinto o curso de auxiliares de enfermagem. Deste processo resultou a criação de um único curso de base denominado *curso de enfermagem geral*, com a duração de três anos. Para a sua frequência era exigido o curso geral dos liceus e três anos mais tarde, em 1979, passou a ser exigido o ano complementar dos liceus. Para este curso, foi elaborado um novo plano de estudos com uma estrutura pedagógica teórica e prática na proporção de um terço da componente teórica e dois terços na componente prática, perfazendo um total de 4250 horas de formação, indo de encontro às orientações da instrução e formação dos enfermeiros preconizado no *Acordo do Conselho da Europa*. O ensino da enfermagem, tutelado pelo Ministério da Saúde, foi reestruturado, reforçando-se a sua autonomia e a relação escola/organizações de saúde e comunidade.

A concepção do novo plano de estudos dava mais ênfase à saúde e às ciências humanas e passou a integrar ao longo do curso os conceitos de saúde mental, saúde comunitária, de pedagogia, de gestão e de investigação, assim como outras exigências, e a ser leccionado por enfermeiros docentes e outros técnicos constituídos em equipas pedagógicas; a teoria e a prática foram permanentemente integradas. As escolas passaram a utilizar unidades de saúde que permitiram desenvolver uma boa integração de conhecimentos assegurados pelos docentes, enfermeiros dos locais de ensino clínico e estágio.

Até ao final da década de 70, a formação em enfermagem foi, como refere Amendoeira, (2006), dominada pela perspectiva da racionalidade técnica inerente à perspectiva biomédica, que assenta na base de cura da doença e alívio dos sintomas. No início da década de 80, ocorreu uma mudança na configuração dos currículos escolares, passando estes a compreender a perspectiva do cuidar, curar, enquadrável num "paradigma de enfermagem contemporâneo emergente" (Amendoeira, 2006, p. 34), e havendo uma revalorização da relevância curricular atribuída às ciências sociais e humanas, anteriormente subjugadas pelas ciências biomédicas (Serra, 2008). A dimensão do "saber-fazer", orienta-se agora mais para o "saber", "saber-ser" e "saber estar ", estes conceitos configuraram-se na construção do novo Plano de Estudos.

A carreira profissional era outra meta a conquistar, actualizando categorias e conteúdos funcionais e esta pretensão dos enfermeiros foi alcançada com a publicação do DL nº 305/81 de 12 de Novembro. Esta foi chamada na época, a nova carreira, que dividia o antes e o depois da publicação deste decreto de lei. Esta Carreira era considerada essencial para potencializar, dignificar e profissionalizar de vez a Enfermagem, porque define o que tem de fazer um enfermeiro de menor ao maior grau encontrando-se traçados os limites da autonomia do enfermeiro.

Em 1982, os cursos de especialização em enfermagem, de saúde pública, de saúde materna e obstétrica, de reabilitação, de saúde mental e psiquiátrica e recém-criado de médico-cirúrgica, foram reformulados e passaram de doze meses para dezoito meses de formação. Dos programas dos planos de estudo destes cursos constam obrigatoriamente três áreas: *1)* formação teórica da área de especialização; *2)* estágios da área de especialização; *3)* teoria e estágios na área de pedagogia e administração.

Em 1987, é aprovado um novo plano de estudos que contempla as orientações da directiva comunitária nº 77/453/CEE relacionadas com o ensino de enfermagem, que Portugal teve de considerar após a sua integração na Comunidade Económica Europeia. A componente de ensino teórico, inclui obrigatoriamente segundo o DL nº 320/87, de 27 de Agosto, para além do ensino teórico propriamente dito, o teórico-prático, o prático e os seminários. A componente de ensino clínico tem como objectivo assegurar a aquisição de conhecimentos, aptidões e atitudes necessários às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem. O ensino clínico é assegurado em unidades de saúde e na comunidade, sob a orientação dos docentes, com a colaboração de pessoal de saúde qualificado.

Este novo plano de estudos já contemplava alguns princípios, objectivos e orientações metodológicas idênticos ao do ensino superior e tinha a intenção de facilitar a integração do ensino da enfermagem no sistema educativo nacional. Estava organizado por semestres e unidades de crédito (202) com 4500 horas e a duração do curso era de três anos. Durou, apenas dois anos, devido à integração da enfermagem no sistema educativo nacional ao nível do ensino politécnico.

2. INTEGRAÇÃO DO ENSINO DA ENFERMAGEM NO ENSINO SUPERIOR POLITÉCNICO

O ensino da enfermagem sofreu significativas alterações, assinaladas, pelo progressivo aumento da escolaridade básica obrigatória para o acesso ao curso e que veio a culminar na sua integração no ensino superior, coroando o esforço que a profissão de enfermagem seguiu para acompanhar o progresso científico e técnico. Em 1988, o ensino da enfermagem é integrado no ensino superior politécnico e o curso tornou-se um dos mais procurados. Mas, embora fosse consensual dentro da classe de enfermagem a extraordinária evolução sofrida neste percurso, existindo expectativas muito optimistas para o futuro da enfermagem, impunha-se este reconhecimento vindo do exterior da classe: "a integração no ensino superior era tão inevitável quanto necessária" (Carvalho *et al.*, 2004, p. 40) e a sua integração no ensino superior trouxe, ainda, maior visibilidade.

Esta mudança progressiva passou pela reformulação dos planos curriculares, através do alargamento da componente teórica da formação, da introdução de novos contributos disciplinares da área das ciências sociais, da crescente ênfase atribuída à preparação profissional na promoção para a saúde e à própria filosofia da profissão de enfermagem. Em 23 de Dezembro de 1988, é publicado o DL nº 480/88, que integra o ensino da enfermagem no sistema educativo nacional, a nível do ensino superior politécnico, ficando sob a tutela conjunta dos ministros da educação e da saúde. O curso de enfermagem geral passou então a denominar-se curso superior de enfermagem, prevendo-se um período de transição de cinco anos, para se proceder às devidas alterações em relação a equivalências, tanto no que respeita ao curso de enfermagem geral (equivalência ao bacharelato), como dos cursos de especialização em enfermagem (equivalência à licenciatura, através do diploma de estudos superiores especializados em enfermagem) e ainda dos cursos de pedagogia e administração para enfermeiros especialistas. Aos docentes de enfermagem passa a aplicar-se o DL nº 185/81 de 1 de Julho, com as respectivas integrações nos quadros das escolas superiores de enfermagem. Consequentemente, a Portaria nº 821/89, de 15 de Setembro, reconverteu as escolas de enfermagem existentes, em escolas superiores de enfermagem, e para além da autonomia administrativa, financeira, pedagógica, dotou-as também da autonomia

científica, o que promoveu a valorização do pessoal docente e o desenvolvimento da investigação científica.

Em 1990, é regulamentado o c*urso de bacharelato em enfermagem* e a consequente regulamentação das equivalências a conceder aos titulares do *curso de enfermagem geral* e dos *cursos de especialização em enfermagem*, de pedagogia e administração para enfermeiros especialistas e de enfermagem complementar, legisladas pelo DL nº 100/90, de 20 de Março.

O *curso* de *bacharelato em enfermagem* tinha a duração de três anos, com 3300 a 3600 horas de formação, era generalista e os profissionais através da frequência de cursos de estudos superiores especializados em determinada área de especialidade obtinham o grau de licenciados. A organização e orientação do ensino clínico eram da responsabilidade dos docentes de enfermagem com a colaboração de enfermeiros qualificados das organizações de saúde e procurava-se assegurar uma adequada coordenação entre a componente do ensino teórico e o ensino clínico.

Em 1994, com base na Portaria nº 239/94, de 16 de Abril, passam a ser leccionados os cursos de estudos superiores especializados em enfermagem (CESE), conferentes do grau de licenciado. No ano seguinte, em 1995, o DL nº 205/95, de 8 de Agosto, regulamenta a organização e gestão das escolas superiores de enfermagem. A publicação do regulamento do exercício dos profissionais de enfermagem (REPE), em 1996 iniciou um novo ciclo na profissão de enfermagem que aponta claramente para princípios de actuação que encontram o seu fundamento numa moral de cooperação e respeito mútuos, baseada na igualdade, na reciprocidade, nas relações humanas e no acordo ou contratos sociais

Em 1997, a Lei nº 115/97, de 19 de Setembro, evidencia que no ensino politécnico são conferidos os graus académicos de bacharelato e licenciado. Como os graus de licenciados eram conferidos aos profissionais detentores de um curso de estudos superiores especializados, procedeu-se à alteração da estrutura do nível de bacharelato de três anos, para o de licenciatura com quatro anos lectivos, que incluía um modelo de transição para os estudantes que se encontravam a frequentar o bacharelato e o curso de

estudos superiores especializados. Neste contexto, estavam reunidas todas as condições para o curso de enfermagem passar para o nível académico de licenciatura.

Com a criação da OE (Lei nº 104/98 de 21 de Abril), foram estabelecidas condições para a consolidação da autonomia responsável da profissão de enfermagem. Entre as atribuições desta, destacam-se: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

3. CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Em 1999, com o DL nº 353/99 de 3 de Setembro, o Ministério da Educação vem aprovar a criação do CLE, com a duração de quatro anos, com cerca de 4600 horas de formação e cursos de pós-licenciatura de especialização, esta última não conferindo grau académico, com a duração de três semestres curriculares. A passagem do curso de bacharelato para o curso de licenciatura permitiu que a formação passasse de três para quatro anos, mais um ano, permitindo a aprendizagem e o desenvolvimento mais adequado às exigências e necessidades da formação em enfermagem (Carvalho, 2005).

O ensino de enfermagem passa a ser ministrado, também, nas então criadas escolas superiores de saúde. Passa a ter a duração de quatro anos curriculares (em vez de 3+2), e segundo o artigo 5º do DL nº 353/99, de 3 de Setembro:

> …visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção [...]. O curso visa ainda assegurar a formação necessária à participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde; à participação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde; ao desenvolvimento da prática da investigação no seu âmbito.

De acordo com o DL nº 99/2001, de 28 de Março, procede-se à reorganização da rede de escolas superiores de enfermagem:

> …através da sua integração em estabelecimentos de ensino superior já existentes, ou no caso de Coimbra, de Lisboa e Porto, em novos institutos politécnicos vocacionados para a área da saúde; nalgumas circunstâncias as escolas conservam o estatuto de escola não

> integrada, promovendo-se, nesses casos, o desenvolvimento de formas de cooperação ou associação com outros estabelecimentos de ensino superior, tendo em vista, designadamente, a qualificação do pessoal docente, a utilização de recursos em comum e a acção social escolar.

Com a criação do CLE assiste-se a uma reorganização da formação de enfermeiros, traduzida na realização de uma formação geral, através de cursos de licenciatura e de uma formação especializada, através de cursos de pós-licenciatura não conferentes de grau. Os cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem são regulamentados pela Portaria nº 268/2002, de 13 de Março, têm a duração de pelo menos três semestres curriculares, exceptuando-se o curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem em saúde materna e obstetrícia, sendo estes desenvolvidos pelas escolas superiores de enfermagem e de saúde. Por meio deste decreto, foi reorganizada a rede de escolas públicas, passando a tutela a ser exercida pelo Ministério da Educação, excepto no tocante ao ensino da enfermagem, domínio em que os Ministérios da Educação e da Saúde se passaram a articular. Este diploma aponta, no seu preâmbulo, para a integração das escolas superiores de enfermagem em unidades de ensino mais amplas (institutos politécnicos, institutos politécnicos de saúde ou universidades) e a criação de escolas superiores de saúde, o que veio a concretizar-se através do DL nº 99/2001, de 28 de Março, que transferiu as escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde para a tutela exclusiva do Ministério da Educação. Tutela exercida pelo Ministério da Ciência e do Ensino Superior, na sequência da publicação do DL nº 120/2002, de 3 de Maio.

A) Organização do curso de licenciatura em enfermagem

A organização do CLE obedece ao regulamento geral a que se refere o DL nº 353/99, de 3 de Setembro, instituindo ainda mecanismos conducentes à obtenção do grau de licenciado a enfermeiros titulares do grau de bacharel ou equivalente legal, através da realização do curso de complemento de formação em enfermagem ou da frequência de um ano complementar de formação. Este último dirigido aos estudantes que obtiveram o seu bacharelato no anos lectivos de 1998 a 2001. Relativamente à especialização em enfermagem, os cursos de pós-licenciatura não conferentes de grau, foram regulamentados através da Portaria nº 268/2002, de 13 de Março. Cada ano lectivo tem a duração mínima de 36 semanas de actividades pedagógicas. A carga horária total do CLE deve situar-se entre quatro mil e seiscentas e quatro mil e oitocentas horas. O plano

de estudos inclui, de forma articulada, uma componente de ensino teórico e uma componente de ensino clínico. A duração do ensino teórico que obedece às normativas europeias deve ser de, pelo menos, um terço da carga horária total do curso. A duração do ensino clínico deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso. A componente de ensino teórico tem como objectivo a aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional de Enfermagem. É um dos cursos em que a componente prática é das mais acentuadas reforçando a importância da formação experiencial, uma vez que o processo formativo deve decorrer essencialmente da reflexão e teorização sobre a experiência clínica (Fernandes, 2006).

O DL nº 161/96, de 4 de Setembro, que regulamenta o REPE, clarifica o conceito de enfermeiro como um profissional habilitado com o curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária secundária e terciária.

O curso superior de enfermagem visa a formação de enfermeiros generalistas que, entre muitas outras capacidades, desenvolvam competências gerais para prestar cuidados de enfermagem globais à pessoa, inserida na família e na comunidade, em variados contextos assistenciais. O perfil profissional que se pretende que o estudante adquira, é aquele que, em condições favoráveis ou nas mais adversas, tenha preparação para dar atendimento adequado em tempo útil a todos aqueles que necessitem dos cuidados de enfermagem. Enfermeiros com uma visão alargada para a promoção da saúde e prevenção da doença, da população ao seu cuidado, e preparados para actuar tanto no âmbito dos cuidados diferenciados no hospital como nos cuidados de saúde primários no centro de saúde ou na comunidade, e que por meio dos conhecimentos adquiridos possam contribuir para a melhoria da qualidade de vida, actuando no atendimento dos cidadãos, na administração e educação em saúde, integrando assim, de forma participativa, a sociedade em que vive.

Toda a formação actualmente feita a este nível é da responsabilidade das escolas superiores de enfermagem sob a tutela do Ministério da Ciência, Tecnologia e do

Ensino Superior. Vão-se dando passos no sentido de uma abertura a outras instituições de ensino e a países da Europa, a que o "Processo de Bolonha" faz apelo. O ensino superior politécnico visa uma sólida formação cultural e técnica de nível superior e uma capacidade de inovação e análise crítica (Pires, 1987). A formação ao nível do mestrado e doutoramento é desenvolvida por instituições universitárias.

O sistema de ensino superior está em fase de mudança. De modo a superar, por exemplo, os desafios da internacionalização do sistema de ensino e da sua proximidade ao mercado de trabalho, da mobilidade dos estudantes e da aprendizagem ao longo da vida, em muito contribuirá a adequação do sistema de ensino superior ao "Processo de Bolonha". A questão central do "Processo de Bolonha" é também a mudança do ensino, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências. O sistema de ensino superior no qual se insere a enfermagem passa a estar estruturado em três ciclos, conferindo os graus académicos de licenciado, mestre e doutor.

B) O caso particular do CLE na Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

A Escola de Enfermagem de Vila Real (ESEnfVR), foi criada pelo DL nº 569/73, de 30 de Outubro. Iniciou a sua actividade de formação, com o curso de enfermagem geral, a 9 de Abril de 1980. Situa-se em instalações próprias, desde 1983, na zona periférica da cidade, nas imediações do actual Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro – Vila Real, ocupando uma área de 2 ha, arborizada e ajardinada. O edifício, em piso único, construído com o apoio do Programa de Cooperação Luso-Norueguês, foi inaugurado em 2 de Maio de 1983.

Com a integração do ensino da enfermagem no ensino superior politécnico, a Escola de Enfermagem é convertida em Escola Superior de Enfermagem, não integrada, pela Portaria nº 821/89, de 3 de Maio, passando a ter por princípios fundamentais os definidos para o ensino superior politécnico.

Inicia formação de nível superior em Abril de 1990, com o curso de bacharelato em enfermagem (Portaria nº 195/90, de 17 de Abril), e em 6 de Outubro de 1999, com o CLE (Portaria 799-D/99, de 18 de Setembro). Inicia também formação especializada com os cursos de estudos superiores especializados (Portaria nº 239/94, de 16 de Abril),

e mais recentemente com os cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem (Portaria nº 268/2002, de 13 de Março).

A 4 de Novembro de 1999, no Despacho Normativo nº 51/99, dos Ministérios da Educação e da Saúde, são publicados os estatutos da ESEnfVR, considerando-a um estabelecimento de ensino superior politécnico, não integrado, vocacionado para o ensino, a investigação e a prestação de serviços à comunidade.

Em 2004, sob a tutela do Ministério da Ciência, Tecnologia e do Ensino Superior, a ESEnfVR, é integrada na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD) pelo DL nº 175/2004, de 21 de Julho, beneficiando a escola das sinergias resultantes da sua inserção numa instituição de maior dimensão e potenciando na universidade o desenvolvimento dos projectos de ensino na área da saúde. Presentemente, os estatutos da ESEnfVR estão a ser revistos por via desta integração.

No presente, a ESEnfVR promove actividades de formação, ao nível do CLE, curso de mestrado e pós-graduação em gestão de serviços de saúde, curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de saúde materna e obstetrícia, aguardando a aprovação de outros cursos de pós-licenciatura (curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem de reabilitação e curso de pós-licenciatura de especialização em enfermagem comunitária), e estreita colaboração no doutoramento em enfermagem.

A associação de estudantes da ESEnfVR, parceira privilegiada desta escola, promove iniciativas no âmbito das actividades da escola, constituindo-se como um elemento dinamizador das actividades académicas.

a) Objectivos e estrutura do curso

O CLE, regulamentado pela Portaria nº 799-D/99 de 18 de Setembro, permitiu que o primeiro plano de estudos do CLE da ESEnfVR fosse aprovado pela Portaria nº 720/2000, de 5 de Setembro. O plano curricular fundamentou-se na filosofia de educação da ESEnfVR, articulando as componentes de ensino teórico, ensino clínico e estágio, e orientado para a aquisição de competências para as novas problemáticas de saúde na comunidade, resultantes das mudanças demográficas, sociais e epidemiológicas.

Conceptualmente, o CLE na ESEnfVR, de acordo com a fundamentação do plano curricular:

> …confere formação científica, humana, técnica e cultural para planear, prestar e avaliar cuidados de enfermagem gerais ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo de vida, à família, grupos e comunidade aos três níveis de prevenção e a necessária capacidade para desenvolver a prática da investigação em enfermagem, em particular, e da saúde em geral e ainda, participar na formação de outros profissionais de saúde e na gestão dos serviços de saúde (ESEnfVR, 1999, p. 4).

A finalidade do CLE é contribuir para o desenvolvimento da enfermagem como ciência e profissão: *1)* na profissão - contribuir para o desenvolvimento da enfermagem participando na gestão de serviços, na formação de enfermeiros e na investigação em enfermagem; desenvolver consciência profissional, colaborando nas organizações profissionais, tendo em vista a evolução da profissão; *2)* na prestação de cuidados de enfermagem - prestar cuidados integrais e personalizados ao indivíduo, família e comunidade aos três níveis de prevenção, primária, secundária e terciária, utilizando metodologia científica de trabalho; *3)* na equipa - adquirir capacidade de trabalho interdisciplinar e colaborar com outros técnicos de saúde ou de outros sectores envolvidos no desenvolvimento global e integrado da comunidade; *4)* nas organizações/instituições - compreender que o processo de saúde e respectivo planeamento são parte integrante do Plano Nacional de Saúde do país, desenvolver competências, de pensamento crítico-reflexivo e de tomada de decisão, que garantam a qualidade dos cuidados prestados e, consequentemente, a melhoria do nível de saúde das populações; *5)* na comunidade - trabalhar com a comunidade, participando na definição e resolução de problemas de saúde; perceber que a resolução dos problemas de saúde se faz numa perspectiva sistémica, acompanhando a evolução de outros sectores, entre outros, a economia, a educação e o mercado de trabalho; formar elementos da comunidade para exercerem junto dela uma acção promocional da saúde; atendendo às mudanças sociais e intervindo como agente transformador.

A principal missão da ESEnfVR é a formação de licenciados generalistas que desenvolvam as competências preconizadas pela OE (2003), pensamento crítico e competências de investigação.

No plano de estudos, o ensino clínico é parte integrante da experiência prática, isto é, "a aplicação que o aluno faz dos conhecimentos teóricos, teórico-práticos e práticos. Esta decorre em instituições de saúde, de educação, de solidariedade social, entre outras" (ESEnfVR, 1999, p. 7). Também definiu ensino clínico, as situações em que o aluno está sob orientação expressa de um docente ou substituto, e como estágio, quando o aluno, integrado na equipa, está sob supervisão de um docente ou substituto. O CLE da ESEnfVR integra uma componente de experiência prática, que representa metade da duração do curso.

A estrutura curricular tem subjacente o que preconiza a Directiva do Conselho da Comunidade Europeia, 77/453 de 10 de Outubro de 1989, a formação de enfermeiro responsável por cuidados gerais compreende um total de 4.600 horas de ensino teórico e clínico, com a duração do ensino teórico de pelo menos um terço e do ensino clínico pelo menos metade da duração mínima de formação.

O CLE tem a duração de quatro anos lectivos, desenvolvendo-se as actividades de ensino/aprendizagem durante trinta e seis semanas anuais. As unidades curriculares contemplam no ensino teórico, aulas teóricas, práticas e ou teórico-práticas; há ainda a considerar a realização de trabalhos de grupo e seminários temáticos. A experiência prática é designada por ensino clínico e estágio de acordo com o quadro 1. A carga horária total é de 4600 horas, distribuída em ensino teórico, 2220 horas, e experiência prática, 2380 horas, a que correspondem no presente 240 ECTS, distribuídas por 60 ECTS em cada ano lectivo.

Quadro 1. Distribuição da carga horária anual dos quatro anos do CLE

Carga Horária	Ensino		Experiência Prática	
	Teórico	Prático	Ensino Clínico	Estágio
1º Ano 1092 H	369 H	443 H	280 H	
2º Ano 1140 H	251 H	329 H	560 H	
3º Ano 1166 H	253 H	283 H	630 H	
4º Ano 1202 H	30 H	262 H		910 H
Total 4600 H	903 H	1317 H	1470 H	910 H

Fonte: Plano de Estudos do CLE da ESEnfVR, 1999, p. 8.

Quadro 2. Distribuição das unidades curriculares do plano de estudos do CLE

UNIDADES CURRICULARES	ECTS (60)	TIPO	Escolaridade em horas totais		
			Ensino Teórico	Ensino Teórico Prático	Estágios
1º ANO – 1º e 2º SEMESTRES					
Enfermagem I (Fundamentos de Enfermagem)	*17,5*	A/ 292	71	221	
Anatomia, Histologia e Fisiologia Humana	*8,5*	A/ 130	65	65	
Psicologia da Saúde	*2*	S1/ 30	20	10	
Microbiologia e Parasitologia	*2*	S1/ 30	22	8	
Química Fisiológica e Biofísica	*4*	S1/ 70	46	24	
Introdução a Metodologias de Investigação	*4*	S1/ 70	23	47	
Antropologia e Sociologia	*2*	S1/ 30	22	8	
Farmacologia	*3*	S2/ 40	30	10	
Pedagogia I	*2,5*	S2/ 40	20	20	
Bioestatística	*2*	S2/ 30		30	
Ética	*1*	S2/ 20	10	10	
Nutrição	*1,5*	S2/ 30	22	8	
Ensino Clínico I	*10*	A/ 280			280
2º ANO – 1º e 2º SEMESTRES					
Enfermagem II (da Concepção ao Puerpério)	5	S1/ 90	29	61	
Psicologia do desenvolvimento I	4	S1/ 60	30	30	
Fisiopatologia I	3	S1/ 20	15	5	
Psicopatologia I	2	S1/ 20	18	2	
Psicossociologia da família	2	S1/ 35	15	20	
Bioética I	2	S1/ 20	10H	10	
Administração	2	S1/ 45	22	23	
Ensino clínico II	10	S2/280			280
Enfermagem III (do Nascimento à Adolescência)	6	S1/130	32	98	
Fisiopatologia II	4	S1/ 60	45	15	
Psicopatologia II	2	S1/ 20	18	2	
Investigação I	3	S1/ 25	5 H	20	
Epidemiologia	3	S1/ 30	15	15	
Opção: Inglês I / Francês I	2	S1/ 25		25	
Ensino clínico III	10	S2/280			280
3º ANO – 1º e 2º SEMESTRES					
Enfermagem IV (Enfermagem do Adulto e Idoso)	15	A/276	79	197	
Fisiopatologia III	9	A/120	90	30	
Psicopatologia III	4	A/40	30	10	
Psicologia do Desenvolvimento II	3	S1/30	22	8	
Bioética II	2,5	S2/20	10	10	
Sociologia da Saúde	3	S2/30	22	8	
Opção: Inglês II / Francês II	1,5	S2/20		20	
Ensino Clínico IV	22	A/630			630
4º ANO – 1º e 2º SEMESTRES					
Enfermagem V (Fundamentos da Profissão)	4,5	S1/42	10	32	
Investigação II Seminários	4,5	S1/35		35	
Formação e Desenvolvimento Pessoal	4	S1/30		30	
Psicossociologia das Organizações	2,5	S1/30	10	20	
Deontologia	2	S1/20	10	10	
Opção - Tecnologias de Informação em Saúde - Comunicação e Relação de Ajuda - Diversidade Cultural e Cuidar em Enfermagem	2,5	S1/35		35	
Enfermagem VI – da Lógica Escolar à Lógica do Trabalho	10	A/100		100	
Estágio Elaboração de Projecto de Investigação	30	A/840			840

De acordo com o quadro 2, os ensinos clínicos do CLE têm início no primeiro ano com o Ensino Clínico I (Fundamentos de Enfermagem), com 10 Ects e 280 horas; seguindo-

se o Ensino Clínico II (Da Concepção ao Puerpério), com 10 Ects e 280 horas; Ensino Clínico III (Do Nascimento à Adolescência), com 10 Ects e 280 horas; Ensino Clínico IV (Enfermagem do Adulto e Idoso), com 22 Ects e 630 horas; e finalmente o Estágio de Integração à Vida Profissional, com 30 Ects e 840 horas.

A EsEnfVR motiva os estudantes a orientar a sua conduta para a interacção com os membros da equipa de saúde, pautada pelos princípios de cidadania, de ética e de humanização. Durante a realização do ensino clínico, o estudante deve conhecer o guia orientador do ensino clínico, onde se encontram definidos os objectivos e estratégias de aprendizagem de acordo com o seu estádio de desenvolvimento, no sentido da aquisição de competências, bem como o regime de frequência e avaliação e as normas em vigor na instituição acolhedora.

No que respeita à avaliação, predominam várias formas e estratégias que têm sempre subjacente os princípios pedagógicos e científicos definidos pela escola, ou seja, a avaliação é entendida como contínua, dinâmica e sistemática, que permite apreciar e quantificar os progressos da aprendizagem e a aquisição de competências (conhecimentos, capacidades e atitudes necessárias ao desempenho profissional futuro). Nesta perspectiva, são considerados dois tipos de avaliação, a formativa, que mostra a função de regulação do processo educativo, e a sumativa, que assegura a função de certificação, concretizando ambas o processo e os resultados, tradutores da eficiência e a eficácia da formação. No que respeita à experiência prática, esta é de avaliação contínua e conclusiva, pelo que os estudantes deverão tomar conhecimento e participar no registo da evolução da sua aprendizagem, periodicamente e de uma forma sistemática. A avaliação sumativa concretiza-se no final da experiência prática e é discutida a classificação final com a participação activa dos estudantes e dos profissionais da equipa de enfermagem.

O curriculum do CLE está presentemente a ser reformulado de acordo com as premissas preconizadas pelo "Processo de Bolonha" no que respeita à consecução de uma aprendizagem construtivista centralizada no estudante e à adopção de metodologias activas, visando a promoção da mobilidade e da empregabilidade. Traduzindo-se em mudanças na organização e estrutura do plano curricular, o estudante deve reunir em cada área científica os ECTS necessários para a obtenção do grau académico de

licenciado em enfermagem. A partir do ano lectivo 2008-2009, a licenciatura em enfermagem passa a funcionar adequada ao "Processo de Bolonha", com a duração de quatro anos lectivos (oito semestres) num total de 240 ECTS.

CAPÍTULO II. A APRENDIZAGEM

Desde o século XX, até à actualidade, deu-se um forte investimento na exploração de áreas mais ligadas ao ensino/aprendizagem. Emergem abordagens que oscilam entre concepções mais tecnicistas da aprendizagem e as mais reflexivas e humanistas, onde a reflexão na e sobre a acção, a autonomia dos estudantes e o seu desenvolvimento pessoal sobressaem como aspectos centrais. Neste capítulo, procuramos abordar estas diferentes perspectivas no processo de ensino-aprendizagem e as suas repercussões no desenvolvimento das práticas pedagógicas.

1. ARTICULAÇÃO ENSINO/APRENDIZAGEM

Ao longo dos tempos, encontram-se várias abordagens acerca da natureza do processo de transmitir e receber os saberes, sejam eles teóricos ou práticos. Numa perspectiva em que a actividade de ensinar é correlata da actividade de aprender, a intenção de fazer aprender está inerente à actividade de aprender (Reboul, 1982). A escola foi-se estruturando de molde a conseguir as melhores aprendizagens, através da utilização dos meios adequados por parte de quem ensina. Assim, durante muito tempo, privilegiou-se o saber/objecto, constituído e estruturado pelo professor que o transmitia ao estudante como herança cultural. O professor sabia e ensinava e era à volta do professor que se organizava toda a actividade de aprender (Reboul, 1982).

Ensinar (do latim *insignare,* significa, etimologicamente, 'indicar', 'mostrar'), tem como sujeito do processo de estruturação do saber, o professor. Cabia a este, apresentar e expor conteúdos que os estudantes recebiam passivamente e com esforço guardavam na memória, com especial interesse pelas questões teóricas e aspectos disciplinares. Not (1987), denomina as pedagogias que se orientam por esta perspectiva centrada no

professor/mestre como hétero-estruturantes, em que a aprendizagem é exógena, o método expositivo e verbalista.

Paralelamente, sempre se questionou esta forma de ensinar e aprender. O importante não é o transmitir, mas o estruturar e internalizar o saber, os valores, as técnicas, as relações, potenciando o desenvolvimento de capacidades. Ser capaz pressupõe transformar o sujeito da actividade de estruturação e colocá-lo no estudante. São as pedagogias da auto-estruturação que explodiram nos finais do século XIX e atingiram o auge nos princípios do século XX. Uma plêiade de mestres desenvolveu escolas que deram corpo e alma à educação nova. Nesta, enfatiza-se o papel do estudante, a sua motivação, a actividade de aprender. Aprender (do latim *aprehendere*, etimologicamente significa 'agarrar', 'segurar'), refere o processo que o aluno desenvolve em ordem à descoberta e à apropriação do saber. Implica este método a componente prática por iniciativa do estudante. Aprende-se a fazer fazendo, aprende-se a falar falando, aprende-se a actividade profissional exercitando-a; e não ouvindo discursos mais ou menos convincentes acerca dos conceitos e da sua aplicação prática. Reflectindo sobre estas duas visões da pedagogia, Not (1987) entende que a realidade da actividade de ensinar e aprender está longe destes paradigmas maniqueístas. Nenhuma das correntes tem o monopólio da verdade e há aspectos positivos e incompletos em todas elas. Aliás, a aprendizagem é uma actividade do estudante, já que o saber é integrado na sua personalidade, mas que no entanto se realiza com a mediação do professor e de toda a ambiência sócio-cultural. Para este pensador do processo de ensino/aprendizagem, todo o saber aprendido consegue-se através de um processo de interestruturação.

Na pedagogia de interestruturação, que articula o processo de ensino-aprendizagem a partir da centralidade do estudante, dos seus métodos e dos seus meios de aprender, o pedagogo concebe e estabelece situações de aprendizagem para ajudar o estudante a aprender, colocá-lo em actividade, propondo-lhe meios para atingir o conhecimento (Altet, 1999), que nos parece constituir o processo ensino/aprendizagem que melhor se configura no CLE. O professor tem uma função que não é apenas transmitir, mas colocar os estudantes em situação de aprender, facilitando a actividade estruturante e implicá-los no processo de construção. O professor passa a ser agente da interacção, do diálogo, da compreensão interpessoal em ordem à autonomia. Pensando e fazendo,

praticando em diálogo com os outros e em interacção com o meio, o estudante conquista progressivamente auto-estima e a capacidade de exercer sozinho as suas competências (Altet, 1999).

O processo de aprendizagem implica a aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de competências e mudança de comportamento através de experiências práticas. Só se considera que houve uma aprendizagem, se as mudanças provocadas pela mesma forem relativamente permanentes. Para Coll, Martín e Onrubia (2004), a aprendizagem é uma construção pessoal realizada com a ajuda que se recebe de outras pessoas. Tal como afirma Berbaum (1993), cit. por Serra (2004), "…a aprendizagem não se confina a situações específicas no espaço-tempo, aliás, as situações passíveis de originar aprendizagens são diluídas no meio em que o sujeito vive de tal forma que o próprio meio se constitui como uma situação de aprendizagem" (p. 28), pelo que se aprende continuamente e ao longo da vida.

2. AS TEORIAS DE APRENDIZAGEM

No século XX desenvolveram-se as mais significativas teorias de aprendizagem, partindo de pressupostos divergentes. A teoria do behaviorismo, que entende que a mente humana é uma caixa negra em que nada se vê e portanto aí nada se pode analisar durante o processo de aprendizagem e, por conseguinte, só se pode analisar e compreender o comportamento, observável e mensurável. De Watson (1878-1958) com o condicionamento clássico (R – R) a Skinner e Thorndike, com o condicionamento operante (S – R – S), a aprendizagem é uma mudança de comportamento implicando uma conexão necessária entre estímulos e respostas, ou seja, aprender é adquirir reflexos condicionados e perceber a sua conexão. O estudante é visto como aquele que responde a estímulos do meio físico e a aprendizagem é considerada essencialmente como a aquisição de respostas. O estudante reage passivamente aos estímulos do meio exterior, sendo condicionado pelas recompensas e punições que resultam do seu comportamento. Deste modo, a aprendizagem consiste em aumentar o número de respostas correctas no mais curto espaço de tempo possível, com ênfase no "saber fazer" (Oliveira & Oliveira, 1996).

Outra teoria, o cognitivismo, que aborda o próprio acto de conhecer e o processo mental que acompanha a aprendizagem, teve a sua influência nas décadas de 50 e 60 do século passado. O importante é compreender como funciona a mente humana quando conhece ou compreende e dá significados aos novos conhecimentos e experiências ao integrá-los nas estruturas cognitivas complexas. De entre as teorias cognitivas de aprendizagem mais relevantes, destacam-se a da Teoria do Campo e a da Gestalt. As mais recentes e de bastante influência no processo de aprendizagem são as de Bruner, Piaget, Vygotsky e Ausubel. Para estes teóricos, a aprendizagem é um processo de "*insights*" cognitivos e de padrões de pensamento. Preferem falar de pessoa, de ambiente psicológico e de interacção, em vez de mecanismo e de ambiente físico. Toda a aprendizagem é resultante da alteração deste campo cognitivo e traduz-se em mais valias significativas que enriquecem as estruturas psicológicas existentes. A aprendizagem passa a ser concebida como aquisição de conhecimento, o estudante torna-se um processador de informação à semelhança de um computador, capaz de adquirir, armazenar e recuperar informações, aumentando a quantidade de conhecimentos. O papel do professor é o de auxiliar e melhorar os processos cognitivos do estudante, as suas capacidades de memorização, a sua inteligência com ênfase no "saber".

Os teóricos do condicionamento interpretam a aprendizagem em termos de mudança da intensidade de variáveis hipotéticas chamadas conexões S – R, associações, força do hábito, ou tendências de comportamento; os teóricos da teoria de Campo-Gestalt definem aprendizagem em termos de reorganizações de campo ou sistema conceptual ou cognitivo. A aprendizagem pode ser obtida pela utilização de recompensas, denominados "reforços positivos" e por punições denominados "reforços negativos". O estudante adopta um comportamento que lhe permite evitar os reforços negativos e aumentar as probabilidades de conseguir reforços positivos. Consequentemente, enquanto um professor behaviorista deseja modificar o comportamento dos seus estudantes de uma forma significativa, um professor que se orienta pela teoria do Campo-Gestalt deseja ajudar os estudantes a modificar a sua compreensão de problemas e situações significativas (Bigge, 1977).

Mais recentemente, surge a perspectiva designada de sócio-cognitivista, que sob a influência do cognitivismo e das correntes ambientais e ecológicas desencadeou outra visão do ser humano como alguém que dá sentido às suas experiências, não se limitando

a reagir ao meio ou a armazenar informação. A aprendizagem é a construção do conhecimento e o estudante o construtor do seu conhecimento, possuindo capacidades metacognitivas de controlo e interpretação dos seus processos cognitivos e "aprende a aprender", interpreta o meio e a si próprio de forma a obter uma relação mais satisfatória com o mundo. A ênfase é colocada não apenas no *saber*, no *saber fazer*, mas também no *saber a aprender*. A cultura e o meio social são dimensões intrínsecas do comportamento humano, por isso não faz sentido estudar o comportamento humano a partir de um laboratório, porque, não passa de uma situação artificial que não se equipara às situações reais de aprendizagem por não reproduzir o ambiente social e cultural. Esta teoria acrescenta à teoria cognitivista a perspectiva cultural.

As teorias da aprendizagem que vamos destacar, são aquelas que consideramos de maior interesse: as desenvolvidas por Jean Piaget, por Vygotsky, Albert Bandura, porém muitas outras teorias estarão presentes na formação em enfermagem.

A) A teoria de Jean Piaget - A aprendizagem construtiva

Jean Piaget (1896-1980), foi um dos investigadores mais influentes do século XX na área da psicologia do desenvolvimento. Piaget acreditava que o que distingue o ser humano dos outros animais é a sua capacidade de ter um pensamento simbólico e abstracto e que a maturação biológica estabelece as pré-condições para o desenvolvimento cognitivo. Piaget revolucionou as concepções de inteligência e de desenvolvimento cognitivo partindo de pesquisas baseadas na observação e em entrevistas que realizou com crianças. Interessou-se fundamentalmente pelas relações que se estabelecem entre o sujeito que conhece e o mundo que tenta conhecer. Considerou-se um epistemólogo genético porque investigou a natureza e a génese do conhecimento nos seus processos e estádios de desenvolvimento. Através de várias observações com crianças, Piaget deu origem à Teoria Cognitiva, onde demonstra que existem quatro estágios de desenvolvimento cognitivo no ser humano: Sensório-motor, Pré-operacional, Operatório concreto e Operatório formal.

Para Piaget, a aprendizagem é um processo que começa no nascimento e acaba na morte. A aprendizagem dá-se através do equilíbrio entre a assimilação e a acomodação, resultando em adaptação. O ser humano assimila os dados que obtém do exterior, mas

tem uma estrutura mental que não está "vazia", precisando de adaptar esses dados à estrutura mental já existente, e uma vez os dados adaptados a si, dá-se a acomodação. Para este autor, o homem é por excelência um ser adaptável do mundo, considerando que nenhum conhecimento nos chega do exterior sem que sofra alguma alteração pela nossa parte. Considera, que o aprendemos é influenciado por aquilo que já tínhamos aprendido.

B) Teoria de Bandura - A aprendizagem social ou observacional

Albert Bandura popularizou a teoria da aprendizagem social, também conhecida por aprendizagem por modelação ou imitação. Para Bandura (1978), o processo de aprendizagem não se confina ao ambiente escolar, mas envolve todas as vivências sociais. Somos moldados pelo nosso pensamento, pelas regras sociais e por aquilo que aprendemos dos nossos modelos. Considera a imitação como resultante de uma conduta aprendida, aprende-se a aprender imitando outros (modelos). A aprendizagem social compreende três processos de aquisição: *1)* aprendizagem imitativa, aprendemos pela experiência e pela observação do comportamento dos outros, no entanto, não utilizamos tudo aquilo que aprendemos, preferimos o que nos traz recompensas e é considerado aceitável pela sociedade em que vivemos. A aprendizagem pode ocorrer sem qualquer reforço (recompensa), no entanto, a pessoa que a praticou sente-se mais disposta a fazer certa actividade, se tiver sido pela mesma objecto de elogios; *2)* Facilitação Social, o observador, para conseguir uma melhor aceitação social, pode evocar uma resposta que não estava previamente inibida. O desempenho de certas tarefas já aprendidas tende a melhorar quando a pessoa se sente observada por outras pessoas; *3)* Antecipação Cognitiva, ocorre quando o indivíduo tende a encontrar a resposta a uma nova situação, a partir da avaliação ou consideração de respostas anteriores. Estes julgamentos têm por base as suas próprias experiências (êxitos ou fracassos), mas também o que observou nos outros, acabando por resultar em crenças sobre as suas capacidades, influenciando de modo decisivo o seu empenho na aprendizagem e na forma como enfrenta os obstáculos.

Nesta perspectiva, Bandura (1978) afirma que as pessoas são produto do meio, mas também têm a capacidade de escolher e alterar, num processo em que a aprendizagem observacional depende muito da atenção do observador (estudante) das actividades ou

demonstrações do modelo (o que pratica a acção); da codificação simbólica e respectiva retenção pela transformação que os observadores fazem da actividade observada em códigos verbais ou imagens, aprendendo e retendo a informação muito melhor, do que aqueles que se limitam a observar; da apreensão dos processos de produção e por último dos aspectos motivacionais.

C) A teoria de Vygotsky - O sócio-interaccionismo

Lev Semenovich Vygotsky (1896-1934), estudou na Universidade de Moscovo e tornou-se professor de literatura. Em 1924, dedicou-se à psicologia evolutiva, educação e psicopatologia e produziu obras em ritmo intenso até sua morte prematura em 1934, devido a tuberculose. Para Vygotsky (1983), o desenvolvimento é impulsionado pela linguagem, numa dialéctica das interacções com o outro e com o meio, como desencadeador do desenvolvimento. Pensamento e linguagem têm origens diferentes mas as suas trajectórias de desenvolvimento cruzam-se numa inter-relação fundamental proporcionando recursos um ao outro. Para Vygotsky (1983), é o próprio processo de aprender que gera e promove o desenvolvimento das estruturas mentais superiores. Este pensador afirma que a aprendizagem acontece no intervalo entre o conhecimento real e o conhecimento potencial, dá-se no intervalo entre aquilo que o sujeito já sabe e aquilo que ele tem potencialidade de aprender, estimulando a aquisição do conhecimento potencial, que ao ser alcançado, passa a ser conhecimento real.

É de opinião que as interacções têm um papel crucial e determinante. Para definir o conhecimento real, Vygotsky (1983) sugere que se avalie o que o sujeito é capaz de fazer sozinho, e o potencial aquilo que ele consegue fazer com ajuda de outro sujeito. Assim, o nível de riqueza e diversidade das interacções determinará o potencial atingido. Quanto mais ricas as interacções, maior o desenvolvimento potencial que levará a um maior desenvolvimento efectivo.

Vygotsky é o grande fundador do socioconstrutivismo, onde os signos, a linguagem simbólica desenvolvida pela espécie humana, estabelecem uma relação de mediação entre o homem e a realidade. Quando aprendemos a linguagem específica do nosso meio sócio-cultural, transformamos o próprio desenvolvimento e neste caso, o professor e o estudante passam a ter um papel essencial no processo de ensino e aprendizagem.

Vygotsky (1983), dá importância à dimensão social, interpessoal, na construção do sujeito psicológico. Mas, para que possam ocorrer processos de aprendizagem é necessário que o organismo tenha atingido um grau desenvolvimento adequado aos mesmos. Ao contrário da imagem de Piaget em que o indivíduo constrói a compreensão do mundo sozinho, Vygostky via o desenvolvimento cognitivo como mais dependente das interacções com as pessoas e com os instrumentos do mundo.

D) A teoria de Ausubel – A aprendizagem significativa

Ausubel foi contemporâneo de Piaget e as suas teorias apresentam alguns pontos de convergência. Ausubel é um representante das teorias cognitivistas e concebe e ensino e aprendizagem como um contínuo e não como variáveis dicotómicas (Pozo, 1998), correspondendo o ensino pela descoberta a uma aprendizagem dinâmica, significativa e compreendida, chegando assim à identificação de dois modos ou tipos de aprendizagem - aprendizagem por recepção e aprendizagem por descoberta. Para haver aprendizagem significativa, segundo Ausubel (1982), são necessárias duas condições: em primeiro lugar, o estudante precisa ter uma disposição para aprender, caso contrário, o estudante memoriza o conteúdo de forma arbitrária e então a aprendizagem será mecânica; em segundo, o conteúdo a ser apreendido tem que ser potencialmente significativo, ou seja, na perspectiva do autor, o significado lógico depende somente da natureza do conteúdo, e o significado psicológico da experiência que cada indivíduo tem. Cada pessoa faz uma filtragem dos conteúdos que têm significado ou não para si próprio. As proposições de Ausubel partem da consideração de que os indivíduos apresentam uma organização cognitiva interna baseada em conhecimentos de carácter conceptual, sendo que a sua complexidade depende muito mais das relações que esses conceitos estabelecem em si do que efectivamente do número de conceitos presente.

Segundo Ausubel (1982), a aprendizagem torna-se significativa à medida que o novo conteúdo é incorporado às estruturas de conhecimento da pessoa e adquire significado para ela a partir da relação com seu conhecimento prévio. Pelo contrário, pode torna-se mecânica ou repetitiva, se não produziu essa incorporação e atribuição de significado, e o novo conteúdo passa a ser armazenado isoladamente ou por meio de associações arbitrárias na estrutura cognitiva (Pozo, 1998). Quando o conteúdo a ser aprendido não consegue ligar-se a algo já conhecido, ocorre o que Ausubel chama de aprendizagem

mecânica, ou seja, quando as novas informações são aprendidas sem interagir com conceitos relevantes existentes na estrutura cognitiva, como não são relacionados os conteúdos rapidamente se esquecem.

Estas teorias podem contribuir para a análise, compreensão e intervenção dos fenómenos no processo de ensino-aprendizagem, embora nenhuma teoria, por si só, consiga explicar, dentro dos seus pressupostos, toda a complexidade de que se reveste o processo de ensino-aprendizagem do ser humano.

3. CONTEÚDOS DE APRENDIZAGEM

Os conteúdos de aprendizagem segundo Coll (1996) e Zaballa (1999), estão relacionados com conhecimento ou saber, com um objectivo de aprendizagem. De acordo com Coll e Valls (1998), são "um conjunto de conhecimentos ou formas culturais, cuja assimilação e apropriação pelos estudantes é considerada essencial para seu desenvolvimento e socialização" (p. 12), sendo o professor um facilitador/orientador desse processo. Neste sentido, Carvalho (2005) refere que os conteúdos de aprendizagem "são uma selecção de formas e saberes culturais que visam promover no estudante uma socialização adequada e feita de forma individualizada" (p. 86).

César Coll (1986), propôs uma classificação dos conteúdos em: conceituais, o que é necessário que os estudantes saibam, dirigida para o "saber", procedimentais, como é que os estudantes devem fazer, dirigida para o "saber fazer" e atitudinais como é que os estudantes devem ser, orientada para o "ser". Para este autor, os conteúdos conceituais estão relacionados com conceitos propriamente ditos ou seja, os conhecimentos relacionados aos fatos, acontecimentos, dados, nomes e códigos.

Os conteúdos conceituais são mais abstractos, eles procuram a compreensão, reflexão, análise e comparação. Exigem para a sua aprendizagem actividades que desencadeiem um processo de construção pessoal, que privilegie actividades experimentais, mas recorram aos conhecimentos teóricos, promovendo a actividade mental como o necessitam de fazem os estudantes de enfermagem na aprendizagem em ensino clínico. Já, os conteúdos procedimentais envolvem acções ordenadas com um fim, ou seja,

direccionadas para concretização de um objectivo, aquilo que se aprende a fazer, fazendo, como as regras, técnicas, métodos, destrezas ou habilidades como por exemplo executar um penso com pinças. Os conteúdos atitudinais podem ser agrupados em: valores, atitudes ou normas. Estes conteúdos são necessariamente mobilizados nas relações enfermeiro doente, que comportam uma carga afectiva e que se revestem de grande complexidade para os estudantes mas que nesta área são conteúdos importantes que devem ser trabalhados.

Os conteúdos de aprendizagem, e no âmbito da sua articulação com o desenvolvimento da formação de nível superior, visam contribuir para o desenvolvimento da autonomia dos estudantes, capacitando-os para a vida profissional e tornando-os agentes de mudança (Carvalho, 2005). Assim, e de acordo com Pozo (1998), os conteúdos podem ser de três tipos: conteúdos verbais (saber), procedimentais (saber fazer) e atitudinais (ser), integrados na formação de um profissional de enfermagem que transcende a dimensão técnica. O autor afirma que apesar dos conteúdos serem classificados em grupos distintos, não podem ser trabalhados compartimentados, ou seja, um mesmo conteúdo pode provir de uma natureza verbal, atitudinal e procedimental. Zaballa (1999) também descreve que há conteúdos que é necessário "saber" (conteúdos conceituais), "saber fazer" (conteúdos procedimentais) e conteúdos que admitem "ser" (conteúdos atitudinais). A aprendizagem destes conteúdos não se concretiza separadamente, mas por inter-relações (Coll & Valls, 1998) e, neste sentido, Pozo (1998), com recurso ao discurso metafórico, propõe a comparação com os estados da matéria: sólido, os conteúdos verbais, considerados conteúdos que envolvem conceitos, princípios e factos, o principal eixo estruturador do conhecimento, são responsáveis por toda a construção da aprendizagem, fornecem as bases para a assimilação e organização da realidade e são mais perceptíveis de constatação em todos os âmbitos do conhecimento; líquido, os conteúdos procedimentais são conteúdos que envolvem a acção, ao incluir entre outras coisas as regras, as técnicas, os métodos, a destreza, as estratégias, os procedimentos, apresenta-se como um conjunto de acções ordenadas para a concretização de um objectivo.

Assim, os conteúdos procedimentais relacionam-se ao "saber fazer" inserido num contexto integrador de conhecimentos e não limitado ao domínio sensório-motor e à destreza manual (Carvalho, 2005), podendo ainda ser divididos em algoritmos/

heurísticos. Algoritmo é aquele conteúdo em que a ordem das acções é sempre a mesma, e o heurístico é aquele conteúdo em que a ordem das acções depende de cada situação de aplicação do conteúdo. É considerado um tipo de conhecimento mais difícil de avaliar que o conhecimento verbal porque tende a adaptar-se às situações pelo que as mudanças não são facilmente perceptíveis; ao estado gasoso, correspondem os conteúdos atitudinais, constituídos por valores, normas e atitudes. As atitudes demonstram, ao nível comportamental, o respeito a valores e normas que são a intenção ou a predisposição para a acção, ou seja, "tendências ou disposições adquiridas e relativamente duradouras a avaliar de um modo determinado um objecto, pessoa, acontecimento ou situação e actuar de acordo com essa avaliação" (Sarabia, 1998, p. 122), e que pela sua grande generalidade e transversalidade estão presentes em todos os momentos e dificilmente se consegue circunscrever e medir objectivamente a sua presença num determinado momento.

4. A APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM

Durante muito tempo, a aprendizagem em enfermagem foi voltada para a aquisição de habilidades técnicas, o que exigiu que fossem criadas condições para o treino dessas técnicas de enfermagem. Na década de 70, surgem nas escolas áreas físicas designadas de laboratório das práticas clínicas, destinadas a actividades de treino de técnicas de enfermagem. É nestes espaços que, com a ajuda de modelos anatómicos, se introduz os estudantes nas práticas de enfermagem, procurando uma representação que seja a mais próxima da realidade, no sentido de os capacitar para a realização de técnicas direccionadas para o doente/utente/cliente; esta prática fica, no entanto, comprometida pela falta de ambiência sociocultural que se preconiza na interacção com o utente.

Esta aprendizagem, num ambiente de troca de experiências a partir do uso de equipamentos que simulam situações reais antes de executar as técnicas junto da pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, permite diminuir o impacto psicológico que a execução de técnicas invasivas (punções venosas, introdução de sondas e outros procedimentos), provocam no estudante, minimizando-se algumas das dificuldades iniciais.

O ensino teórico, centrado sobre a estrutura e a formalização dos conhecimentos, representa metade do tempo de formação. A outra metade é concentrada no ensino clínico, onde, em situação real, se procura a mobilização integrada dos domínios de aprendizagem psicomotora, cognitiva e afectiva, propostos por Bloom (1979): *1)* domínio psicomotor (saber-fazer) – domínio das actividades motoras ou manipulativas que conduzem ao desenvolvimento e aplicação das actividades motoras/destreza /performance como as técnicas e os procedimentos de enfermagem; *2)* domínio cognitivo (saber-saber) – domínio da actividade mental ou intelectual, respeitante à aquisição de informações, ao desenvolvimento de capacidades e estratégias cognitivas e à sua aplicação a situações novas, desenvolvimento do pensamento lógico, da capacidade de organização, da capacidade de análise e síntese, da capacidade para a auto-formação e que se baseia no princípio de complexidade crescente; *3)* domínio afectivo (saber-estar/ser/atitudes) – domínio dos fenómenos da sensibilidade; *4)* domínio dos interesses, atitudes e valores, desenvolvimento da intuição, criatividade, capacidade de resolução de problemas, da tomada de decisões, da autonomia e da capacidade de trabalhar em grupo. Esta divisão traduz uma sistematização, não significa que estes domínios se excluam, antes pelo contrário, o desenvolvimento de cada um pressupõe o desenvolvimento dos outros.

De uma forma global, o processo ensino-aprendizagem procura desenvolver nos estudantes todos os domínios exigidos a um profissional de enfermagem, promovendo uma sólida formação teórica, em articulação com a prática em situação, por forma a incrementar nos estudantes uma visão integrada, crítica e reflexiva dos cuidados de enfermagem (ESEnfVR, 1999).

Neste processo de ensino-aprendizagem em enfermagem predominam as práticas pedagógicas orientadas pelas teorias cognitivistas que dão ênfase aos processos cognitivos, às estruturas do conhecimento, às estratégias de ensino, nomeadamente em termos da resolução de problemas, de processamento da informação e transferência da aprendizagem a novas situações. Exige-se aos estudantes que, nas situações de aprendizagem, respondam adequadamente às diferentes solicitações e desafios que lhes são colocados, especialmente no ensino clínico onde se encontram em interacção com o toda a envolvência do meio socioprofissional

O modelo de formação em enfermagem assenta na aprendizagem em alternância e requer experiências realizadas em contexto clínico, pressupondo sempre uma actividade cognitiva mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica. O modelo de supervisão clínica dominante é o tutorial, exercido pelos enfermeiros dos campos de estágios, cujo papel é tornarem-se facilitadores da aprendizagem dos estudantes, ajudando a despertar para a crítica, para a curiosidade e para a sensibilidade (Fernandes, 2006), promovendo a tomada de decisão na resolução de situações e problemas, a autonomia e a responsabilidade profissional.

Na área da aprendizagem, Benner (2001) apresenta as suas concepções sobre o desenvolvimento de competências dos profissionais de enfermagem, afirma que nunca se começa como perito e que o indivíduo passa por cinco níveis de experiência: principiante, principiante avançado, competente, proficiente e perito. Esta autora considera que o conhecimento é aperfeiçoado com a experiência prática e distinguiu o conhecimento teórico – "saber o quê" e o conhecimento prático – "saber como", fornecendo a experiência na enfermagem a "proficiência", autoridade intelectual e científica que pode ser entendida como a associação entre o conhecimento teórico e a prática (Lopes & Lourenço, 1998).

O ensino prático, tradicionalmente utilizado pela enfermagem, representa o contacto dos conhecimentos teóricos com a aplicação prática dos cuidados de enfermagem, permitindo aos estudantes uma leitura do mundo do trabalho concreto dos cuidados e a integração da dimensão teórica e prática. A aprendizagem obtida através da experiência prática é um processo dinâmico, entendido de uma forma global e não compartimentada, razão pela qual a realização do ensino clínico/estágio é possível sem que tenha havido aprovação em todas as unidades curriculares teóricas. Neste processo, as diferentes unidades curriculares interligam-se, alcançando assim a sequência lógica que permite ao estudante a integração e relação dos diferentes conhecimentos de forma dinâmica e reflexiva, tendo aquele uma participação activa no processo, o que segundo Perrenoud (1997), se torna o "motor essencial de inovação" (p. 186), vital para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Nesta perspectiva de verdadeira interestruturação, a exigência de uma aprendizagem activa alarga a orientação tradicional que valoriza os resultados ao considerar que ocorre

aprendizagem quando se observam mudanças de comportamento dos estudantes (Arnt & Underwood, 1989). Esta concepção leva a que os estudantes conduzam o seu processo de aprendizagem, valorizando as potencialidades e experiências, as suas crenças e valores, permitindo que a aprendizagem seja um processo contínuo de assimilação, crítica, crescimento, mudança e adaptação (Bruner, 1972) que favoreça a autonomia e a responsabilidade ao longo do seu percurso de construção do conhecimento para a profissão.

CAPÍTULO III. O ENSINO CLÍNICO NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM

O ensino clínico é para a comunidade de enfermagem objecto de definição complexa, pela diversidade de pressupostos teóricos que comporta e pelas diversas perspectivas em que pode ser analisado. Neste capítulo, e partindo da sua conceptualização, centrámo-nos na problemática que envolve o ensino clínico na formação dos estudantes de enfermagem.

1. A DEFINIÇÃO DE ENSINO CLÍNICO

A formação inicial em enfermagem, de acordo com o definido na Portaria nº 799-D/99 de 18 de Setembro, tem uma duração de quatro anos, que articula uma carga horária da qual fazem parte dois momentos de ensino-aprendizagem distintos: o ensino teórico e o ensino clínico. Quando nos referimos ao ensino clínico, neste conceito está incluído o estágio de integração na vida profissional. Contudo, a distinção destes dois conceitos, ensino clínico e estágio, é efectuada por Fonseca (2006), que considera que durante o estágio os estudantes adquirem e desenvolvem competências para o desempenho profissional, enquanto no ensino clínico adquirem e desenvolvem habilidades e capacidades para a prática de enfermagem.

Em termos conceptuais, na Europa a referência ao ensino clínico advém da Directiva Comunitária nº 77/453/CEE de 10 de Outubro de 1989, que define o ensino clínico como parte da formação em cuidados de enfermagem, em que, integrado numa equipa e em

contacto directo com o indivíduo são ou doente e/ou colectividade, o estudante aprende, a planear, a prestar e a avaliar os cuidados globais de enfermagem exigidos, com base nos conhecimentos e aptidões adquiridos, a transposição da Directiva 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005, para o Direito Nacional, que integra no nº 5 do artigo 31° a definição de ensino clínico que estrutura os *curricula* de enfermagem, como sendo:

> …a vertente da formação em enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto directo com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma colectividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas. O candidato a enfermeiro aprende não só a trabalhar em equipa mas também a dirigir uma equipa e a organizar os cuidados de enfermagem globais, incluindo a educação para a saúde destinada a indivíduos e a pequenos grupos no seio da instituição de saúde ou da colectividade (p. 32).

A directiva nº 77/453/CEE, transposta para o direito interno pelo DL n° 320/87 de 27 de Agosto e que serviu de base à Portaria 799-D/99 de 18 de Setembro no que respeita à estrutura curricular, refere no ponto 3 do artigo 3° que "a duração do ensino clínico de enfermagem deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso" [(p. 6510(2)], pelo que tem sido a componente com maior carga horária na formação em enfermagem.

Enquanto vertente da formação, o ensino clínico tem sido estudado por vários autores em diferentes perspectivas. Para Carvalhal (2003), o ensino clínico é realizado numa instituição de saúde e permite ao estudante de enfermagem desenvolver um saber contextualizado. Acrescenta Figueiredo (1995), que o estágio constitui uma oportunidade única para o estudante construir o saber com base nos conhecimentos anteriores, partindo da situação real, e com a ajuda do professor e dos enfermeiros desenvolver novos conhecimentos e atitudes. Esta perspectiva é corroborada por Martin (1996), que considera o ensino clínico um tempo de trabalho, de aprendizagem e de avaliação, que aproxima o professor e o estudante num contexto de trabalho. Matos (1997), sublinha que durante o ensino clínico o estudante toma gradualmente consciência dos diferentes papéis que o enfermeiro pode desempenhar e das competências a desenvolver para o desempenho destes papéis. Por sua vez, Oliveira (1998b) defende que o ensino clínico permite ao estudante experienciar a realidade,

levando-o ao cliente com recurso à lógica indutiva. Para Abreu (2003), é um período de aprendizagem integrador e mobilizador de saberes e fundamental para a transformação da identidade. Por sua vez, Carvalho (2005), considera a duração atribuída ao ensino clínico como a evidência do reconhecimento da importância dos conteúdos procedimentais, principalmente dos de carácter heurístico e em que o relacionamento entre pessoas é fulcral.

O ensino clínico, segundo o nº 3 do artigo 5º da Portaria 799-D/99 de 18 de Setembro, "realiza-se sob a responsabilidade dos docentes das escolas superiores de enfermagem, com a colaboração de profissionais de enfermagem qualificados das instituições" [p. 6510(2)]. Nos períodos de ensino clínico que decorre em hospitais, centros de saúde e outras instituições de saúde e na comunidade, os estudantes são integrados na equipa de enfermagem, aprendendo a assumir as responsabilidades que os cuidados de enfermagem implicam, pela sua participação nas actividades inerentes aos cuidados, desde que estas estejam em conformidade e contribuam para os objectivos do ensino clínico. O processo pedagógico é da responsabilidade dos professores e dos enfermeiros do serviço designados para o contexto de ensino clínico, sendo o papel destes fundamentalmente o de facilitadores da aprendizagem do estudante (Carvalhal, 2003), com a cooperação de todos os enfermeiros e profissionais qualificados.

A formação que vai intercalando os períodos de ensino teórico (aulas teóricas, teórico-práticas e práticas) com períodos de ensino clínico em diferentes instituições de saúde, é designada por formação em alternância. Em algumas escolas, a formação em alternância ocorre desde o primeiro ano, promovendo uma aproximação entre a escola e o contexto da profissão de enfermagem. Este tipo de formação foi advogado por Delors, Mufti, Amagi, Carneiro, Chung e colaboradores (1996), que defendem que a formação em alternância permite aos jovens complementar a sua formação, conciliando o saber com o saber-fazer, facilitando a inserção na vida activa, promovendo a tomada de consciência das dificuldades e oportunidades da vida profissional, favorecendo a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências.

Nesta perspectiva, o ensino clínico torna-se um ambiente de formação interdisciplinar e contextualizado, ajudando o estudante a assimilar a cultura dos cuidados de enfermagem, a desenvolver atitudes, a integrar e mobilizar os conhecimentos adquiridos

no ensino teórico e o desenvolvimento das competências profissionais, ao oferecer um contexto de aprendizagem que favorece o contacto com a prática na sua previsibilidade e imprevisibilidade (Alarcão & Rua, 2005).

Cada ensino clínico permite ao estudante confrontar-se com novas situações, relacionadas com a prestação de cuidados e cuidar de pessoas em contexto real, que apresentam necessidades específicas e individualizadas de cuidados de enfermagem. É esta interacção em situação real que se torna uma oportunidade única para o estudante aplicar os conhecimentos adquiridos, mas também para desenvolver outras áreas do saber (Carvalho, 2005). Esta perspectiva adquire outras dimensões como o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, a aprendizagem do trabalho em equipa, a aquisição gradual de competências, de modo a que o estudante aprenda a gerir a incerteza e a complexidade dos cuidados de enfermagem direccionados ao cliente, família, grupo e a comunidade (Simões & Garrido, 2007).

2. O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

O DL nº 74/2006, de 24 de Março, que concretizou o "Processo de Bolonha" como oportunidade para incentivar a frequência do ensino superior, melhorar a qualidade e a relevância das formações oferecidas, fomentar a mobilidade dos estudantes e diplomados e a internacionalização das formações, veio orientar o ensino superior para o desenvolvimento de competências. E, por conseguinte, reforçar a importância do ensino clínico na formação em Enfermagem como oportunidade para promover situações educacionais adequadas de simulação e em contextos reais de prestação de cuidados de enfermagem nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. Neste sentido, o modelo educativo baseado no desenvolvimento de competências, não é só actual, como vital para as instituições de ensino superior (Carvalho, 2007).

Qualquer que seja a definição conceptual de "competência", na formação em enfermagem é consensual que a sua aquisição, desenvolvimento e avaliação, implicam situações educacionais adequadas de simulação e/ou em contextos reais de prestação de cuidados de enfermagem, por forma a promover, gradualmente, no estudante, o desenvolvimento de competências "de carácter científico, técnico e humano, num

processo contínuo de crescimento e autonomia pessoal" (Carvalho, 2005, p. 11), propiciando a conjugação de situações de aprendizagem que visam a transformação do conhecimento em competência.

O vocábulo competência, tornou-se centralizador de debates após a publicação do artigo de McClelland (1973) "Testing for Competence rather than Intelligence", considerando este autor que a competência é uma característica subjacente a uma pessoa e relacionada com elevado desempenho na realização de uma tarefa ou em determinada situação. Por sua vez, a utilização do termo competência em enfermagem é atribuída a Benner (2001) que aplicou a expressão *competência profissional* ao estudar a aprendizagem experiencial na prática de enfermagem, analisando a aquisição de competências baseadas na prática clínica e o conhecimento prévio que está inerente à prática de enfermagem.

Segundo Zarifian (1999), a competência de um indivíduo não se reduz a um conhecimento ou "*know how"* específico, mas é sobretudo a inteligência prática nas situações que se apoiam sobre os conhecimentos adquiridos e os transformam de acordo com o aumento da complexidade das situações contextualizadas. Os conhecimentos e o "*know how"* não adquirem *status* de competência a não ser que sejam comunicados e utilizados. Neste sentido, "ter competência" é diferente de "ser competente", sendo a primeira condição necessária, mas não suficiente por si só, para se ser efectivamente competente no sentido do saber-agir (Graveto, 2005).

Para Le Boterf (1995), o conceito de competência tem subjacente a compreensão de um conceito em construção, que se situa na encruzilhada de três eixos: a pessoa, a sua formação educacional e a experiência profissional. Assim, para este autor, a competência é um saber-agir responsável reconhecido pelos outros, decorrente do conjunto de aprendizagens sociais e comunicacionais, alimentadas a montante pela aprendizagem e formação e a jusante pelo sistema de avaliações.

Nesta perspectiva, o conceito de competência assume carácter polissémico, sendo comum aparecer associado a diferentes expressões, como: capacidade para aplicar habilidades, conhecimentos e atitudes; habilidade de utilizar o conhecimento a fim de chegar a um propósito; capacidade de utilizar conhecimentos e habilidades adquiridos

para o exercício profissional; capacidade de mobilizar saberes - saber-fazer, saber-ser, saber-agir; capacidade para resolução de um problema (Le Boterf, 1995; Zarifian, 1999).

A análise do constructo competência, associado à aprendizagem, pode assumir diferentes significados, consoante seja utilizado como adjectivo ou como substantivo. No primeiro caso, associa-se ao termo "competence", que é um adjectivo, e por isso graduável, tal como o preconizado no DL nº 42/2005, artigo 17º, e segundo o qual as classificações finais podem ser associadas a uma menção qualitativa com quatro classes: Suficiente; Bom; Muito bom e Excelente, que se aplica para a qualificação de desempenho dos estudantes. Na perspectiva substantiva, é sinónimo de aptidão, série de requisitos necessários ao exercício de determinada actividade ou função (Carvalho, 2007).

Costa (1998), corroborando Courtois (1992), defende que as competências resultam de comportamentos sociais e profissionais e sublinha o carácter formativo que as situações de trabalho podem constituir para o desenvolvimento de competências do tipo: *1)* profissionais, porque exigem a mobilização de diferentes saberes técnicos e saberes resultantes da experiência através de processos indutivos; *2)* técnicas, resultantes dos dados da investigação e da técnica e directamente relacionadas, embora não exclusivamente, com o ensino formalizado; *3)* polifuncionais, que constituem a capacidade de intervir em actividades com finalidades diferenciadas, como é o caso da promoção da saúde.

Circunscrevendo o desenvolvimento de competências na formação em enfermagem, Alarcão e Tavares (2003) acentuam que durante o ensino clínico os estudantes têm experiências exemplificativas da realidade que, actuando em diversas situações, promovem o desenvolvimento das competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz dos cuidados de enfermagem, reforçando que a competência só existe associada a um contexto na qual é concretizada. Na mesma linha de pensamento, Schön (1992) corrobora esta perspectiva e entende a competência como a mobilização do saber e do saber-fazer, adequado às situações concretas e apenas possível com a reflexão na e sobre a acção.

Aos estudantes de enfermagem impõem-se a aquisição das competências preconizadas para a relação dos enfermeiros com os utentes, sendo esta perspectivada como o desenvolvimento de competências no domínio do *saber*, do *saber-ser*, *saber-estar* e *saber-fazer*, assim como das dimensões do cuidar, traduzidas essencialmente pelas competências relacionais e de continuidade de cuidados (Madeira & Lopes, 2007). Deste modo, o cuidar exige múltiplas competências, sendo nucleares as competências relacionais que dizem respeito ao conjunto de capacidades que permitem uma cooperação eficaz com outros, capacidade de escuta, negociação, trabalho de grupo e comunicação.

Vergara (2000), apresenta outra vertente, a do crescimento humano. Considerando que o conhecimento pessoal não é tarefa fácil, nem produto acabado, o crescimento humano é um processo complexo, contínuo e interminável. Neste sentido, o ensino clínico é um período em que o estudante tem oportunidade para se conhecer um pouco melhor, avaliar a vertente dos cuidados de enfermagem que mais o gratifica, assim como os seus medos, e aprender a perceber a pessoa que é alvo dos seus cuidados, aprender com os outros especialmente com a equipa de enfermagem, e aprender a ter uma atitude crítica perante o desempenho dos cuidados de enfermagem.

O conceito de competência também se tornou centralizador para a enfermagem actual. Em 2003, a OE traçou o quadro de competências do enfermeiro de cuidados gerais. A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar. Assim, as competências preconizadas pela OE (2003), são distribuídas por três domínios: *1)* o domínio da prática profissional, ética e legal; *2)* o domínio da prestação e gestão de cuidados; *3)* o domínio do desenvolvimento profissional.

3. A INTEGRAÇÃO DO ENSINO TEÓRICO E DO ENSINO CLÍNICO EM ENFERMAGEM

A teoria devidamente articulada e integrada nas unidades curriculares e a criação de espaços de aplicação prática do conhecimento, criando situações que simulam a prática de cuidados de enfermagem, tornaram-se imprescindíveis na formação inicial em enfermagem. Os laboratórios das práticas clínicas nas escolas pretendem ser espaços específicos concebidos à semelhança dos reais, com o mobiliário, equipamentos e instalações existentes nas instituições de saúde, preconizando uma aprendizagem próxima do real. Assim, reproduz-se nas escolas ambientes próximos da realidade, principalmente os hospitalares, em que a quantidade de tecnologia que lhes está associada facilita no espaço pedagógico a aproximação do estudante à realidade dos espaços e ambientes onde ocorrem os diferentes processos dos cuidados de enfermagem e de saúde.

No entanto, é no ensino clínico que as situações deixam de ser simuladas, para passar a haver uma relação efectiva com as situações reais (Valadas, 1995). A integração entre ensino teórico, ensino clínico, bem como o "ensino clínico simulado", contribuem para a complementaridade dos saberes.

Segundo Candau e Lelis (1999), a relação entre a teoria e a prática pode ser fundamentada na visão dicotómica e na visão de unidade. A visão dicotómica está centrada na separação entre a teoria e a prática, com ênfase na total autonomia de uma em relação à outra. Na visão de unidade, a teoria e a prática são duas componentes indissolúveis da acção prática. De acordo com a nossa experiência, e segundo alguns autores (Allmark, 1995; Costa, 1998; Landers, 2000; Silva & Silva, 2004; Carvalho 2005), podemos afirmar que teoria e prática são complementares na formação em enfermagem "porque a teoria sem a perspectiva de resolução na prática é estéril, mas a prática sem a teoria é cega" (Rebelo, 1996, p. 16).

A articulação entre os espaços de formação (escola/contexto de ensino clínico) é fundamental para que os estudantes de enfermagem transitem do mundo escolar para o do trabalho, de modo a que a articulação entre a teoria e a prática fomente o

desenvolvimento e socialização profissional. No entanto, a aprendizagem só pode ser efectiva em contextos clínicos que primem pela qualidade dos cuidados, pelo que actualmente se considera que os contextos de ensino clínico devem ser certificados para a aprendizagem dos estudantes de enfermagem (Paiva, 2008).

A integração entre a teoria e a prática é considerada como uma das principais dificuldades do processo de formação em enfermagem (Jesus, 1993; Oliveira & Neves, 1995). Dependendo da forma como cada estudante aplica os conhecimentos, como perspectiva as suas implicações práticas e como são incentivados a questionar a informação disponibilizada, é possível diminuir o fosso entre teoria e prática clínica (Jesus, 1993). Nem sempre se verifica a integração dos dois tipos de ensino, podendo os estudantes, em ensino clínico, desenvolver uma relação de exterioridade com os saberes adquiridos no ensino teórico. Contudo, a escola tem o dever de orientar a formação no sentido de permitir uma aprendizagem que não seja de repetição ou reprodução, mas de compreensão das situações (Correia, 1996).

O desencontro entre a teoria e a prática é reafirmado na literatura e são apontadas como razões: a dicotomia escolas/serviços; o conflito entre o currículo explícito e o currículo oculto; as dificuldades que os mais novos sentem quanto à integração na vida profissional; o afastamento dos enfermeiros docentes da prática clínica considerados como "hóspedes" na maior parte dos serviços de saúde e a falta de definição do papel do docente e do enfermeiro na participação no ensino clínico (Figueiredo, 1995; Espadinha & Reis, 1997; Franco, 2000; Serra, 2008).

Por outro lado, Serra (2008) afirma que:

> …a prática clínica, a par de uma acção dominada pela incerteza, pelos cenários reais em permanente mutação e por uma abordagem casuística das situações, revela também, e do ponto de vista dos estudantes, uma correspondência, nem sempre pacífica e por vezes impossível, entre os aspectos teóricos e práticos, geradora ela mesma de um quase permanente conflito cognitivo, sentimentos de ansiedade ou impotência nas práticas clínicas iniciais (p. 76).

É esta realidade descrita pelo autor que muitas vezes gera ansiedade e stresse nos estudantes de enfermagem no decurso do ensino clínico.

Em suma, pode constatar-se que os estudantes, tal como os enfermeiros na prática profissional, se deparam com situações únicas e complexas e só a reflexão sobre essas situações permite uma aprendizagem integradora da teoria e da prática (Queiroz, Silva & Santos, 2000). No entanto, como diz Costa (1995), as situações práticas, pela sua própria natureza, não induzem a uma aplicação directa e linear da teoria, havendo mesmo situações que pela incerteza, singularidade, instabilidade e conflito de valores, exigem um processo de deliberação e de interpretação. Por sua vez, Figueiredo (1995) acrescenta que o mundo da prestação de cuidados de enfermagem é construído de situações em que não pode haver respostas certas nem procedimentos padrão e em que o domínio das teorias e das técnicas não nos dá garantia de competência profissional. Neste sentido, é importante que os contextos "sejam os adequados ao momento de aprendizagem temporal do estudante, de forma a fomentar uma ligação próxima entre a escola e os contextos de trabalho" (Carvalho, 2005, p. 29). Portanto, pode inferir-se que os estudantes deverão frequentar o ensino clínico após a certificação de que adquiriram e desenvolveram os conhecimentos, capacidades e atitudes necessários à prestação de cuidados seguros. Só uma plena interacção entre o estudante, o docente, o enfermeiro e o contexto de ensino clínico, permite desenvolver capacidades de resolução de problemas e de pensamento crítico (Nóvoa & Finger, 1988) e integrar harmoniosamente o ensino teórico e o ensino prático.

4. A SUPERVISÃO CLÍNICA

Do ponto de vista pedagógico, o ensino clínico assenta na supervisão clínica, conceito que tem vindo a impor-se em relação ao de orientação clínica. A "supervisão clínica" ganha consistência no discurso dos enfermeiros, à medida que alguns investigadores têm desenvolvido trabalhos nesta área (Belo, 2003; Carvalhal, 2003; Lima, 2003; Almeida, Pereira & Pedrosa 2006; Paiva, 2008), afirmando a sua importância no ensino clínico. Segundo Alarcão e Tavares (1997), a supervisão clínica é um "processo em que uma pessoa experiente e bem informada, orienta o estudante no desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa atitude de monitorização sistemática da prática sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação" (p. 197).

No que diz respeito ao acompanhamento de estudantes de enfermagem em ensino clínico, verifica-se que as instituições intervenientes neste processo têm vindo a implementar diversos modelos de supervisão de ensino-aprendizagem, na procura do mais adequado às necessidades dos estudantes e que culminaram em dois modelos: o primeiro, de orientação pedagógica, com o recurso à figura de orientador pedagógico, cuja actividade é desenvolvida com um grupo de estudantes, isto é, o enfermeiro assume perante a escola a responsabilidade de acompanhar, orientar e avaliar um grupo de estudantes; o segundo, o método tutorial, que se caracteriza pelo acompanhamento de um estudante por parte de um profissional, que se pretende seja experiente no serviço (Paiva, 2008).

Por sua vez, Abreu (2003) entende que a supervisão clínica deverá responder a um conjunto de variáveis relacionadas com a gestão, formação e suporte emocional, compreendendo o processo de supervisão clínica seis etapas: objectivo, identificação do problema, contextualização, planeamento, implementação e avaliação. O autor defende a supervisão baseada em modelos de tutoria de quatro tipos: "mentorship", "preceptorship", "multitutor" e "integrativo". Neste modelo, o mentor representa o profissional mais experiente que terá a responsabilidade da aprendizagem do estudante; o preceptor, designa o profissional que tem a responsabilidade de ensinar e de apoiar o estudante; o multitutor, envolve um conjunto de tutores que desenvolvem a sua actividade de forma concertada; finalmente, o integrativo, pressupõe uma interactividade entre o ensino teórico e o prático.

No tocante aos estilos de supervisão, Glickman (1985) defende três estilos: não-directivo, directivo e de colaboração. O supervisor de tipo não-directivo é aquele que valoriza, que atende ao mundo do estudante, que manifesta desejo e capacidade de o escutar e que atende as suas iniciativas; sabe ouvir o estudante, encoraja, ajuda a clarificar as suas ideias e os seus sentimentos e pede-lhe outras informações quando elas são necessárias. O supervisor de tipo directivo, concentra as suas preocupações em dar orientações, em estabelecer critérios e condicionar as atitudes do estudante. O supervisor que utiliza estratégias de colaboração verbaliza muito o que o estudante lhe vai dizendo, faz sínteses das sugestões e dos problemas e ajuda a resolvê-los.

Para que a prática de supervisão seja adequada e promotora de mudança, é necessário que o supervisor tenha em conta o contexto de ensino clínico. No entanto, do supervisor espera-se que seja o mediador da aprendizagem independentemente do modelo de supervisão adoptado, pois, como referem Alarcão e Tavares (2003), as situações de supervisão devem ser caracterizadas por uma relação interpessoal dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometida, que tem como objectivo desenvolver as capacidades do estudante, como pessoa e profissional.

Logo, o processo, ao contemplar a supervisão por um profissional competente, assegura a qualidade da relação entre supervisor e estudante de modo a que aquele seja orientador, conselheiro e companheiro, integrando os estudantes e ajudando-os a compreender a realidade que, pelo seu carácter desconhecido, se lhe apresenta, inicialmente, sob a forma de caos (Schön, 1983). Ao referir-se ao papel dos supervisores, Garrido e Simões (2007) afirmam que devem ser profissionais experientes que, com formação no âmbito da supervisão para o ensino clínico, têm a responsabilidade de supervisionar os estudantes de enfermagem. Jesus (2006), corrobora este ponto de vista e argumenta que a formação básica é considerada necessária, mas não suficiente, para assegurar elevada qualidade em supervisão, pelo que é desejável a formação contínua em supervisão clínica. Neste sentido, a formação e a experiência em supervisão são essenciais para a relação supervisores/estudantes, sendo que o enfermeiro que assume a orientação clínica representa, em simultâneo, os papéis de professor, enfermeiro e pessoa (Carvalhal, 2003).

Assim, são vários os autores que se referem às características do supervisor. Paiva (2008) recomenda um enfermeiro com larga experiência profissional, competente e respeitado pelos seus pares e de cujas características pessoais fundamentais devem fazer parte a sociabilidade, a preocupação pelos outros, uma mente aberta a ideias novas, o saber escutar. Alarcão e Tavares (2003) referem que "fazer supervisão não é um processo meramente técnico. O facto de o supervisor trabalhar com pessoas, factos, contextos, sentidos, relações, previsões e consequências, requer capacidades comunicativo-relacionais, observacionais-analíticas, hermenêuticas-interpretativas e avaliativas" (p. 151). Munson (2002), considera que os supervisores clínicos devem gostar de ensinar os outros, ter paciência, saber fazer sugestões, saber planear de uma

forma efectiva, ter uma atitude positiva quando esperam respostas a questões ou explicitação das acções, saber discutir os problemas de modo construtivo; tolerar e saber criticar e aceitar críticas, gostar de decidir e fazer, poder trabalhar em equipa e gerir efectivamente o processo. Nesta perspectiva, Cotrell (2000), entende que o bom supervisor possui perícia, reconhecida pelos pares, como tendo a profundidade da experiência no seu campo de especialidade e seja aceite por aqueles que supervisiona.

É fundamental que as diferentes instituições valorizem um sistema de supervisão atento ao contexto e às relações humanas. Na relação escola/instituição, pretende-se que o supervisor seja o docente que, para além de acompanhar a dinâmica de aprendizagem, funcione como elo de ligação entre a escola e a instituição de saúde, enquanto que o enfermeiro, no papel de tutor ou orientador pedagógico, acompanhe o processo de aprendizagem prática (Paiva, 2008). Este autor acentua que o desempenho destas funções era assumido pelos enfermeiros com mais anos de serviço, mais experiência e, na maioria das vezes, pelos enfermeiros especialistas. Mais recentemente, integraram-se no desempenho destas funções elementos da equipa de enfermagem mais novos, com menos tempo efectivo de desempenho profissional e no serviço.

Neste sentido, o papel do supervisor, na perspectiva de Sá-Chaves (2002), deve ter em linha de conta o supervisor como uma pessoa adulta em presença de um jovem adulto, tendo como missão fundamental fomentar o desenvolvimento e a aprendizagem. Como tal, num ambiente emocional positivo, humano e facilitador do desenvolvimento pessoal e profissional, deve considerar as experiências passadas, os sentimentos, as percepções e a capacidade de auto-reflexão, criando junto do estudante, com o estudante e no estudante, um espírito de investigação-acção. É com base nestas reflexões que a autora chama a este cenário de "Integrador" e a partir dele desenvolve o conceito de supervisão não-*standard* que permite respeitar o direito à diferença.

Com vista a sustentar a prestação de cuidados de qualidade ao cliente e, ainda, promover a mudança positiva, Alarcão e Tavares (2007) acrescentam que a supervisão deve ser uma acção multifacetada, faseada, continuada e cíclica. E sobretudo, perspectivar o estudante como agente, mais do que objecto ou sujeito, da sua própria formação, promovendo o desenvolvimento de um conjunto de capacidades e atitudes, o pensamento crítico e reflexivo e atitudes humanistas que conduzam à descoberta das

próprias necessidades de aprendizagem (Neves, 1996; Alarcão & Roldão, 2008). Na tarefa de construção do conhecimento profissional, na interacção constante entre a teoria e a prática, "o respeito pela individualidade e carácter único do estudante são fundamentais para que se estabeleça uma relação empática potenciadora de uma relação de ajuda" (Carvalhal, 2003, p. 47).

Na reflexão em contexto de prática clínica, ao permitir a aquisição consistente dos saberes e das práticas e o aumento da qualidade dos cuidados prestados ao doente, Queirós e colaboradores (2000) sublinham que só uma "...educação centrada no estudante e no desenvolvimento da reflexão, na e sobre a acção […] permitirá a mudança do currículo tradicional para um outro perspectivado para as novas realidades socioculturais do século XXI" (p. 21). Por sua vez, Sá-Chaves (2000) argumenta que os supervisores devem "reflectir construtivamente a complexidade dos saberes científicos, em função dos aprendentes e das situações que, nos contextos reais da *praxis* profissional se lhe apresentam" (p. 103), tendo em conta a particularidade das situações.

Na definição do perfil do supervisor, num estudo realizado por Simões, Alarcão e Costa (2008), os enfermeiros eram de opinião que deve ser detentor do conhecimento científico, técnico e sócio-relacional para assumir a responsabilização pela formação dos estudantes. Por este motivo, as metodologias a utilizar em supervisão clínica devem ter em conta a adequação do campo de estágio e a organização da prática clínica às reais necessidades dos estudantes. Rebelo (1996) assinala que na maioria dos serviços clínicos não há espaço para a reflexão sobre os cuidados que se prestam. Os estudantes, assim como os profissionais, devem ter tempo para prestar os cuidados aos doentes, mas também para discuti-los e avaliá-los, pelo que a carga de trabalho não deve ser muito pesada.

Abreu (2003), entende que os sistemas de tutoria poderão desempenhar um papel fundamental no desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros, quer a nível da formação contínua, quer da promoção de prática baseada em evidência científica. A experiência do enfermeiro obtida na prática clínica será o que aprendeu através de situações práticas anteriores, isto é, a experiência produz conhecimento que é aplicado nos cuidados seguintes aos utentes (Jesus, 2006), e por isso parte integrante da formação em enfermagem na qual os supervisores clínicos desempenham um papel importante. A

experiência permitirá ao estudante sentir-se seguro, lidar melhor com as emoções e desenvolver a capacidade de se centrar no utente.

Se por um lado se identificam incentivos à aprendizagem com o processo de supervisão, por outro, esta também pode transformar-se num obstáculo. As exigências colocadas aos estudantes no ensino clínico, muitas vezes decorrentes do acompanhamento mais apertado, ou inversamente do afastamento e pouco apoio do supervisor, do comportamento inadequado, das dificuldades de relacionamento, da observação e avaliação que é efectuada pelo supervisor, originam sentimentos por vezes difíceis de gerir, desencadeando ansiedade e stresse (Mahat, 1996; Admi, 1997; Sarnadas, 2000; Magalhães, 2004). Neste seguimento, Almeida e colaboradores (2006) referem que o processo de supervisão tem inerente a função de apoio emocional aos estudantes, doravante a supervisão pode tornar-se um factor indutor de stresse representado pela pessoa do supervisor ou pelas estratégias de supervisão adoptadas.

Também a OE apresenta uma proposta de um Modelo de Desenvolvimento Profissional dos Enfermeiros baseado na tutoria/supervisão como estratégia que melhor servirá para a construção de um profissional reflexivo e o desenvolvimento dos enfermeiros numa caminhada rumo à especialização e aquisição de competências que respondam às necessidades em saúde dos cidadãos.

5. IDENTIDADES SOCIAIS E PROFISSIONAIS

Durante o ensino clínico, os estudantes aprendem a desempenhar o papel de enfermeiros, familiarizando-se com os valores, normas, comportamentos e atitudes, e a sua participação na acção inicia-os no grupo social dos enfermeiros. É neste contexto, na interacção com os modelos de papéis e julgamento das reacções dos outros ao papel, que os estudantes vão desenvolvendo uma auto-estima e identidade profissional. Esta opinião é corroborada por Carvalhal (2003) ao afirmar que a "socialização do estudante de enfermagem se faz ao longo do Curso Superior de Enfermagem, mas é na prática clínica que os estudantes a concretizam" (p. 38).

No entanto, se a profissão tem uma ideia clara das atitudes e valores que os seus futuros membros devem desenvolver e qual é o produto final esperado, os estudantes podem alimentar concepções variadas da profissão, que podem ou não ser compatíveis com interesses e objectivos do ensino clínico, podendo gerar uma variedade de problemas e conflitos no processo de socialização. Carvalho (2005), ao considerar que o ensino clínico promove uma aproximação aos contextos de trabalho nos quais os estudantes, gradualmente, interiorizam a identidade profissional ao assumirem o papel de enfermeiro na sua plenitude, começam a rejeitar as identidades virtuais habitualmente constituídas na escola e afastadas das que são reconhecidas em contextos de ensino clínico.

A socialização profissional dos estudantes envolve uma mudança ampla dos objectivos que os levaram à escolha da profissão. Alguns estudos referem que o contexto de ensino clínico identifica os estudantes com a profissão que escolheram e, como tal, é através do ensino clínico, em plena experiência prática, que é possível reflectir e confirmar o gosto pessoal pelo curso. Shinyashiki, Trevizan, Mendes e Day (2006), afirmam que muitos são os factores que podem influenciar a socialização profissional, destacando a grande importância que a escolha vocacional pode ter neste processo. Num estudo levado a cabo por Bacaro (2007), os resultados indicaram que uma escolha vocacional consistente e outros factores, como o tipo de escola, o ano do curso e a idade em que foi feita a escolha pela profissão, são óptimos predictores da socialização profissional. Miguel Serra (2008), no estudo " *Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem*", afirma que a construção da identidade profissional é baseada nos discursos e práticas no contexto do ensino de enfermagem e na experiência vivida dos estudantes. Salienta que este é um processo eminentemente relacional e a experiência dos estudantes de enfermagem é, ela própria, um processo de socialização na profissão que contribui determinantemente para a produção de uma identidade profissional e para o desenvolvimento de um sentimento de pertença ao grupo, construindo a sua auto-imagem como futuros enfermeiros.

A trajectória de socialização profissional ocorre durante todo curso de licenciatura em enfermagem, envolvendo mais do que conhecimentos científicos e a aquisição de competências para cuidar, aprendendo os estudantes a prestar cuidados, mas também a relacionar-se com os utentes e consigo próprios. Embora, o processo de socialização

comece na Escola, nas aulas teóricas e nos laboratórios da prática clínica com a definição do conteúdo do papel do enfermeiro, consolida-se no ensino clínico a partir dos significados do ambiente de trabalho e pela observação do papel desempenhado pelos profissionais, levando-os a assumir atitudes, valores e comportamentos que o grupo prescreve (Shinyashiki *et al.*, 2006). Se neste percurso identitário pode o estudante vir a identificar-se com a profissão, não é menos comum as consequências negativas conduzirem ao abandono do curso.

Por outro lado, o modo como a escola, quer enquanto conjunto de experiências de âmbito curricular, quer enquanto espaço e tempo de vivências pessoais, é experienciada pelos estudantes, torna-se incontornável na construção da identidade profissional em enfermagem (Serra, 2008). Os estudantes, para além de no seu dia-a-dia estarem sujeitos a um conjunto de pressões e exigências que mudam obrigatoriamente a sua forma de viver (Alves, Cardoso, Ciríaco, Ferreira, Lopes & Silva, 2004), é-lhes exigido o desempenho de um papel profissional, aprendendo a lidar com as responsabilidades que vão fazer parte da sua vida futura. Esta mudança exige aos estudantes responsabilidade e maturidade para poderem responder aos desafios que lhe são colocados a nível académico e que têm de conciliar com os seus objectivos pessoais, desafios que os tornam mais fortes, tanto na dimensão pessoal como profissional. Segundo Martins (2004), são características deste período a crescente consciência e o conhecimento do "eu", o nascimento da independência, a adaptação progressiva aos núcleos sociais da família, escola e comunidade em geral.

6. AVALIAÇÃO DO ENSINO CLÍNICO

A avaliação consiste no processo regulador da aprendizagem, orientador do percurso escolar do estudante e certificador das diversas aquisições realizadas (competências). A este respeito, Carvalho (2005), num estudo sobre a avaliação da aprendizagem dos estudantes em ensino clínico, defende que esta deve ser vista como um instrumento de aprendizagem, espelhar o percurso do estudante, bem como a sua capacidade de integração de saberes e experiências.

A avaliação tem por objecto a aferição de conhecimentos, competências e capacidades dos estudantes e a verificação do grau de cumprimento dos objectivos fixados para determinado ensino clínico. Contudo, o âmbito da avaliação é um terreno conceptualmente profuso e difuso; apesar de alicerçada em indicadores de sucesso, funcionando como indícios seguros para o reconhecimento das aprendizagens, nela está inerente a subjectividade e é difícil revelar o nível e a qualidade das aquisições cognitivas e das competências alcançadas. É frequente os estudantes, porque conhecem as tarefas e as actividades, avaliarem-nas como apreendidas. Assim, o supervisor é muitas vezes, no processo de avaliação, confrontado com a convicção do estudante que entende o conhecido como aprendido. Neste sentido, quando os supervisores clínicos avaliam as aprendizagens dos estudantes podem estar a avaliar: se estes sabem, se estes sabem fazer ou se estes fazem algo efectivamente (Costa, 2004).

Ao ser avaliado, o estudante terá de se mostrar competente a realizar as actividades preconizadas para determinado ensino clínico. Ao fazê-lo, aplica saberes, interage com eles, mobilizando capacidades, conhecimentos e atitudes. A avaliação de competências baseada em objectivos e critérios claramente definidos e até mesmo escritos, permite orientar o ensino e a aprendizagem de uma forma mais precisa, apelando ao conhecimento e ao posicionamento crítico.

Calaça Alves, cit. por Faria (2007), considera que a avaliação pode ser de três tipos: *1)* avaliação como uma medida, em que é atribuído um valor quantitativo ou qualitativo que permite indagar sobre a quantidade ou qualidade do que foi assimilado; *2)* avaliação como um julgamento profissional, que se apresenta em determinado momento, como um juízo acerca de algo ou de uma situação para definir estratégias e acções; *3)* avaliação como produção de informação, no sentido em que a partir da informação que se tem, se avalia a mais correcta e pertinente para melhor gestão da acção. Para a autora, a avaliação tem essencialmente três funções: *1)* função de certificação de competências, em que, a partir de uma prova de avaliação de conhecimentos, se adquire um certificado comprovativo das competências numa determinada área; *2)* função de selecção nos sistemas de formação, que ajuda a seleccionar série de candidatos a algo, determinando a classificação final nessa lista, aceitando ou rejeitando candidatos; *3)* a função pedagógica, que ajuda a corrigir o que a avaliação atribuiu por errado, incompleto ou menos correcto.

As estratégias de avaliação do desempenho das actividades pedagógicas preconizadas para o ensino clínico são da responsabilidade da equipa pedagógica que afere parâmetros de avaliação dos estudantes. A classificação final é resultante das capacidades e competências desenvolvidas pelo estudante, face aos resultados da aprendizagem preconizados, habitualmente quantificada numa escala de zero a vinte valores. A aprovação implica a obtenção de nota positiva (≥ 10 valores), quer o ensino clínico ou estágio seja realizado em contexto dos cuidados de saúde primários ou dos cuidados de saúde diferenciados. Decorrendo destas premissas, compreende-se a necessidade de o ensino clínico ser objecto de uma avaliação contínua que, dependendo dos critérios de avaliação definidos para cada ensino clínico, poderá impedir a progressão das aprendizagens clínicas subsequentes.

Pela importância de que se reveste, a avaliação, enquanto momento de aprendizagem, deve ser contínua, com ênfase no esforço e na responsabilidade demonstrados pelo estudante na construção do seu saber: saber-fazer, saber-estar e saber-ser. A avaliação das aprendizagens envolve actividades, técnicas e instrumentos de avaliação, que permitem aos supervisores verificar se o estudante adquiriu os conhecimentos, capacidades e atitudes, e a observação dos saberes postos em acção que habitualmente designamos de "competência". A sua aquisição exige sempre uma dada manifestação, acção ou comportamento observável, a partir do qual os supervisores inferem sobre a concretização da competência, ou não, num processo de interpelação entre os diferentes actores envolvidos.

Apesar de todos os esforços, a avaliação, em consequência de todo o processo de supervisão utilizado, é vista muitas vezes como injusta, por parte dos estudantes (Carvalho, 2005). Este sentimento é expresso quando os estudantes são confrontados com o resultado final da avaliação traduzido em números, ou seja, com a avaliação sumativa. Apesar de a aprendizagem ser alicerçada em processos de interacção e reflexão, baseada em princípios construtivistas e de continuidade, acaba por se vincular à obrigatoriedade classificativa que, enviesando o processo avaliativo, exige redireccionar a utilização da avaliação numa vertente qualitativa.

Assumindo que a avaliação se destina primordialmente a permitir uma melhoria progressiva do desempenho dos estudantes com uma atitude positiva e construtiva, nem

sempre é assim perspectivada. Frequentemente, comprova-se que a avaliação é responsável por efeitos indesejáveis sobre os estudantes, induzindo a representações negativas de avaliação (assustadora, penalizadora e injusta) e a sentimentos de insatisfação geradores de ansiedade e stresse. O facto de estar a ser avaliado, comporta para o estudante algum desconforto; no entanto, este processo é muito importante quando o objectivo é evoluir e fomentar o desenvolvimento pessoal e profissional, consolidando conhecimentos e adquirindo outros que permitem avançar na direcção da formação integral dos futuros enfermeiros.

No entanto, se a avaliação deve ser entendida como um elemento regulador e promotor da qualidade do processo de ensino-aprendizagem, a sua compreensão tem sido pautada pela lógica da mensuração, associando o acto de avaliar ao de "medir" os conhecimentos adquiridos pelos estudantes. Reforça Fontes, cit. por Faria (2007), que avaliar é um acto pedagógico que requer uma atitude e um saber específicos, tendo em conta os contextos de cada um e do grupo no respeito pelos valores vigentes, que do ponto de vista da avaliação formativa, consiste numa reflexão crítica sobre todos os momentos e factores que intervêm na formação.

No caso específico do processo de avaliação formativa em ensino clínico, os estudantes apropriam-se do *feedback* através da relação que estabelecem com os supervisores, ajudando-os a detectar falhas na aprendizagem, corrigir e redireccionar as acções e introduzir mudanças de comportamento. No final de cada período de ensino clínico, os supervisores das instituições envolvidas elaboram a avaliação global, quer no que concerne aos aspectos da organização, quer ao grau de aprendizagem atingido pelos estudantes, identificando alguns indicadores a considerar na programação dos ensinos clínicos subsequentes.

Na generalidade, constata-se que a avaliação efectuada em ensino clínico nem sempre é baseada em parâmetros objectivos no quadro de desenvolvimento de competências, na construção de referenciais e no uso de instrumentos de avaliação em supervisão clínica que traduzam os significativos esforços e progressos que são realizados. Não obstante, parece existir uma maior preocupação na procura de uma maior consistência na avaliação do ensino clínico. Neste processo, naturalmente, complexo e desafiador, procura-se oferecer orientações práticas sobre a forma de abordar a avaliação dos

estudantes de enfermagem no ensino clínico, para que a avaliação represente sempre um momento de grande reflexão com efeitos importantes ao nível da melhoria do projecto de formação inicial e na procura permanente da qualidade dos cuidados.

CAPÍTULO IV. O STRESSE NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

O stresse faz parte da vida dos estudantes de enfermagem, quer na componente teórica quer em ensino clínico, e pode ter consequências negativas para o seu bem-estar físico, socio-afectivo e cognitivo. Neste capítulo, privilegia-se uma abordagem generalista da problemática do stresse nos estudantes de enfermagem, direccionada para as experiências de pressão e exigências que os estudantes de enfermagem têm que enfrentar no ensino clínico. Os estudantes, quando expostos a determinadas situações stressantes, podem sentir limitações ou incapacidades relativamente ao seu funcionamento social, ocupacional ou académico. Por isso, é desejável conhecer quais são os principais factores de stresse e os contornos específicos que estes assumem no decurso do ensino clínico. Pretendemos centrar-nos na vertente predominantemente negativa do stresse. Dada a grande complexidade da temática, procura-se, de forma sucinta, contextualizar as experiências de stresse no decurso do ensino clínico.

1. CONCEITOS DE STRESSE

Segundo Maslach, Jackson e Leiter (1996), existem vários conceitos relativamente ao sentido da palavra stresse, e parece não haver um significado comum unanimemente aceite. Historicamente, o termo stresse (do inglês "*stress*") existe na língua inglesa desde o século XIV. A análise etimológica evidencia que a palavra stresse deriva do verbo latino "*stringo, stringere, strinxi*", que significa apertar, comprimir ou restringir, tendo sido utilizada durante muito tempo, para exprimir uma pressão ou uma constrição de natureza física. Apenas no século XIX é que o conceito se alargou para passar a significar, também, as pressões que incidem sobre um órgão corporal ou sobre a mente humana.

Com base em diferentes pressupostos, expõem-se diferentes formas de definição de stresse: *1)* como estímulo, com o enfoque no impacto dos stressores, segundo Holmes e Rahe (1967); *2)* como resposta, segundo a teoria de Hans Selye (1980), ao contemplar a tensão produzida pelos stressores como uma resposta fisiológica e psicológica; *3)* como processo, de acordo com Lazarus (1999), que defende o stresse como a interacção entre a pessoa e ambiente; *4)* como a pressão exercida sobre o ser humano que desencadeia uma tensão como resposta proporcional à pressão exercida, segundo o modelo do stresse de Vaz Serra (1999).

A) O stresse como resposta, segundo Selye

Hans Selye, endocrinologista americano, transpôs o termo "*stress*" para a fisiologia, para designar a resposta não-específica do organismo. Os trabalhos de Selye foram influenciados pelas descobertas de dois fisiologistas; Claud Bernard, que em 1879 defendia que o ambiente interno dos organismos deve permanecer constante apesar das mudanças no ambiente externo, e Cannon, que em 1939 sugeriu o nome "homeostase" para designar o esforço dos processos fisiológicos para manter um estado de equilíbrio interno no organismo.

O modelo explicativo do stresse, proposto por Selye em 1956 e designado por "Síndroma Geral de Adaptação", enquadra-se numa perspectiva fisiológica/resposta, sendo o stresse definido como a resposta geral do organismo perante qualquer estímulo ou situação stressante que ameaça o equilíbrio interno, cuja resposta passa sempre por reacções e activações fisiológicas. Ao tratar-se de uma resposta adaptativa, na medida em que estimula a defesa, de forma a ajudar na aquisição e manutenção do estado de equilíbrio, este autor propunha que a resposta a todos os factores de stresse, independentemente da sua natureza, envolvia três fases: a fase de alerta, a fase de resistência e a fase de exaustão.

A fase de alerta ou alarme, a primeira do processo do stresse, é considerada a fase positiva do stresse, isto é, quando a pessoa se confronta inicialmente com um stressor, há uma resposta fisiológica de activação, desplotando a acção de mecanismos de defesa do tipo de "luta ou fuga", com a consequente perda da homeostasia. Quando o stressor tem uma duração curta, a adrenalina é eliminada e ocorre a reposição da homeostasia

sem complicações para o seu bem-estar. Neste caso, o organismo recupera e pode acontecer um aumento na produtividade que, acompanhado por uma gestão eficaz do stresse, pode ser utilizado em benefício próprio (Lip, 2000). Os sintomas característicos são o aumento da frequência respiratória, as reacções de tensão muscular, mãos frias e suadas, sensação de nó no estômago e aumento da transpiração.

A fase de resistência ocorre se a fase de alerta permanecer, após exposição prolongada ao stressor, surgindo, então, uma tentativa de adaptação com o organismo a tentar restabelecer a homeostasia. Quando consegue, os sintomas iniciais desaparecem e, no caso contrário, a produtividade sofre uma queda dramática e a vulnerabilidade da pessoa aumenta. Se ocorrer uma persistência do stressor e até um aumento da sua intensidade, o organismo entra na fase de exaustão.

Considerada como a mais negativa do stresse, na fase de exaustão verifica-se um esgotamento das energias necessárias para uma eventual adaptação do organismo. Nesse percurso, instala-se a exaustão psicológica, em forma de depressão e a exaustão física. Assim, se a reacção ao estímulo agressor for forte e intensa, poderá ocorrer como consequência, uma maior predisposição ao desenvolvimento de doenças, pelo que se torna importante minimizar a reacção de alarme e alternar os períodos de intensidade do stresse de forma a que o organismo seja capaz de recuperar do esforço (Selye, 1994).

Este autor distinguiu dois conceitos que denominou de *"distress"* e "*eustress",* que experienciados em termos fisiológicos, têm, no entanto, significados diferentes. "*Distress"* (do latim *dis*, que significa mau), corresponde a uma tensão interna e refere-se a respostas do stresse desagradáveis, provocadas por um stressor externo quando existe ruptura do equilíbrio biopsicossocial por uma sobrecarga ou falta de esforço, ocorrendo manifestações de doença. Por outro lado, "*eustres"s* (do Grego *eu*, que significa bom), diz respeito ao stresse positivo e surge após o esforço, ocorrendo adaptação e gerando a sensação de realização pessoal. Nos dois processos, o organismo está sujeito praticamente às mesmas respostas não específicas perante os estímulos positivos ou negativos, todavia o "*eustresse*" resulta em menos danos para o organismo.
No entanto, o modelo de Selye (1980), apesar de perspectivar uma abordagem sistémica e comportamental do stresse, foi considerado insuficiente por não enquadrar o elemento stressor (Silva, 2001).

B) O stresse como estímulo

A perspectiva do stresse como estímulo considera o stresse como sendo uma condição do meio ambiente percebida como disruptiva e disfuncional. Holmes e Rahe (1967), dão ênfase aos acontecimentos do meio ambiente como geradores de stresse e consideram o stresse como sendo um estímulo proveniente do meio e que causa na pessoa uma reacção de deformação/doença. Estes autores afirmam que os factores stressantes são os acontecimentos importantes de vida, que exercem forças no sujeito e requerem uma necessidade de adaptação do organismo, na sequência de um constrangimento, ameaça ou exigência que lhe é imposta. Esta adaptação será no sentido de restabelecer o equilíbrio dinâmico do organismo humano e varia de acordo com as características individuais, personalidade, vulnerabilidade, entre outras. Todavia, a proposta destes autores foi alvo de inúmeras críticas por não discriminarem os acontecimentos positivos e negativos, não identificarem a cronicidade ou a recorrência dos acontecimentos (Lazarus, 1999) e, por outro lado, não foi perspectivada a realização de estudos transculturais.

C) O stresse como processo de transacção segundo Lazarus

Para Lazarus, o stresse é um processo de interacção ou transacção (com mecanismos de *feedback*), caracterizado pela existência de trocas constantes entre o indivíduo e o ambiente (Lazarus & Folkman, 1991). Esta perspectiva interaccionista/transaccional, defende que o stresse resulta da interacção ou da relação entre aspectos do meio e da pessoa, preconizando a existência de um processo de avaliação cognitiva de uma determinada situação e de uma "decisão" relativamente ao carácter mais ou menos ameaçador e stressor que a envolve. Portanto, nesta perspectiva, o stresse depende da avaliação individual de determinados acontecimentos exteriores e da avaliação que é feita dos recursos individuais disponíveis para fazer face a essa situação.

No modelo transaccional de stresse de Lazarus e Folkman (1984), a simples presença de acontecimentos que possam ser considerados como stressores em determinado contexto, no qual o indivíduo esteja inserido, não caracteriza um fenómeno de stresse. Para que aconteça, é necessário que o indivíduo perceba e avalie os acontecimentos como stressores; isto quer dizer que os factores cognitivos têm um papel central no processo

que ocorre entre os estímulos potencialmente stressores e as respostas do indivíduo. Assim, o stresse é encarado como um processo e traduz-se numa resposta multidimensional na sequência de uma avaliação cognitiva efectuada pelo sujeito.

Este modelo realça a interdependência entre as cognições, as emoções e os comportamentos, tendo o sujeito um papel activo em todo o processo, quando avalia que as exigências externas excedem os seus recursos para lidar com elas. Deste modo, o stresse é o resultado da avaliação pessoal feita acerca dos acontecimentos ou situações com que se depara o sujeito.

Trata-se duma perspectiva na qual se destacam dois tipos de processos, a avaliação e o *coping*, os quais se referem à relação que se estabelece entre o indivíduo e o seu meio ambiente. Segundo estes autores, existem dois tipos de avaliação cognitiva: *1)* a avaliação primária, que consiste na avaliação do significado individual de determinado acontecimento, como irrelevante, positivo ou ameaçador, isto é, a pessoa avalia a importância do acontecimento para o seu bem-estar; *2)* e a avaliação secundária, que ocorre quando um acontecimento é considerado ameaçador e consiste na análise dos recursos disponíveis e da sua capacidade para enfrentar e lidar com a situação. Estes dois tipos de avaliação conduzem a respostas fisiológicas (taquicardia), cognitivas (crenças sobre as consequências de um acontecimento), emocionais (medo) e comportamentais (fuga). Por exemplo, se um determinado acontecimento for considerado ameaçador na avaliação primária e se os recursos existentes para lidar com a situação forem classificados como insuficientes na avaliação secundária, conduzirá ao desenvolvimento de esforços individuais no sentido de lidar com a situação, eliminando, reduzindo ou evitando a ameaça. Designado por Lazarus e Folkman (1984), este processo de *coping* compreende o processo de lidar com as exigências internas e/ou externas que excedem os recursos da pessoa.

Estes autores consideram que existem três categorias de situações indutoras de stresse, a ameaça, o dano e o desafio, sendo que é a natureza temporal que as distingue: *1)* a ameaça refere-se à antecipação de uma situação desagradável que pode vir a ocorrer; *2)* o dano diz respeito a uma condição desagradável como doença, morte, entre outros, que já ocorreu e ao seu significado ou às suas consequências; *3)* o desafio leva o indivíduo a

confiar na possibilidade de alcançar ou mesmo ultrapassar as dificuldades da exigência estabelecida por determinada circunstância.

O modelo de Lazarus e Folkman tem em conta os aspectos de ordem relacional (interacção/relação indivíduo-meio), motivacional (avaliação contínua dos objectivos que se traduzem em acções e novos objectivos e cognitivo (reconhecimento e avaliação das situações), onde a pessoa já não responde de forma passiva aos estímulos mas interage activamente com eles (Loureiro, 2006).

D) O modelo de stresse de Vaz Serra

Em Portugal, Vaz Serra (1992) desenvolveu um modelo descritivo de stresse, através do qual procurou apresentar uma síntese clara e actual do processo de stresse e de *coping* (estratégias de confronto). Segundo o modelo de Vaz Serra (1992), uma pessoa está em stresse quando desenvolve a percepção de não ter controlo sobre um acontecimento e perante o qual sente que as exigências do mesmo ultrapassam as suas aptidões, recursos pessoais e sociais, pelo que o stresse só se verifica em situações de tensão desencadeadoras de experiências de stresse. Tais situações podem ser acontecimentos subjectivos (pensamentos, imagens ou sensações internas) ou objectivos (acontecimentos importantes da vida ou incomodativos do dia-a-dia).

Segundo Vaz Serra (2000), a avaliação dos acontecimentos por parte do indivíduo dá-lhe a percepção de ter ou não recursos suficientes para lidar com a situação. Por isso, explica o autor que, quando as exigências colocadas pela situação são superiores aos recursos disponíveis, o indivíduo sente que não tem capacidades de controlo e pode "entrar em stresse". Contudo, a intensidade do stresse pode ser atenuada se o indivíduo tiver acesso a apoio social, o qual deve estar disponível e ser considerado suficiente.

De acordo com esta perspectiva, o stresse desencadeia uma tripla resposta: de natureza biológica, cognitiva e comportamental. Por outro lado, o stresse faz-se acompanhar de emoções negativas que variam em função da situação em que a pessoa se encontra, sendo que a componente motivacional das emoções inibe ou incentiva a pessoa a agir. Por sua vez, as estratégias utilizadas para lidar com o stresse, designadas por estratégias de *coping* (termo utilizado no sentido simbólico de "enfrentar", "seguir em frente"),

podem ser orientadas para o problema ou para a emoção. Estas estratégias podem ser adequadas ou inadequadas, sendo que, no primeiro caso, a pessoa "deixa de estar em stresse" e, no segundo caso, a condição de stresse mantém-se (Vaz Serra, 1992). Em 1987, este autor elaborou também um instrumento de medida do *coping* (o inventário de resolução de problemas), que conduziu a numerosas investigações.

2. STRESSE E ANSIEDADE

Os termos stresse e ansiedade estão estreitamente relacionados, e embora sejam muitas vezes presumidos como sinónimos, não se referem ao mesmo constructo (Raglin, 1992). Apesar dos numerosos modelos e definições de stresse propostos, actualmente parece existir um certo consenso em relacionar o stresse com situações que excedem as capacidades físicas e/ou psicológicas dos indivíduos (Lazarus & Folkman, 1984). Por outro lado, a ansiedade é uma resposta emocional aversiva ao stresse, que resulta de uma avaliação de ameaça e é caracterizada por sentimentos subjectivos de preocupação e apreensão relativamente à possibilidade de dano físico ou psicológico, muitas vezes acompanhados de aumento da activação fisiológica (Smith, Smoll & Wiechman, 1998).

A ansiedade surge como uma ameaça ao autoconceito que, segundo Spielberger (1989), se caracteriza por um sentimento subjectivo de apreensão, como um processo psicológico. De acordo com Burns (1986), o autoconceito é composto por imagens acerca do que as próprias pessoas pensam que são, o que pensam que conseguem realizar e o que pensam que os outros pensam delas, e também de como gostariam de ser. Por conseguinte, o autoconceito é analisado como um conjunto de várias atitudes do eu e únicas de cada pessoa. Assim, embora a ansiedade se possa manifestar por respostas somáticas, como aumento do ritmo cardíaco e da pressão sanguínea ou sudorese, os sentimentos de ansiedade têm uma origem psicológica. Como Eysenck (1992) afirmou, a ansiedade pode ser considerada um estado desagradável e aversivo, cuja principal função ou propósito é, provavelmente, facilitar a detecção de perigo ou ameaça em ambientes possivelmente stressantes.

Segundo Spielberger (1989), o stresse refere-se a um processo psicobiológico complexo que consiste numa sequência de acontecimentos ordenados temporalmente: stressores,

percepções ou avaliações de perigo (ameaças) e reacções emocionais. A ansiedade, considerada como um processo, é frequentemente sujeita à distinção entre ansiedade-traço e ansiedade-estado, e ansiedade cognitiva e somática. Neste processo, quando um stressor é percepcionado como perigoso ou ameaçador, independentemente da presença de um perigo objectivo, é evocada uma reacção emocional (ansiedade) (Spielberger, 1989). Assim, se a pessoa faz uma avaliação cognitiva de percepção de ameaça, que corresponde à forma como avalia e "vê" a situação que está sempre subjacente à percepção de stresse, surgem as reacções emocionais de ansiedade, que são influenciadas pela capacidade da pessoa, pelas suas estratégias de *coping,* experiências passadas, bem como pelo perigo objectivo inerente à situação (Spielberger, 1989). A avaliação de ameaça de perigo presente ou futuro tem a importante função de gerar reacções emocionais que mobilizam para agir e evitar o perigo, no entanto, quando não há um perigo objectivo, a percepção de ameaça de uma situação transmite uma mensagem de stresse, que resulta em activação ou num estado de ansiedade.

A percepção de ameaça medeia, assim, a relação entre um stressor e a intensidade de uma reacção de ansiedade, o que leva a que os estados de ansiedade variem em intensidade e flutuem com o tempo, em função da quantidade de ameaça percepcionada (Spielberger, 1989; Dunn & Nielsen, 1993).

Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg e Jacobs (1983), definiram a ansiedade-estado como o nível de ansiedade num dado momento, isto é, um estado emocional ou condição momentânea do organismo humano que, variando em intensidade e com oscilações ao longo do tempo, se caracteriza por sentimentos de tensão e apreensão conscientemente percebidos e por um aumento da actividade do sistema nervoso autónomo. Por outro lado, a ansiedade-traço refere-se à tendência geral de um indivíduo para experimentar níveis mais elevados de ansiedade estado quando exposto a stressores, cuja definição remete para as diferenças individuais relativamente estáveis na propensão para a ansiedade, ou seja, têm tendência para responderem a situações percebidas como ameaçadoras com elevação na intensidade da ansiedade-estado.

A ansiedade traço-estado, distingue dois aspectos fundamentais da ansiedade: ansiedade como um estado emocional transitório e como um estado mais permanente, correspondendo a um traço de personalidade (Spielberger, 1989), após um evento

externo ou um estímulo interno ser percebido e avaliado como perigoso ou ameaçador: *1)* evocará uma reacção de estado de ansiedade que inclui activação do sistema nervoso autónomo e sentimentos subjectivos de tensão e expectativa; *2)* a intensidade desta reacção será proporcional à quantidade de ameaça que a situação representa para a pessoa; *3)* a ansiedade-estado permanecerá elevada até que a avaliação da situação ameaçadora seja alterada por estratégias de *coping* ou comportamentos defensivos eficazes. Spielberger (1966), defende ainda que as diferenças individuais na ansiedade-traço determinam a forma como estímulos externos específicos são cognitivamente avaliados como ameaçadores, o nível de ansiedade-estado experienciado e outros efeitos desses estímulos no comportamento.

A ansiedade cognitiva diz respeito à parte mental da ansiedade e inclui aspectos ligados a "expectativas negativas" e preocupações cognitivas sobre si próprio e sobre o desempenho, a situação em questão e potenciais consequências ("Não vou conseguir"). A ansiedade somática diz respeito à componente física da ansiedade, reflectindo percepções dos elementos fisiológicos e afectivos da reacção de ansiedade, que derivam directamente do processo de activação autónoma (aumento do ritmo cardíaco, mãos suadas, tensão muscular, boca seca) (Morris, Davis & Hutchings, 1981; Martens, Burton, Vealey, Smith & Bump, 1983; Hardy, 1990; Martens, Burton, Vealey, Bump & Smith, 1990; Burton, 1998).

Por outro lado, é importante referir e salientar a auto-confiança, uma variável que surgiu relacionada com a ansiedade aquando do desenvolvimento de uma medida multidimensional do estado de ansiedade – o *Competitive State Anxiety Inventory*-2 (CSAI-2), (Martens *et al.*, 1990).

Embora negativamente conotada, a ansiedade é distinta do stresse, constituindo um estado afectivo geralmente ligado a apreciações cognitivas de ameaça, que até certo ponto é benéfica, propulsora, estimulante e motivadora, apresentando-se como um elemento essencial para o bom desempenho (Farah, 2001). Este foi também o entendimento de Magnusson (1982), ao afirmar que stresse e ansiedade não são sinónimos, pelo que ansiedade implica sempre stresse mas o inverso não é necessariamente observado.

3. OS STRESSORES

Os estímulos ou pressões com que a pessoa tem que lidar são os stressores, fontes ou factores de stresse (Frasquilho, 2005). O stresse é desencadeado a partir de stressores cuja origem pode ser do meio externo, do ambiente social e do meio interno. Segundo Vaz Serra (1999), uma situação indutora de stresse é toda a condição em relação à qual o indivíduo tem a percepção de não ter preparados comportamentos automáticos de resposta e que, por isso, exige uma nova adaptação. Assim, e de acordo com o autor, as circunstâncias indutoras de stresse podem ser de natureza física, psicológica e social, considerando que os acontecimentos de natureza física e social são susceptíveis de se fazerem acompanhar de um componente psicológico marcado.

Assim, stressor é todo e qualquer estímulo interpretado pelo indivíduo como ameaçador, suscitando uma reacção de stresse, ou seja, qualquer situação provocadora de um estado emocional forte que conduz à ruptura do equilíbrio interno e externo, exigindo da pessoa um ajustamento ao ambiente. Neste sentido, uma experiência geradora de stresse é um acontecimento relevante, percebido como uma ameaça e acompanhado por um sentimento de incapacidade de responder com eficácia a essa ameaça.

Rodrigo (1995), corrobora que o stresse pode ser originado a partir de vários factores com origem interna ou externa. Os stressores externos ao sujeito colocam desafios à homeostase e são considerados acontecimentos, os acidentes, a morte, os conflitos, a situação de cuidados, entre outros, e deste modo apresentam-se como experiências traumáticas, desafiadoras e imprevisíveis, vividas por cada indivíduo. Por outro lado, os stressores internos são pressões que são pertença da mente, que fazem parte do mundo interno, das cognições do sujeito, do seu modo de ver o mundo, do seu nível de assertividade, expectativas, crenças, valores e características pessoais.

Independentemente da sua natureza, interna ou externa, a sua expressão traduz-se em sintomas do stresse que, segundo Ditkofsky (2004), podem ser físicos, emocionais e mentais. Para este autor, os sintomas emocionais incluem irritabilidade, depressão, hostilidade e ansiedade, o que torna mais difícil a relação com as pessoas; os sintomas de stresse mental manifestam-se por esquecimento, perda de concentração, desorganização, confusão e falta de vontade de conversar, o que condiciona o

desempenho no trabalho; os sintomas físicos incluem aumento do ritmo cardíaco, ataques de pânico, insónia, alterações do apetite, náuseas, dores de cabeça, e diminuição da resistência a infecções.

O processo de stresse pode culminar em reacções psicológicas do tipo ansiedade ou depressão, alterações cognitivas, reacções fisiológicas, que podem originar doenças e reacções comportamentais como o uso de tóxicos (Frasquilho, 2005). É a avaliação que a pessoa faz de toda a situação de stresse e das estratégias adaptativas que põe em marcha para responder às exigências do stressor, que irão mediar as consequências finais.

4. RESPOSTA AO STRESSE

O ser humano encontra-se cada vez mais exposto a situações de stresse, e sempre que é exposto a um stressor há uma resposta fisiológica ao stresse, ocorrendo um processo de activação que envolve todo o organismo. De acordo com Vaz Serra (1999), os factores de stresse produzem vários tipos de resposta na pessoa. Estas podem ser de natureza biológica, cognitiva, emocional ou de comportamento observável, ocorrem de forma concomitante e influenciam-se mutuamente, sendo estas respostas tanto mais acentuadas quanto mais intensa, frequente e prolongada for a exposição ao stresse. Assim, a resposta ao stresse é diferente de pessoa para pessoa, dependendo de um conjunto de factores: idade, sexo, temperamento, competências cognitivas e de resolução de problemas, apoio social, entre outros factores.

De uma forma geral, a resposta ao stresse envolve uma componente cognitivo-emocional e uma componente fisiológica e de sintomatologia psicossomática. Relativamente à dimensão cognitivo-emocional, podemos observar, por exemplo, nos estudantes de enfermagem, durante o ensino clínico, sentimentos como: agressividade, preocupação, tristeza, nervosismo, confusão e medo. No que diz respeito à sintomatologia psicossomática, os estudantes podem queixar-se de dores de cabeça, dores de barriga, mas também sudação, taquicardia, náuseas, tremores e tensão muscular. Consideradas como reacções normais ao stresse, não devem ser motivo de preocupação, com excepção para as situações em que a intensidade e a duração deste

tipo de respostas são indicadores de um nível bastante deficitário de bem-estar. Nestes casos, podem surgir perturbações de ansiedade e de natureza depressiva ou perturbações do comportamento. Por exemplo, no caso dos estudantes de enfermagem, uma significativa diminuição do rendimento no processo de aprendizagem ou mudança a nível do interesse e empenho deve ser motivo de alerta.

5. AS ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS AO STRESSE

As estratégias adaptativas ao stresse centram-se na área dos mecanismos de defesa, que são denominados de mecanismos de "confronto" ou estratégias de *coping* (Parker & Endler, 1996). Estas variáveis preventivas e auto-reguladoras são também conhecidas por moderadores de stresse, recursos ou variáveis tampão (Nunes, 1999).

A eficácia das estratégias para lidar e reduzir o stresse, segundo Snyder e Dinoff (1999), é avaliada pela capacidade que têm em reduzir de imediato a perturbação sentida, assim como em evitar, em termos futuros, o prejuízo do bem-estar ou da saúde da pessoa. As estratégias podem ser centradas no problema, nas emoções e na interacção social. De um modo geral, numa situação de stresse, não intervém apenas um único factor mas sim vários factores adicionais, que se acrescentam ao factor central, uns decorrentes daquele e alguns que lhe são independentes mas concomitantes. A compreensão de uma situação de stresse implica que se considere não apenas os factores de stresse e o estado de stresse, mas também o processo de adaptação, a possibilidade de crise e o estado de recuperação.

Assim, de entre as estratégias adaptativas ao stresse equacionaram-se as variáveis pessoais, de entre elas os factores individuais, *o coping* e o suporte social, variáveis que afectam quer os procedimentos cognitivos, quer os procedimentos biológicos de cada indivíduo.

A) Factores individuais

A resposta ao stresse varia de pessoa para pessoa, o que permite relativizar o valor do estímulo que por si só pode não ser suficiente para a explicação das situações de stresse,

determinadas pela construção de um significado pessoal e pelas característica pessoais. Ao desempenhar um importante papel enquanto elemento influenciador das estratégias, Larsen (2000) afirma que são os processos pessoais que moderam a transacção entre a pessoa e as características do meio e que determinam o carácter stressante de uma situação.

De entre os factores que determinam a predisposição das diferentes pessoas para o stresse encontram-se a personalidade, a auto-estima, a auto-confiança, o apoio social, a resistência física e a saúde. As variáveis pessoais, nomeadamente o género, os factores disposicionais e o estatuto educacional, também influenciam a resposta ao stressor. O género é apontado como importante factor no nível de stresse experimentado e na existência de diferenças nas respostas biológicas e comportamentais entre homens e mulheres, em que a resposta ao stresse é mais favorável nas mulheres, embora elas apresentem mais sintomas de stresse (Taylor, Klein, Lewis, Gruenewald, Gurung & Updegraff, 2000).

O nível educacional também é um factor individual relacionado com a carreira profissional e os rendimentos económicos. Jones e Bright (2001) referem um estudo efectuado nos EUA, cujos resultados indicam que os homens com níveis educacionais mais elevados apresentavam maior probabilidade para a expressão psicológica perante o stresse (baixa auto-estima, ansiedade, sentimentos de perda de controlo), enquanto que os de níveis inferiores referiam mais sintomas físicos.

Os factores disposicionais relacionam-se, segundo Lazarus & Folkman (1984), com o compromisso, que diz respeito aquilo que é importante para o indivíduo, na medida em que determina a sua sensibilidade em relação às características da situação, e às crenças definidas como configurações cognitivas individuais ou partilhadas culturalmente e que determinam a percepção que o sujeito faz do meio e modelam a compreensão dos significados construídos. De entre aos factores disposicionais, as investigações nesta área têm identificado distintos tipos de personalidade a que correspondem diferentes formas de reagir ao stresse. Friedman e Ulmer (1984), postulam que as pessoas podem ser divididas em dois tipos de personalidade: "Personalidade do tipo A e tipo B", que se distinguem por variáveis comportamentais. A "Personalidade do tipo A" é caracterizada por manifestações hostis e competitivas; são normalmente pessoas impacientes e

agressivas; por sua vez, as pessoas com "Personalidade do tipo B", são mais optimistas e positivistas, dominando naturalmente as situações indutoras de stresse e recorrendo sobretudo a estratégias focadas no problema (Taylor, Hegelson, Reed & Skokan, 1991).

Outro tipo de personalidade é a denominada resiliente ou robusta, caracterizada por manifestações de confiança por parte dos sujeitos que acreditam em si para realizarem determinada tarefa, de modo que, perante uma situação indutora de stresse, revelam uma atitude de desafio, considerando o acontecimento como uma oportunidade, reflectindo uma atitude adequada de controlo (Kobasa, Maddi, & Pucceti, 1984). Acrescenta Vaz Serra (1999), que os sujeitos com a personalidade resiliente gozam de uma melhor tolerância ao stresse.

Foi ainda identificada outra variável de personalidade descrita como neuroticismo, "*negative affectivity*" ou emocionalidade negativa (Vaz Serra, 1999), que caracteriza os sujeitos com tendência para serem nervosos, ansiosos, de humor variável, emocionalmente instáveis, com experiências de insucesso, evidenciando baixo auto-conceito e com tendência para ficarem passivos perante situações que activamente criaram como problemáticas.

Finalmente, o autoconceito (a forma como a pessoa se percepciona) e a auto-estima (grau em que uma pessoa confia nas suas capacidades) de cada sujeito desempenham um papel fundamental no desempenho, permitindo ao sujeito ter uma opinião acera de si, que vai naturalmente reflectir-se na resposta ao stresse. Os dados da literatura evidenciam que um elevado autoconceito e auto-estima possibilita aos indivíduos um ajustamento mais adequado à situação, torna-os menos susceptíveis a sintomas psicopatológicos nas situações indutoras de stresse (Turner & Roszell, 1994), mais confiantes e com mais expectativas de eficácia na resolução dos problemas, interpretando os acontecimentos como pouco ameaçadores.

Assim, no tocante aos aspectos pessoais, e enquanto factores moderadores do *coping*, influenciam as representações cognitivas que cada indivíduo constrói face às vivências que se repercutem inevitavelmente na resposta ao stresse.

B) Os recursos de coping

Na resposta ao stresse surge o *coping*, é uma palavra de origem anglo-saxónica que não tem tradução directa no português, contudo, é utilizada como ”enfrentar”, “adaptar-se a”, “formas de lidar com” ou “estratégias de confronto”, visando a identificação de esforços individuais, cognitivos e comportamentais para lidar com situações stressantes (Delongis & Preece, 2000).

Face a situações percebidas como difíceis ou que excedem os recursos adaptativos de um indivíduo, Lazarus e Folkman (1984) concebem o *coping* como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que têm como objectivo controlar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou excedem os recursos adaptativos, proporcionando uma função protectora ao sujeito. Os autores propõem o *coping* enquanto processo transaccional entre a pessoa e o ambiente, com ênfase no processo e nos traços de personalidade.

Uma vez que o stresse é concebido como uma resposta negativa, os factores de stresse constituem uma pressão que perturba o indivíduo ou sistema, desencadeando um estado de tensão e desequilíbrio e exigindo mudanças essenciais para que novos estados de equilíbrio sejam alcançados (Boss, 2002).

No processo de adaptação à situação de stresse intervêm três componentes centrais: *1)* os recursos, como características ou condições individuais e contextuais que favorecem a recuperação (Burr & Klein, 1994); *2)* a percepção da situação que pode variar desde uma maior negatividade (situação experienciada como dramática, trágica) até uma maior positividade (situação experienciada como um desafio, uma oportunidade de crescimento); *3)* as estratégias de *coping*, as quais implicam uma pró-actividade do indivíduo no sentido de gerir e ultrapassar a situação adversa (Burr & Klein, 1994).

As estratégias de *coping* incluem comportamentos e cognições em resposta aos factores de stresse e consistem em formas práticas de fazer face a situações ameaçadoras, podendo distinguir-se: o *coping* centrado no problema e nas emoções. O *coping* centrado no problema, traduz-se por acções que visam alterar a situação tornando-a menos stressante e exigem esforço para actuar na situação que lhe deu origem no

sentido de eliminar, prevenir ou reduzir a ameaça. Segundo esta perspectiva, a acção do *coping* pode ser direccionada interna ou externamente. Quando o *coping* focalizado no problema é dirigido para uma fonte externa de stresse, inclui estratégias como negociar para resolver um conflito interpessoal ou solicitar apoio (reflectido em ajuda prática), ou seja, o sujeito pode elaborar um plano de acção de forma a enfrentar e resolver a situação (*coping* proactivo). Quando o *coping* é dirigido internamente, implica de um modo geral a reestruturação cognitiva, levando o indivíduo a reagir imediatamente ao stressor através de estratégias simples, como técnicas de relaxamento (*coping* combativo) (Delongis & Preece, 2000). O *coping* centrado nas emoções envolve a utilização de estratégias cognitivas ou comportamentais que ajudam o indivíduo a lidar com o estado de stresse decorrente da situação problemática (Lazarus & Folkman, 1984), no sentido de regular o estado emocional associado ao stresse, como por exemplo, a negação ou a minimização da ameaça. Exige esforço do sujeito para controlar a resposta emocional, procurando apoio junto de outras pessoas, evitando a situação, distraindo-se com outras actividades, reagindo imediatamente sobre a emoção, recorrendo a comportamentos como o consumo de tabaco que, neste caso, pode a longo prazo tornar-se numa estratégia disfuncional.

As estratégias centradas no problema tendem a ser usadas quando o stresse é sentido como pouco intenso, a situação é tida como controlável e resolúvel e levam ao confronto e resolução das dificuldades. As estratégias focadas nas emoções ou no seu controlo são mais utilizadas quando o stresse é sentido como mais grave e a pessoa está convicta de que tem poucas possibilidades de resolver o seu problema. Estas estratégias podem ser úteis quando efectivamente nada mais se pode fazer para resolver a situação e, por isso, ajudam a distanciar de forma transitória o problema, a considerá-lo mais objectivamente e a reorganizar os meios de confronto. São prejudiciais quando evitam o confronto com uma situação resolúvel ou trazem malefícios a médio ou longo prazo.

No entanto, independentemente das divergências na literatura, parece existir um consenso crescente de que o *coping* enfatiza não o resultado, mas o processo, isto é, o processo de pensar e fazer, mudando com o tempo e com os stressores, incluindo uma actividade adaptativa autónoma que compreende as cognições e comportamentos para lidar com um problema e as emoções negativas que os acompanham (Folkman &

Lazarus, 1980), mas referindo-se também a actos esforçados e direccionados que visam a situação de stresse e os seus efeitos (Edwards, 1999).

Os stressores surgem devido a uma percepção de escassez dos recursos necessários para lidar com um problema, e uma vez desenvolvidos esses recursos, a situação deixa de ser percebida como stressante (a menos que a situação ou o seu significado sejam de alguma forma alterados e as rotinas deixem de ser adequadas) (Anshel & Kaissidis, 1997).

Importa realçar a importância desta definição, incluir reacções propositadas ao stresse e excluir respostas reflexas ou automáticas. Desta forma, assegura-se que o uso do termo seja limitado a um subconjunto de acções adaptativas que envolvam esforço (Compas, 1987).

A escolha da estratégia de *coping* é influenciada pela avaliação das opções para lidar com problemas identificáveis, definida na teoria do *coping* e stresse como "avaliação secundária" e que se refere à questão "o que posso eu fazer" (Lazarus & Folkman, 1984). Um dos aspectos dessa avaliação é o julgamento quanto ao grau em que a pessoa pode controlar o desfecho de determinada situação que depende da natureza do elemento stressante, da disponibilidade dos recursos de *coping* e do resultado do esforço de *coping*.

Lazarus e DeLongis (1983), defendem que os processos de *coping* variam com o desenvolvimento da pessoa, devido a modificações que se processam nos contextos de vida e das experiências vivenciadas pelos indivíduos. Segundo este ponto de vista, o nível de desenvolvimento cognitivo influencia a utilização de determinadas estratégias, mas também o significado dos acontecimentos stressantes nos diversos momentos da vida dos indivíduos e o seu impacto em cada momento. Um episódio de *coping*, avaliado logo após a sua ocorrência, tende a ser diferentemente descrito quando comparado a episódios mais antigos (McCrae & Costa, 1986). De salientar ainda as crenças de auto-eficácia de *coping* que, por serem entendidas como uma avaliação subjectiva individual que a pessoa faz acerca das próprias capacidades para lidar com as exigências contextuais, permitem estruturar futuras respostas adaptativas (Bandura, 1997).

C) O suporte social

O conceito de apoio/suporte social data dos anos 70 (Brownell & Shumaker, 1984), seguindo-se à emergência dos estudos sobre o stresse psicológico avaliado através de escalas de acontecimentos de vida (Holmes & Rahe, 1967), na tentativa de encontrar uma forma de evitar os malefícios do stresse e de explicar como algumas pessoas parecem capazes de os evitar (Cobb, 1976).

O apoio/suporte social, ao contrário dos factores internos (factores individuais e estratégias de *coping*), constitui um factor externo que desempenha um papel importante na moderação e efeitos nas experiências e resposta ao stresse. Ao ser entendido com base na natureza das interacções que ocorrem nas relações sociais, principalmente na forma como são avaliadas pelo indivíduo e da sua qualidade, torna-o essencial em situações de crise (Jones & Brigh, 2001).

Vaz Serra (2005), defende que todas as medidas que melhorem a percepção de controlo, e de modo mais específico as estratégias que mobilizem o apoio social (ajuda de familiares, amigos e conhecidos) podem auxiliar, ajudar e atenuar os efeitos do stresse. Este autor postula que as estratégias focadas na interacção social dependem de três aspectos: *1)* dos recursos da rede social em que a pessoa está inserida; *2)* do comportamento de apoio que recebe (seja de amigos, conhecidos ou profissionais); *3)* da avaliação subjectiva desse apoio.

É importante reconhecer que o apoio social optimiza as estratégias de *coping* individuais, na medida em que o sujeito mantém a esperança de num recurso disponível e, por isso, uma forte rede de apoio social, quer estruturada nos amigos e familiares quer nos colegas e conhecidos, constitui um suporte importante pelo encorajamento, apoio emocional, interajuda e incentivo mútuo. Por conseguinte, em termos práticos, é essencial promover a sociabilidade e a avaliação positiva das relações, uma maior quantidade de recursos e eliminar a vulnerabilidade à sua perda, conseguindo, deste modo, construir ciclos de ganhos fazendo um maior uso de formas adaptativas (Moreira, 2000).

6. O STRESSE NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Neste ponto, procura-se conhecer as experiências desencadeantes de stresse nos estudantes de enfermagem, nas situações de aprendizagem em ensino clínico. Através da consulta bibliográfica, procura-se identificar os factores de stresse e as abordagens destinadas a reduzir os aspectos negativos do stresse.

A) A transição para o ensino superior

A transição para o ensino superior tem sido contextualizada como um período crítico, na medida em que pode ser potencializadora de múltiplos desafios desenvolvimentais, mas também de crises e obstáculos (Rebelo & Alarcão, 2003), ao confrontar o estudante com um ambiente de aprendizagem diferente, nomeadamente quanto ao tipo de relação pedagógica que se estabelece entre os professores e os estudantes, as formas de organização do ensino e da avaliação (Araújo, Almeida & Paúl, 2003), implicando o aumento das exigências cognitivas. Nesta transição, os jovens terão de ultrapassar uma série de desafios e obstáculos, podendo ocorrer dificuldades de adaptação ao ensino superior que envolvem factores de natureza pessoal e contextual (Soares, Vasconcelos & Almeida, 2002).

Como resposta às novas exigências, nesta fase, os jovens terão de adquirir um conjunto de competências que lhes permita fazer uma integração e adaptação ao novo contexto de ensino que são concomitantes com o período de desenvolvimento psicológico, nomeadamente ao nível da construção da autonomia, da identidade, da competência e das relações interpessoais (Araújo *et al.*, 2003). Por outro lado, é no decurso deste período de formação e muito especificamente numa fase particular do ciclo de vida, que se processam as mudanças desenvolvimentais conducentes à transição da adolescência para a vida adulta (Dubar, 1997).

Para a maioria dos estudantes, a vida académica constitui um período em que é necessário conciliar motivações e interesses pessoais com novos contextos de vida, ao nível familiar, social e escolar (Ramos & Carvalho, 2007). Neste sentido, para Coulon (2005), a primeira tarefa que o estudante deve cumprir quando inicia um curso no ensino superior é aprender o seu trabalho de estudante com a iniciação a novos

contextos e respectivos rituais de passagem que conduzem a um processo de mudança do estatuto de aluno para o de estudante. Para este autor, a entrada no ensino superior é tornar-se um "membro" no sentido etnológico do mesmo e compõe-se de três momentos distintos: *1)* uma primeira fase de separação com o estatuto passado; *2)* uma fase intermédia caracterizada pela existência de ambiguidade; *3)* e uma fase final de conversão.

De um modo geral, pode dizer-se que a transição e a mudança são factores recorrentes na vida dos indivíduos, mas podem desencadear experiências stressantes, com potenciais efeitos adversos sobre a saúde física e psicológica (Costa & Leal, 2006). Estes autores afirmam que graus elevados de dificuldades experienciadas neste período, podem estar relacionados com problemas de rendimento académico, dificuldade nas relações interpessoais, no desenvolvimento da autonomia, nos níveis de auto-estima e na própria saúde.

As dificuldades podem advir das exigências académicas ou de alguma vulnerabilidade relacionada, por exemplo, com o autoconceito. Efectivamente, todos os indivíduos têm um autoconceito que lhes permite ir construindo uma imagem acerca de si na sequência de várias experiências e dos significados que vão atribuindo às mesmas, permitindo uma vivência positiva dos desafios ou desencadear dificuldades de ajustamento (Vaz Serra, 1986a). A análise da literatura permite verificar que factores de vulnerabilidade, como a falta de competência/recursos pessoais, recursos de *coping*, falta de suporte social, podem desencadear ou exacerbar as experiências de stresse.

Como vimos com a entrada no ensino superior, há manifestamente um aumento dos stressores académicos que resultam de uma interacção complexa entre variáveis de personalidade, competências de *coping*, respostas psicobiológicas e variáveis ambientais que podem levar a uma insegurança sobre as estratégias mais adequadas para lidar com os mesmos, passível do desenvolvimento de algum mal estar perante as experiências vivenciadas (Costa & Leal, 2006). Como consequência, o estudante precisa de ajustar-se a todo um conjunto de alterações, e o apoio encontrado junto dos pares, da família, dos professores, parece ser fundamental para este processo (Machado & Almeida, 2000), quer ele esteja deslocado quer no seio da sua residência habitual.

O estudante de enfermagem passa, naturalmente, por estas mudanças e partilha do processo de adaptação ao ensino superior, tornado específico pelas particularidades inerentes ao processo de socialização e à enfermagem enquanto profissão que, pela sua natureza, viabiliza experiências que podem ser interpretadas como stressantes. Decorre destes aspectos a necessidade de identificar as fontes de stresse, tendo em conta que os estudantes serão futuros profissionais.

7. AS FONTES DE STRESSE NOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Integrados no subsistema politécnico, os estudantes de enfermagem, como estudantes do ensino superior, adaptam-se ao contexto académico explorando novos ambientes e construindo novas relações. Neste processo de mudança, encontram-se entre os grupos de risco face à emergência de processos de desadaptação, pelas situações stressoras atribuídas ao volume de informações que passam a receber, mudanças nos métodos de estudo, elevada carga horária, adaptação ao meio social e às exigências do ensino superior (Alves *et al.*, 2004). Por outro lado, a experiência da prática clínica acontece muito cedo e a dimensão profissional adquire, desde logo, uma grande importância. O assumir a responsabilidade de prestar cuidados em situações de grande vulnerabilidade bem como as relações que se estabelecem nos contextos de ensino clínico e estágio, obrigam a alterações bastante significativas nas dinâmicas identitárias (Antunes, 2007).

A maioria dos estudantes sofre de stresse e ansiedade durante a sua formação no CLE. Num estudo efectuado com estudantes de enfermagem da Universidade Federal de Piauí, realizado por Monteiro, Freitas e Ribeiro (2007), a respeito da problemática do stresse vivenciado no âmbito académico, verificou-se que as situações de stresse estão presentes no decorrer do curso, sendo que a unidade curricular de farmacologia em enfermagem se apresentou como a maior fonte de stresse. Este estudo evidenciou, ainda, que os estudantes apresentam sintomatologia clássica da fase de alarme (taquicardia, tensão muscular e pele e extremidades frias) e sintomatologia relacionada às fases secundárias de resposta ao stresse (cefaleias, sonolência, irritabilidade e dificuldade de concentração, sentimentos subjectivos como raiva, passividade e desinteresse), com repercussões no desempenho académico e reflexos na qualidade da sua saúde mental.

Tem havido um interesse crescente pelo stresse durante a formação prática dos estudantes para a profissão de enfermagem. Vários estudos confirmam que estes são confrontados com uma grande diversidade de situações vulneráveis, salientando que é sobretudo no ensino clínico que experienciam níveis de stresse e ansiedade com maior intensidade (Beck & Srivastava, 1991; Valadas, 1995; Mahat, 1996; Pereira, 1996; Jones & Johnston, 1997; Oliveira, 1998a; Phillips, 1998; Hamill, 1995; Sarnadas, 2000; Magalhães, 2004), com repercussões negativas sobre o seu desempenho, saúde física e bem-estar emocional, sintomas depressivos e até de alterações significativas nos estilos de vida (Cerchiari, Caetano & Faccenda, 2005). Segundo Parkes (1980), as práticas clínicas iniciais produzem maior ansiedade para os estudantes do que qualquer outro período da formação e está associada a um receio de um fracasso.

O desempenho pelos estudantes de enfermagem durante o ensino clínico podem ser encaradas como uma ocupação, pois para além de serem confrontados com aprendizagens complexas, também lhes é exigido eficiência e qualidade na realização dos cuidados aos utentes, vivenciando vários papéis que, por conseguinte, levam a considerar o exercício em contexto clínico numa perspectiva próxima do stresse ocupacional. Neste domínio, Guimarães (2000) refere que o stresse ocupacional ocorre quando há a percepção, por parte da pessoa, da sua incapacidade para realizar as tarefas solicitadas, o que acarreta sofrimento, mal-estar e um sentimento de incapacidade para enfrentar as situações de trabalho. Deste modo, o stresse ocupacional assume dois aspectos importantes, as dimensões associadas às questões organizacionais do trabalho e os factores inerentes à pessoa (Crandal & Perrewé, 1995).

A enfermagem é uma profissão que apresenta um elevado risco de desenvolvimento de de stresse ocupacional (Vives, 1994; Ferreira 1997; Garcia, 1997; McIntyre, McIntyre & Silvério 1999; Sá, 2002). No entanto, tal como em todas as profissões, há stressores de ordem emocional e socioprofissional que são específicos dos profissionais de enfermagem, tais como: o ambiente de trabalho (condições físicas do local de trabalho, isolamento vivido em unidades de cuidados intensivos e blocos operatórios); as características de trabalho (diversidade de tarefas, falta de autonomia, confrontação com a morte); as condições de trabalho (o papel a desempenhar, o horário por turnos, a sobrecarga de trabalho, a responsabilidade); o relacionamento interpessoal (colegas, competitividade, chefias); a atenção e cuidados que têm de prestar continuamente aos

doentes; deficientes canais de comunicação (doentes/familiares, colegas e outros membros de equipa); a organização de trabalho ineficaz ou a deficiência de meios (Loff, 2003; Rodrigues & Veiga, 2006).

Numa escala de classificação de stresse, numerada de 0 a 10, a enfermagem está valorizada com um 6,52 valores (Pla, Hernández, Orquín & Sanz de Galdeano, 1999), devido sobretudo ao desempenho de funções, marcadas por um contínuo contacto com a dor e com o sofrimento (Collins, 1996). Os centros de saúde e hospitais constituem ambientes de trabalho muito stressantes para os profissionais de saúde, pela especificidade de terem pessoas à sua responsabilidade (McIntyre, 1994), nomeadamente doentes e respectivos familiares (Gray-Toft & Anderson, 1981; Vaz Serra, 1999).

No contexto de ensino clínico, os estudantes, tal como os enfermeiros, deparam-se com as situações de stresse ocupacional. A responsabilidade por pessoas, em que decisões erradas podem piorar as lesões ou doenças e conduzir mesmo à morte da pessoa alvo dos cuidados, preocupa estudantes e profissionais. De facto, na enfermagem, devido à especificidade das suas tarefas e por ter as pessoas como objecto dos seus cuidados, é comum que os estudantes se apercebam da complexidade e singularidade da relação estudante-cliente e se confrontem com as limitações da sua actuação e do seu conhecimento científico, pelo que muitos se sentem decepcionados e impotentes nessa etapa de formação. Os primeiros encontros com os clientes são geralmente associados a incertezas, ansiedades, expectativas e receios por parte dos estudantes. As situações geradoras de stresse e que se traduzem em dificuldades psicológicas nos estudantes, são por ordem de importância, ter a seu cuidado doentes terminais, passar o tempo com pessoas com dor, o meio ambiente do hospital, a carga de trabalho e por último prestar cuidados a doentes do foro oncológico e psiquiátrico (Cruz, García, Schmidt, Navarro & Prados, 2001).

São vários os estudos que acentuam a diversidade e quantidade de elementos desencadeadores de stresse nos estudantes. Parkes (1985), sublinha a variedade de contextos clínicos (hospitais, centros de saúde e outras) e as várias fontes de ansiedade e stresse, nomeadamente a prestação de cuidados a doentes terminais, a morte, conflitos interpessoais com a equipa multidisciplinar, insegurança pessoal, falta de competência,

medo do fracasso, problemas interpessoais e sobrecarga de trabalho. Também Sarnadas (2000), ao estudar o grau de percepção de stress dos estudantes produzido por acontecimentos de natureza ocupacional, concluiu que se relacionam com situações de morte e sofrimento, conflito com médicos, colegas e superiores, preparação inadequada, falta de apoio, carga de trabalho e incerteza dos tratamentos.

Um estudo realizado por Magalhães (2004), mostra a contribuição das diferentes dimensões dos factores de stresse em estudantes de enfermagem durante o ensino clínico, revelou como contribuições mais significativas para o nível de stresse total: a avaliação (36,1%), sendo que 27,9% dos estudantes a considera bastante importante, principalmente relacionada com o medo de reprovar; a organização do trabalho (16,5%), com a ocorrência de eventos como a morte súbita e inesperada de um doente e o trabalho debaixo de forte pressão de tempo; a interacção com o orientador (13,7%), com aspectos inerentes à falta de reconhecimento do trabalho do aluno e aos poucos reforços positivos dados pelo professor responsável pelo ensino clínico; as competências do estudante (11,3%), sendo referenciadas como desencadeadoras de stresse a necessidade de dar apoio a doentes em fase terminal, medo de cometer um erro ou negligência grave que ponha em perigo a vida do doente, lidar com as situações novas e execução de uma técnica pela primeira vez. Outras dimensões menos expressivas para a explicação do stresse nos estudantes foram a exposição a riscos profissionais, factores interpessoais, interacção com o doente e recursos e factores estruturais dos locais de aprendizagem clínica.

Para estudarem a influência do stresse no cuidar, Rodrigues e Veiga (2006), com base na escala de Avaliação do Stresse em Estágio (Valadas, 1995), realizaram um estudo que recaiu numa amostra de 200 estudantes de enfermagem em situação de estágio hospitalar, cujos resultados obtidos permitiram inferir que os estudantes experimentam stresse perante: a integração, ao confrontarem-se com uma realidade diferente da veiculada pela escola; a supervisão, sobretudo quando são objecto de repreensão por parte do orientador face a terceiros; as condições de trabalho, pelo desconhecimento do papel que vão desempenhar; a competência individual subjacente à falta de destreza técnica quando executam procedimentos, pela primeira vez, junto do doente; a comunicação com a família, no que concerne ao questionamento sobre aspectos

respeitantes ao doente; e as relações interpessoais, pelo facto de estarem inseridos num grupo com o qual não se identificam.

Num estudo de natureza qualitativa, com recurso a *focus group*, sobre as experiências dos estudantes de enfermagem na prática clínica, Sharif e Masoumi (2005) inferiram sobre a insatisfação dos estudantes nos aspectos relativos: à ansiedade, associada a incertezas, expectativas e receios, experienciada no primeiro contacto com os cuidados de enfermagem, em consequência de um sentimento de incompetência; à dicotomia teória-prática, como resultado da incapacidade de generalizar e aplicar o que aprenderam na teoria para as reais e diferentes situações clínicas; à supervisão clínica referindo que está mais confinada a um papel de avaliação que de suporte à aprendizagem; e ao papel profissional, pela ambiguidade das funções que caracterizam o contexto do ensino clínico.

Numa tentativa de inventariar as dificuldades vivenciadas pelos estudantes, Nogueira-Martins (2002) evidencia ainda: o contacto com a intimidade corporal e emocional dos clientes, prestar cuidados a clientes difíceis e hostis e clientes em fase terminal, quantidade de clientes, dilemas éticos, medo de contrair infecções durante os procedimentos e de cometer erros sentimento de desamparo em relação ao poder dos professores. Reforçam os autores que a exposição dos estudantes a professores e profissionais, que nem sempre funcionam como verdadeiros modelos positivos ou que os intimidam, não proporciona o alívio do excesso de ansiedade do estudante e tende a agravar ainda mais o stresse, podendo gerar problemas no decurso do ensino clínico.

Apesar da relevância que a formação em enfermagem dispensa à aprendizagem simulada em laboratório das principais técnicas evasivas, como por exemplo, a administração de terapêutica por via parentérica (intra-venosa e intramuscular) (Speck, 1990), a algaliação (Bell, 1991), aprendizagens do domínio psicomotor que, concomitante com a falta de competências práticas, têm sido consideradas geradoras de elevados níveis de ansiedade (Hamill, 1995) e, nesse sentido, preocupação comum para muitos estudantes.

Acrescido a estas fontes de stresse, estão as expectativa para cada ensino clínico, que de acordo com Burnstein (1998), os estudantes não sabem o que esperar dos ensinos

clínicos, não conhecem o funcionamento do serviço, sentem-se, constantemente observados pelo supervisor, professor e equipa e em tensão pelo significado de complexidade que atribuem às técnicas, por não estarem familiarizados com os procedimentos específicos exigidos, pela responsabilidade e prontidão na sua execução (Lazarus & Monat, 1991). Para Nogueira-Martins (2002), uma das causas de ansiedade nos primeiros ensinos clínicos pode estar associada a problemas de auto-estima pelo receio em "fazer alguma coisa errada" e perder a aprovação do professor.

Neste sentido, apesar de se encontrarem num processo de desenvolvimento de competências para ajudarem os outros, não se encontram imunes, e são muitas vezes eles próprios que necessitam de ajuda e apoio, principalmente quando têm que lidar com emoções, como o sofrimento e inclusive a morte (McIntyre, 1994). A quantidade como a qualidade excessiva de exigências que ultrapassem a capacidade de desempenho dos estudantes, se verificarem com frequência e se prolongarem no tempo podem colocá-los numa situação de stresse com desgaste físico e mental que pode evoluir para Burnout (Gil-Monte & Peiró, 1997).

No que diz respeito às manifestações de stresse, o estudo realizado por Oliveira (1998a) sublinhou a dimensão física e psicológica, com a angústia a adquirir particular relevo. No que concerne às manifestações de stresse, Magalhães (2004) identificou que a redução da vida social fora do local do ensino clínico, alterações do humor, cansaço ao levantar, oram consideradas muito importantes e com um impacto significativo nos estudantes. De entre as manifestações de stresse, a dimensão a nível do comportamento é a que mais contribui para o stresse, a que se seguem as dimensões de nível orgânico e social.

Pacheco (2008), no que diz respeito às manifestações do stresse, identificou manifestações físicas, como por exemplo, transpiração, tremores e debilidade física, e manifestações psicológicas, como pânico, angústia, solidão e abandono, tristeza, desmotivação, frustração, impotência e revolta, com prevalência da angústia.

O complexo processo adaptativo perante os factores stressantes inerentes à prática clínica pode evoluir de diferentes formas. O resultado final da exposição aos stressores psicológicos depende do estudante e dos mecanismos e recursos subjectivos de que

dispõe. Para ultrapassar uma situação de stresse, o estudante deve ser ajudado a clarificar as causas, através de uma correcta avaliação das situações; deve aprender a usar os seus recursos e melhorar as suas aptidões; deve confrontar-se com a situação adversa, utilizando os recursos que aprendeu e de que dispõe; e identificar-se e reconhecer-se como responsável pela mudança. Neste sentido, Pacheco (2008), num estudo com estudantes de enfermagem constata a utilização de mecanismos de *coping* coincidentes com os descritos teoricamente por Lazarus e Folkman (1991) e Vaz Serra (1999): mecanismos de *coping* centrados nos problemas que incluem o *coping* confrontativo; mecanismos de *coping* centrados nas emoções que incluem o autocontrolo, fuga-evitamento e aceitação da responsabilidade; e mecanismos de *coping* centrados na interacção social que incluem o apoio nos colegas de curso e na rede de amigos.

8. DAS SITUAÇÕES AOS FACTORES DE STRESSE NO ENSINO CLÍNICO

Da análise dos resultados de estudos anteriores, verifica-se que os estudantes de enfermagem estão expostos a numerosos stressores e que existem vários stressores no ensino clínico. As situações stressantes do ensino clínico foram estudadas por Zupiria Gorostidi, Uranga Iturriotz, Alberdi Erize e Barandarian Lasa (2003). É nas situações identificadas por estes autores que se orienta este estudo que aborda os factores de stresse no ensino clínico.

Zupiria Gorostidi e colaboradores (2003), realizaram um estudo das situações que mais preocupam os estudantes na prática clínica e elaboraram uma escala de medida do stresse que designaram de *"Questionário KEZKAK"*. Esta é uma escala bilingue construída em Castelhano e Basco e que se verificou ser útil para identificar os principais stressores na prática clínica ou ensino clínico. A escala original de Zupiria Gorostidi e colaboradores (2003), foi adaptada para o português de Portugal por Barroso, Vilela, Rainho, Correia e Antunes (2008) e a análise factorial comportou nove factores que revelaram uma alta consistência interna (α de Cronbach = 0,93) o que atesta a sua constituição por subescalas. A pontuação total dá uma ideia de como os estudantes consideram as situações em causa e em que medida elas podem ser stressantes. Valores elevados indicam que os estudantes estão muito preocupados e que

as situações são percebidas como stressantes. O factor pontuação pode ainda dar uma ideia dos factores mais stressantes para os estudantes.

As 41 situações stressantes, que constavam neste instrumento, originaram 9 factores pela ordem de importância do estudo de Zupiria Gorostidi e colaboradores (2003), os mesmos que resultaram do estudo de adaptação do questionário *KEZKAK* por Barroso e colaboradores (2008).

A subescala que constitui o factor 1, os autores denominaram-na de "falta de competência" e integra as situações relacionados com o receio de errar, não ser capaz de ajudar o doente/utente e de o prejudicar. Estas situações relacionam-se com a falta de competência, considerando o estudante que não é competente para executar com qualidade os cuidados de enfermagem.

A subescala que constitui o factor 2 representa as situações que dizem respeito ao "contacto com o sofrimento" e agrega as situações dos cuidados de enfermagem que directa ou indirectamente estão relacionadas com a morte e sofrimento. Ou seja, para os estudantes o contacto com o sofrimento e a morte é um importante stressor.

A subescala que constitui o factor 3 agrega as situações que têm a ver com o "relacionamento com os supervisores (professores e enfermeiros orientadores) e colegas". É um factor que diz respeito à área interpessoal, evidenciando a falta de assertividade como uma das principais dificuldades dos estudantes e identifica a necessidade do desenvolvimento de habilidades sociais. O *feedback* dos supervisores, em especial do professor, sobre o desempenho do estudante, pode ajudar o desenvolvimento das suas competências para a prática clínica ou ajudar a estabelecer metas para reduzir o stresse.

A subescala que constitui o factor 4 resulta das situações que geram nos estudantes um sentimento de "impotência e incerteza". O desejo de qualquer ser humano é o de ajudar outras pessoas. Este desejo também é manifestado pelos estudantes que gostariam de ter soluções para todas as situações com que se deparam, mas a realidade é responsável por frustrar este desejo. Nos cuidados de enfermagem, os estudantes, tal como os profissionais, deparam-se com situações diante das quais já

nada mais há a fazer e sentem-se impotentes e com sentimentos de incerteza quanto à evolução de muitas situações clínicas e quanto à incerteza de alguns tratamentos. A incerteza ocorre da avaliação cognitiva que é feita da situação.

A subescala que constitui o factor 5 é resultante das situações em que os estudantes não controlam a relação com o doente/utente. Não sabem o que responder ao doente, como terminar o diálogo com o utente, não sabem o que fazer em determinadas situações que dizem respeito à relação terapêutica e profissional, o que sugere a necessidade de desenvolver habilidades de comunicação e relacionamento com o utente/doente.

A subescala que constitui o factor 6 incorpora as situações que representam "envolvimento emocional". Nestas situações, os estudantes são afectados pelas emoções do utente/doente, por terem que ocultar uma má notícia e por se envolverem demasiado com o doente. É um factor que aborda a falta de preparação dos estudantes para comunicar com os doentes. Os autores descrevem que o estilo predominante de comunicação em enfermagem centrado na tarefa é impessoal, evitando falar sobre os sentimentos do doente como uma forma de protecção. Neste contexto, é importante desenvolver a capacidade de manter uma "distância segura", uma preparação adequada e o desenvolvimento de competências de comunicação.

O factor 7 "ser magoado na relação com o doente" resulta das situações da prática dos cuidados de enfermagem em que os estudantes consideram que podem ser prejudicados ou magoados na relação com o doente pelo facto de nem sempre serem bem tratados pelo doente e os malefícios que podem advir desse relacionamento como picarem-se com uma agulha infectada e serem alvo de uma queixa por parte dos doentes.

A subescala que constitui o factor 8 incorpora as situações que se referem ao comportamento que o doente/utente pode adoptar ao procurar uma relação mais próxima e íntima com o estudante. A principal motivação das profissões de saúde é ajudar (altruísmo) pelo que os estudantes também esperam uma atitude profissional, de aceitação incondicional e apoio do doente. É comum ouvir os profissionais de saúde referirem que a sua satisfação profissional está relacionada com a valorização

demonstrada pelo doente. O stresse dos estudantes também é originado por preocupações de ser bem aceite e respeitado pelo doente. Sentem-se desrespeitados quando os doentes de outro sexo de insinuam e tocam prepositadamente certas partes do corpo. Neste aspecto, consideram os autores que é importante que os profissionais ajudem os estudantes a desenvolver as habilidades sociais e estes adoptem estratégias de *coping* para ultrapassar estas situações.

Por último, o factor 9 é resultante das situações que originam sobrecarga para o estudante. Prestar cuidados a doentes com dificuldade em comunicar, doentes agressivos, assim como receber ordens contraditórias e a sobrecarga de trabalho são situações que stressam os estudantes de enfermagem. É também um factor de stresse referido pelos estudos relacionados com o stresse ocupacional dos enfermeiros.

O questionário (*KEZKAK*) foi sujeito à sua exequibilidade no contexto cultural português, mas a sua validade requer uma tendência de resultados consistentes e no contexto do ensino clínico em portugal ainda não foram publicados resultados de estudos com este instrumento. Considera-se interessante identificar as situações que os estudantes de enfermagem consideram stressantes dependendo da idade, sexo, experiência de aprendizagem no ensino clínico, de modo a detectar e analisar formas de promover estratégias de ensino-aprendizagem na prática clínica, promotoras do desenvolvimento harmonioso dos futuros enfermeiros.

Em suma, neste capítulo partimos de uma revisão bibliográfica sobre as concepções teóricas e os principais mediadores do stresse, na procura da sua fundamentação conceptual, que permitisse uma melhor compreensão dos acontecimentos stressantes no ensino clínico. Estas diferentes abordagens têm propiciado a discussão em torno do stresse como resultado multifactorial de variáveis relativas ao ambiente, às características do indivíduo e à interacção entre o indivíduo e o ambiente, sublinhando que o potencial stressor pode ser maior ou menor dependendo do sujeito que o sente ou percebe. À luz deste contexto, a vida dos estudantes de enfermagem no ensino clínico nem sempre foi perspectivada como particularmente stressante, no entanto, podemos constatar que as exigências a que estão submetidos torna-os mais vulneráveis, comprometendo o desenvolvimento harmonioso da aprendizagem e que o stresse não

controlado pode prejudicar a aprendizagem do estudante e comprometer a qualidade de cuidados (Oliveira, 1998b).

Neste sentido, Rodrigues e Veiga (2006) consideram importante que os estudantes de enfermagem adquiram competências para enfrentar situações de stresse e, de igual modo, o professor e supervisores clínicos devem privilegiar estratégias de ensino-aprendizagem adequadas e construir ambientes psicologicamente receptivos e acolhedores, que visem a diminuição das fontes de stresse e a promoção de competências para que o estudante consiga lidar eficazmente com as situações. De acordo Tahka (1988), será uma oportunidade para troca aberta de ideias, tanto com os colegas quanto com os professores, caso contrário, a tendência é ocultar as ansiedades e incertezas, promovendo atitudes defensivas que podem interferir na capacidade de interagir satisfatoriamente com os utentes e na adaptação ao processo de profissionalização.

A importância do reconhecimento do problema do stresse nos estudantes de enfermagem, no ensino clínico, permite-nos reflectir acerca da acção pedagógica, e estruturado no conhecimento factual desta realidade é possível reduzir e minimizar as consequências negativas e aumentar a probabilidade dos seus potenciais benefícios, designadamente, no amadurecimento dos estudantes.

PARTE II

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO I. ABORDAGEM QUANTITATIVA DO ESTUDO

1. METODOLOGIA

Neste capítulo, apresentam-se os procedimentos metodológicos que contextualizam a justificação, principais objectivos, hipóteses, variáveis, participantes, instrumento de colheita de dados e, por último, os procedimentos efectuados na sua aplicação, enquadrados na abordagem quantitativa da investigação relativa à problemática do stresse e da aprendizagem na prática clínica na perspectiva dos estudantes.

1.1. Justificação do estudo

O stresse pode ser definido como uma resposta fisiológica, psicológica e comportamental do estudante que procura adaptar-se e ajustar-se às pressões internas e externas. Lazarus e Folkman (1984), referem que uma situação é percebida pelo indivíduo como mais ou menos stressante, a partir da avaliação que ele faz da situação e do significado que ela tem para si.

Segundo McIntyre (1994), uma percentagem considerável dos profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, evidencia reacções adversas ao stresse, que afectam o seu bem-estar pessoal, a sua saúde mental e a sua capacidade de prestar cuidados adequados. Por outro lado, Rhead (1995) e Zalon (1995) sublinham que a

formação que recebem os profissionais de saúde é insuficiente perante a necessidade de mobilizar recursos para fazer frente a este tipo de situações.

Na última década, surgiram numerosos estudos que identificaram o contacto com a dor, o sentimento de perda, o sofrimento e a morte, como factores stressantes muito potentes, nos estudantes de enfermagem (Benbunan-Bentata, Cruz-Quintana, Roa-Venegas, Villaverde-Gutiérrez & Benbunan-Bentata, 2007). Os estudantes de enfermagem descrevem estas experiências como "o mal" da profissão (Kiger, 1994), e os professores consideram o ensino clínico, principalmente em contexto hospitalar, como um dos períodos mais stressantes do CLE (Moreira, 2000). Esta problemática adquire maior relevância ao tratar-se de estudantes que se encontram na última etapa da adolescência (Jenkinson, 1997).

Neste sentido, o ensino clínico ao privilegiar a formação em contexto real, confronta o jovem estudante, com as pressões provenientes das tomadas de decisão necessárias à realização dos cuidados de enfermagem, com o impacto das situações de realização de técnicas de Enfermagem que provocam dor nos utentes e com dificuldade de adaptação perante as experiências de dor, vulnerabilidade e sofrimento dos doentes, mas também com os seus receios, limitações de conhecimento e o processo d e avaliação. Decorre um conjunto de conhecimentos e emoções cuja diversidade, riqueza e intensidade, fazem do ensino clínico um momento marcante com significativo impacto no processo de aquisição de capacidades e integração pessoal e profissional no mundo da enfermagem e no mundo adulto (Caires, 2006).

Existem vários estudos que se debruçaram sobre a ansiedade, stresse e dificuldades que ocorrem durante o ensino clínico (Parkes, 1980; Zryewskyj & Davis, 1987; Valadas, 1995; Carvalho, 1996; Admi, 1997; Oliveira, 1998a; Sánchez, 1992; Belo, 2003; Carvalhal, 2003; Zupiria Gorostidi *et al.*, 2003; Carvalho, 2005; Sharif & Masoumi, 2005; Rodrigues & Veiga, 2006; Paulino, 2007; Serra, 2008) e que podem prejudicar a aprendizagem e o rendimento académico dos estudantes de enfermagem. De uma maneira geral sumariam como razões: o relacionamento interpessoal com o utente e família, supervisores e equipa de enfermagem, as dificuldades e insegurança em assumir o papel de enfermeiro, o lidar com o sofrimento, morte, o medo do imprevisto, não preparação para responder a situações de emergência, o processo de avaliação,

dificuldades nos procedimentos técnicos, a carga de trabalho imposta para cada turno e falta de tempo para a satisfazer a responsabilidade, o confronto entre o que aprenderam na teoria e aquilo que vêem ou fazem na prática, o medo de cometer erros e de contagiar-se com uma doença.

A dimensão deste problema é quantificada por Goetz (1998), ao identificar que 10% dos estudantes de enfermagem vivenciam stresse e problemas emocionais, como a depressão e por conseguinte, a preparação emocional do estudante para as situações com que se vai deparar é de grande importância para a sua actuação profissional e resolução das suas dificuldades (Scarinci, Utyama, Guariente, Ohnishi & Miyamoto, 1989).

Não obstante, continuam a ser escassos os estudos realizados em Portugal que centram o seu interesse no stresse que os estudantes experimentam no caso particular da aprendizagem em ensino clínico. Por este facto, a que se junta a nossa experiência de supervisão clínica marcada por evidências de situação difíceis para os estudantes, decidimos investigar a problemática do stresse na aprendizagem em ensino clínico. Assim, partindo da fundamentação teórica e de modo a dar resposta aos objectivos, equacionaram-se as seguintes questões de investigação:

- Que situações da prática clínica preocupam os estudantes de enfermagem?
- Quais são as situações de aprendizagem geradoras de stresse durante do ensino clínico?
- Quais os factores que os estudantes de enfermagem percepcionam como mais stressantes durante o ensino clínico e estágio?
- Será que os factores de stresse são percepcionados de igual forma pelos estudantes do sexo masculino e feminino?
- Será que a percepção dos factores de stresse durante a prática clínica varia ao longo dos quatro anos de licenciatura?

Nesta abordagem quantitativa, procurámos, através da escala de *KEZKAK*, conhecer que situações os estudantes identificam como preocupantes na aprendizagem durante o ensino clínico, de modo a enriquecer a abordagem qualitativa que, privilegiando

experiências e vivências de aprendizagem dos cuidados de enfermagem, permitirá uma compreensão mais aprofundada sobre esta temática.

O estudo descritivo tem como objectivo identificar os factores de stresse percebidos pelos estudantes do 1º ao 4º ano durante a prática clínica (ensino clínico e estágio), para verificar a evolução da percepção nos quatro anos da licenciatura, relativamente à influência da variável género e idade no contexto formativo dos estudantes.

Assim, as questões que estiveram na base deste estudo exploratório levaram-nos ao encontro dos objectivos que preconizámos para esta abordagem do estudo.

1.2. Objecto, objectivos e hipóteses do estudo quantitativo

Decorrente da problemática que nos preocupa e das questões enunciadas como orientadoras, a delimitação do objecto de estudo surgiu pela necessidade sentida de nos debruçarmos sobre o processo de aprendizagem do estudante do CLE, durante o ensino clínico, pelo que definimos como objectivos específicos: *(1* Identificar quais as situações mais stressantes para os estudantes, nos quatro anos do CLE; *(2* Relacionar as variáveis sóciodemográficas com os factores responsáveis pelo desenvolvimento de stresse nos estudantes.

A metodologia adoptada para atingir estes objectivos incidiu num estudo quantitativo, de carácter descritivo e transversal. Atendendo aos objectivos enunciados e de acordo com a revisão bibliográfica, formularam-se as seguintes hipóteses:

H_1 O nível de preocupação é igual para todos os factores geradores de stresse;

H_2 Não existe correlação entre a idade e o nível de stresse;

H_3 O nível de stresse dos estudantes do sexo masculino é igual ao nível de dos estudantes do sexo feminino;

H_4 O nível de stresse dos estudantes não é igual nos 4 anos da licenciatura.

1.3.Variaveis

Tendo em conta o tipo de estudo, assim como com as hipóteses formuladas, assumimos como variavéis independentes, a idade, o sexo e o ano de licenciatura frequentado pelos estudantes, e como variáveis dependentes, as situações de stresse identificadas pelos estudantes a partir do questionário *KEZKAK*.

1.4. Participantes

Para a realização da componente quantitativa deste estudo, foram seleccionados todos os estudantes a frequentar o CLE, no ano lectivo 2007/2008 da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real, pelo nosso interesse particular por esta população e fácil acessibilidade aos participantes do estudo. Dos 304 estudantes inscritos nos quatro anos do CLE, participaram nesta abordagem do estudo 273 estudantes, dos quais foram excluídos cinco participantes, por respostas omissas no preenchimento do questionário, pelo que resultou uma amostra constituída por 268 estudantes, com predomínio dos elementos do sexo feminino (213).

1.5. Questionário *KEZKAK*

Para a colheita de dados, seleccionámos o questionário *KEZKAK - Instrumento de medida dos factores de stresse dos estudantes de enfermagem na prática clínica*, cujo original de Zupiria Gorostidi e colaboradores (2003), foi traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Barroso e colaboradores (2008). No que concerne ao instrumento de colheita de dados, o questionário é constituído por duas partes ***(Anexo I)***: na primeira parte, constam as questões de caracterização: idade, sexo e ano de licenciatura; na segunda parte, incluímos a escala *"KEZKAK"* que segue a estrutura original castelhana e é constituída por 41 itens com referência a diferentes situações, que provocando tensão e mal-estar nos estudantes, podem ser potencialmente stressantes com possíveis repercussões na aprendizagem e no desempenho dos cuidados de enfermagem.

De modo mais particular, a segunda parte do questionário, que compreende a escala *KEZKAK*, tem por base o estudo de Zupiria Gorostidi e colaboradores (2003) relativo às situações que mais preocupam os estudantes na prática clínica. A escala *KEZKAK* original foi construída em Castelhano e Basco e é um importante instrumento de medida de situações identificadas por Zupiria Gorostidi e colaboradores (2003) em relação às quais os estudantes expressam a intensidade do stresse experienciado numa escala de resposta tipo Likert de quatro níveis: Nada stressante (N) =0; Algo stressante (A) =1; Muito stressante (M) =2; Muitíssimo stressante (MT) =3. A pontuação total permite conhecer como os estudantes consideram as situações em causa e em que medida podem ser stressantes. Assim, valores elevados indicam que os estudantes estão muito preocupados e que as situações são percebidas como stressantes, como também a pontuação total obtida para cada factor permite hierarquizar os factores particularmente stressantes.

Zupiria Gorostidi e colaboradores (2003) realizaram uma análise factorial aos 41 itens da escala cujos resultados permitiram agregar, por ordem de maior importância, nove factores: 1-falta de competência; 2-contacto com o sofrimento; 3-relação com supervisores e colegas; 4-impotência e incerteza; 5-não controlar a relação como o doente/utente; 6-implicação emocional; 7-prejudicar-se na relação com o doente/utente; 8-o doente procure uma relação íntima com o estudante; 9-sobrecarga, os mesmos que resultaram da adaptação para a língua portuguesa do questionário *KEZKAK* realizada em 2008 por Barroso e colaboradores.

De acordo com estes autores, o factor 1 "falta de competência" está relacionado com a percepção do estudante sobre a sua competência para executar com qualidade os cuidados de enfermagem. Verificou-se ser o factor mais stressante e integra os itens 15, 16, 13, 4, 2, 6, 26, 1, 3, 17 e 5, relacionados com o receio de errar, não ser capaz de ajudar o doente/utente e de o prejudicar ou causar dano. Pode ser um factor que gradualmente diminua a intensidade stressante ao longo do curso à medida que os estudantes adquiram competências e experiência.

Quanto ao factor 2, "contacto com o sofrimento", diz respeito à forma como os estudantes percepcionam a morte e sofrimento, integrando os itens: 27, 39, 18, 10, 9, 31, 32, 29, 14, 34, que se referem a ver morrer um doente ou estar com um doente terminal

e família comunicar uma má noticia ou ter que realizar procedimentos que causam dor ao doente. Em virtude das situações de contacto com a dor e sofrimento serem intrínsecas ao cuidar na profissão de enfermagem, e como tal persistentes ao longo da toda a vida profissional, os autores consideram importante que durante a formação inicial se promovam o desenvolvimento de competências e estratégias que permitam uma melhor adaptação face às situações de dor, morte e sofrimento.

No que respeita ao factor 3, "relação com supervisores e colegas", é composto pelos itens: 12, 28, 19, 25, 1, 20, que sublinham as relações interpessoais com os enfermeiros, colegas e professores, assim como a integração na equipa e a possibilidade de se depararem com uma situação na qual não sabem o que fazer. Ao privilegiar a área interpessoal com colegas e supervisores, os autores identificam como principal dificuldade dos estudantes a falta de assertividade e preconizam a necessidade de desenvolvimento de habilidades sociais. Por outro lado, o *feedback* dos supervisores, a orientar para o alcance dos objectivos e para a mobilização de estratégias de *coping*, pode ajudar a reduzir o stresse e a melhorar o desempenho do estudante.

O factor 4, "impotência e incerteza", que integra os itens: 23, 38, 14, 41, 36, 6, 32, 3, 17, 2, 20, que dizem respeito a situações como a de não encontrar o médico quando é necessária a sua presença, relaciona-se com o sentimento de ajudar as pessoas e ter soluções para todas as situações com que se deparam, receber ordens contraditórias e a diferença entre o que aprendem na escola e o que fazem na prática. Contudo, nos cuidados de enfermagem, os estudantes deparam-se com situações diante das quais se sentem impotentes e com muitas incerteza quanto à evolução das situações clínicas e eficácia dos tratamentos. Este factor permitiu sublinhar a preocupação dos estudantes quanto às diferenças entre o que é aprendido na escola e a realidade da prática dos cuidados.

No tocante ao factor 5, "não controlar a relação como o doente/utente", dizem respeito os itens: 5, 33, 7, 30, 29, 39, 17, 20, que é constituído por situações como não saber o que dizer e como terminar a conversa com o doente e estar diante de uma situação de urgência. A este factor está subjacente a comunicação com o doente/utente, levando os autores a sugerir uma maior acuidade para o desenvolvimento de capacidades relacionais e comunicacionais

Relativamente ao factor 6, "implicação emocional", traduzido para a língua portuguesa por "envolvimento emocional" é composto pelos itens: 21, 8, 22, 31, referem-se a situações em que as emoções do doente se projectam no estudante, estar com um doente e ter de ocultar uma má notícia e o forte envolvimento emocional durante a prestação de cuidados. Com efeito, a falta de preparação dos estudantes para comunicar e expressar sentimentos e o estilo predominante de comunicação em enfermagem, centrado na tarefa e impessoal, pode gerar atitudes defensivas (medo de vitimização) que comportem a relação terapêutica. Neste contexto, é importante desenvolver capacidades que permitam o estabelecimento de uma "distância segura" e competências relacionais e comunicacionais que promovam uma efectiva relação de ajuda.

O factor 7 "prejudicar-se na relação com o doente/utente", traduzido para a língua portuguesa por "ser magoado na relação com o doente/utente" ao integrar os itens: 11, 24, 26, 15, 14, referem-se a situações como o receio dos estudantes serem maltratados pelo doente, a falta respeito e picarem-se com uma agulha infectada. As consequências negativas que podem advir da relação com o doente, constituem fonte de stresse e, como tal, interferir na aprendizagem e desenvolvimento pessoal dos estudantes.

No que se refere ao factor 8, "o doente procure uma relação íntima com o estudante", traduzido para a língua portuguesa por "ser magoado na relação com o doente" compreende apenas dois itens: 40, 37, referem-se a situações em que o doente toca certas partes do corpo do estudante e que o doente de outro sexo se insinue ao estudante. Apontam para aspectos do comportamento que o doente/utente tem no sentido de procurar uma relação mais próxima e íntima com o estudante. De facto, inerente às profissões da saúde e de modo mais particular à profissão de enfermagem, está a atitude profissional de aceitação incondicional e o desejo de reconhecimento (ser aceite) pelo doente, preocupações que sendo extensíveis aos estudantes exigem dos profissionais o acompanhamento no desenvolvimento dos instrumentos básicos de comunicação e na adopção de estratégias de *coping* para ultrapassar estas situações.

Por último, o factor 9 "sobrecarga" integra os itens: 35, 36, 34, 30, 31, refere-se a situações de excesso de trabalho durante um turno, receber ordens contraditórias,

trabalhar com doentes agressivos, prestar cuidados a um doente com o qual é difícil comunicar e estar na presença de doentes aos quais que se ocultou uma má notícia.

1.6. Procedimentos

A realização do estudo envolveu procedimentos prévios. Primeiramente, foi realizado um contacto com o presidente do conselho directivo da escola que participa no estudo, para dar a conhecer os objectivos e obter autorização para a aplicação do questionário. Obtida a devida autorização ***(Anexo II)***, foram contactados os coordenadores de cada ano do CLE de modo a programar a data e o momento mais oportuno para a aplicação dos questionários.

Os questionários foram aplicados nas duas últimas semanas dos ensinos clínicos e estágio, de forma colectiva e em regime de voluntariado, aproveitando o tempo destinado às reuniões intercalares dos ensinos clínicos que ocorriam na escola.

A administração do questionário foi efectuada durante o mês de Junho 2008, em dias diferentes para cada ano do curso e em sala de aula nos horários previamente acordados.

No momento da aplicação dos questionários, foram fornecidas aos estudantes informações sobre os objectivos e finalidade do estudo e os mecanismos para assegurar o anonimato e o sigilo das respostas, além de se ter salientado que os resultados poderiam ser utilizados em publicações e estudos futuros. Como critérios de exclusão, consideraram-se os estudantes ausentes no dia da aplicação do questionário e os estudantes que não desejassem participar no estudo. A administração e recolha dos questionários foram da responsabilidade exclusiva do autor do estudo, cujo preenchimento pelos estudantes demorou aproximadamente 20 minutos.

Após a recepção dos questionários, foi construída a base de dados e posteriormente estes foram sujeitos a tratamento estatístico com o programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0 for Windows ®. Para dar resposta às questões da abordagem quantitativa, utilizaram-se frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central e medidas de dispersão. Para relacionar as variáveis aplicou-se o teste

de Mann-Whitney na comparação de dois grupos e o teste de Kruskal-Wallis para comparar mais que dois grupos. O questionário *KEZKAK* foi submetido ao estudo da análise factorial, utilizando a análise em componentes principais com rotação ortogonal varimax para verificação da sua validade e fiabilidade na amostra em estudo.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, apresentam-se e analisam-se os dados relativos aos factores de stresse, percepcionados pelos estudantes de enfermagem, nas situações de aprendizagem durante o ensino clínico. No que concerne à amostra do estudo, fazemos uma análise descritiva univariada das características demográficas, apresentamos a validação da análise factorial, a validação da escala, a análise multivariada e, por fim, as situações mais stressantes nos quatros anos do CLE.

2.1. Análise descritiva das características demográficas

Seguidamente, faremos referência aos resultados obtidos e à análise da estatística descritiva, respeitante às variáveis demográficas, constantes da primeira parte do instrumento de colheita de dados. Na apresentação dos resultados, omite-se a fonte e o local dos dados, dado que estes se referem sempre à população deste estudo.

A) Sexo dos estudantes inquiridos

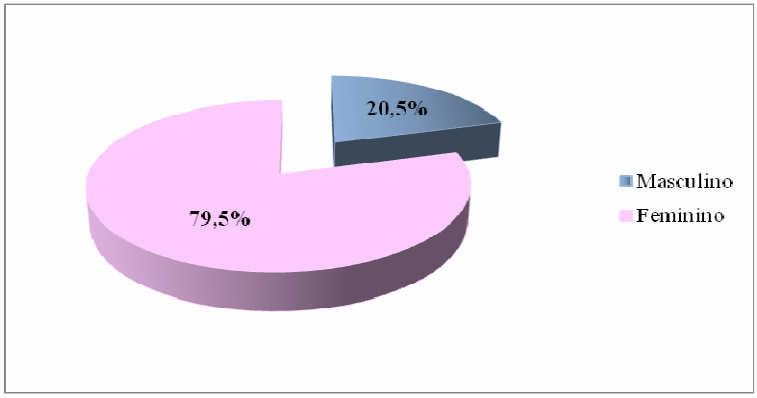
Participaram na abordagem quantitativa deste estudo 268 estudantes, conforme a distribuição apresentada na tabela seguinte.

Tabela 1. Sexo dos inquiridos

Sexo	Nº	%
Masculino	55	20,5
Feminino	213	79,5
Total	268	100,0

Pela observação da tabela 1 e gráfico 1, pode observar-se que dos 268 estudantes que responderam ao questionário, 79,5% eram do sexo feminino (moda), enquanto 20,5% dos inquiridos eram do sexo masculino. Estes resultados vão de encontro à média nacional para o curso de enfermagem em que a maioria dos estudantes é do sexo - feminino, o que é corroborado pelo número de enfermeiros inscritos na OE, em que a maioria (81,2%) pertence ao género feminino (OE, 2007).

Gráfico 1. Sexo dos inquiridos



B) Idade dos estudantes inquiridos

Relativamente à idade dos estudantes que constituíram a amostra, verificamos que a distribuição da idade é assimétrica positiva, com predominância das idades mais jovens dos estudantes como podemos observar na tabela 2.

Tabela 2. Idade dos estudantes inquiridos

Idade	Nº	%
18	8	3,0
19	45	16,8
20	65	24,3
21	68	25,4
22	53	19,8
23	15	5,6
24	3	1,1
25	3	1,1
26	2	0,7
29	3	1,1
31	1	0,4
32	2	0,7
Total	268	100,0

Pode constatar-se que a idade dos estudantes inquiridos varia entre um mínimo de 18 anos até um máximo de 32 anos, sendo a idade mais frequente, de 21 anos (moda) com 25,4% dos estudantes. Neste sentido, é de salientar que a maioria dos estudantes ingressa para o curso de enfermagem com 17 ou 18 anos, o que pode significar que a conclusão do curso ao verificar-se 4 anos depois, terá lugar aos 21 ou 22 anos. Assim sendo, a moda de 21 anos encontra-se dentro dos valores expectáveis para os estudantes de enfermagem na formação inicial.

Também se pode observar na tabela 3, que a distribuição da idade tem uma média de 20,97 anos com um desvio padrão de 2,02 anos.

Tabela 3. Estatísticas descritivas da idade dos inquiridos

Mínimo	Moda	Média
18	21	20,97
Máximo	Mediana	Desvio Padrão
32	21	2,02

Pela análise da mediana, verifica-se que 50% dos estudantes tinha uma idade compreendida entre 18 e 21 anos e os outros 50% entre 21 e 32 anos. A maioria dos estudantes encontrava-se na idade esperada para um estudante sem reprovações. Contudo, também integram o CLE, estudantes maiores de 23 anos que realizaram provas de acesso e ingresso no ensino superior regulamentadas pelo DL n° 64/2006, de 21 de Março, estudantes sem aproveitamento escolar em qualquer ano do curso, assim como estudantes já possuidores de outro curso superior e trabalhadores estudantes.

C) Ano de licenciatura dos estudantes inquiridos

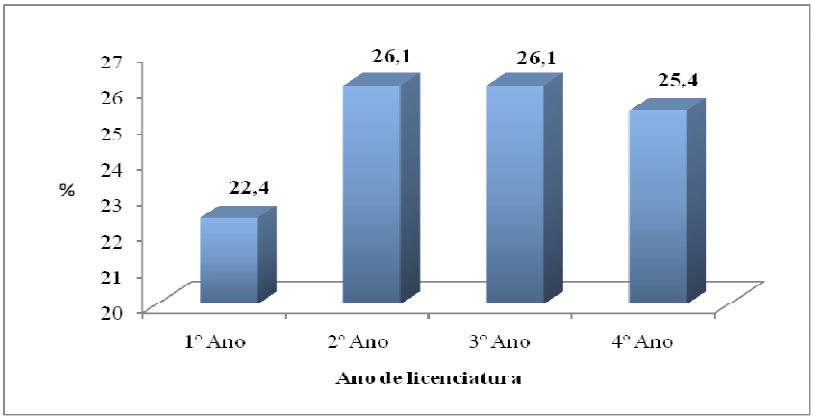
Verificada a distribuição dos estudantes pelos quatro anos do CLE, os resultados encontram-se ordenados na tabela 4.

Tabela 4. Ano de licenciatura dos inquiridos

Ano	Nº	%
1º Ano	60	22,4%
2º Ano	70	26,1%
3º Ano	70	26,1%
4º Ano	68	25,4%
Total	268	100,0%

Da visualização da tabela 4 e gráfico 2, observa-se que a distribuição dos estudantes pelos 4 anos do CLE é quase homogénea, tendo o 2º e 3º anos pesos ligeiramente superiores (26,1%) e o 1º ano menor peso (22,4%).

Gráfico 2. Ano de licenciatura dos inquiridos



D) Ano de licenciatura segundo o sexo dos estudantes inquiridos

No tocante à distribuição por sexo dos estudantes, pode observar-se na tabela 5 a sua distribuição pelos quatro anos do CLE.

Tabela 5. Ano de licenciatura dos inquiridos segundo o sexo

	Sexo					
	Masculino		Feminino		Total	
Ano	N	%	N	%	N	%
1º Ano	13	21,7	47	78,3	60	100,0
2º Ano	15	21,4	55	78,6	70	100,0
3º Ano	17	24,3	53	75,7	70	100,0
4º Ano	19	14,7	58	85,3	68	100,0
Total	55	20,5	213	79,5	268	100,0
Teste de Qui-Quadrado: $\chi 2$=2,102; g.l.=3; *p*=0,552 ns						

Comparando a proporção de cada género em cada ano, e pela aplicação do teste de independência de Qui-Quadrado ($\chi 2$=2,102; g.l.=3; *p*=0,552 ns), pode concluir-se que o sexo dos estudantes é significativamente independente do ano frequentado, isto é, a proporção de estudantes do sexo feminino é significativamente igual nos 4 anos. No entanto, o 4º ano apresenta maior proporção de estudantes do sexo feminino (85,3%) e o 3º ano menor proporção (75,7%).

E) Ano de licenciatura segundo a idade dos estudantes inquiridos

A distribuição da idade dos estudantes segundo o ano de licenciatura frequentado, permitiu-nos observar que existe uma tendência directa entre o ano e a idade, isto é, quanto maior o ano de licenciatura, maior a idade dos estudantes.

Assim, na tabela 6 pode observar-se que os estudantes do primeiro ano da licenciatura têm em média 19,68 anos, decorrente da colheita de dados ter sido efectuada próximo do final do ano lectivo, que seria mais baixa se efectuada em meados do ano lectivo. Os estudantes do segundo ano têm em média 20,69 anos, os do terceiro ano 21,31 anos e do quarto ano 22,03 anos.

Tabela 6. Teste de Kruskal-Wallis para comparar a idade segundo o ano de licenciatura

Ano	N	$\overline{X} \pm S$	Média das Ordens	Teste de Kruskal-Wallis
1º Ano	60	19,68 ± 1,92	64,29	$\chi 2$=115,263
2º Ano	70	20,69 ± 2,41	108,34	
3º Ano	70	21,31 ± 1,44	158,78	g.l.=3
4º Ano	68	22,03 ± 1,43	198,39	
Total	268	20,96 ± 2,03	----------	*p*<0,001 ***

Aplicando o teste de Kruskal-Wallis ($\chi 2$=115,26; g.l.=3; *p*<0,001), pode concluir-se que a idade dos estudantes não é significativamente igual nos 4 anos frequentados. Desta forma, a idade dos estudantes e o ano frequentado estão relacionados, ou seja, a idade aumenta, em média, com a progressão no curso como naturalmente era esperado.

F) Comparação da idade segundo o sexo dos estudantes inquiridos

Comparada a idade segundo o sexo dos estudantes do curso, e como se pode observar na tabela 7, a distribuição da idade é praticamente igual nos dois sexos, sendo a média ligeiramente superior para os estudantes do sexo feminino (20,99 contra 20,89 anos).

Tabela 7. Tabela de Mann-Whitney para comparar a idade segundo o ano de licenciatura

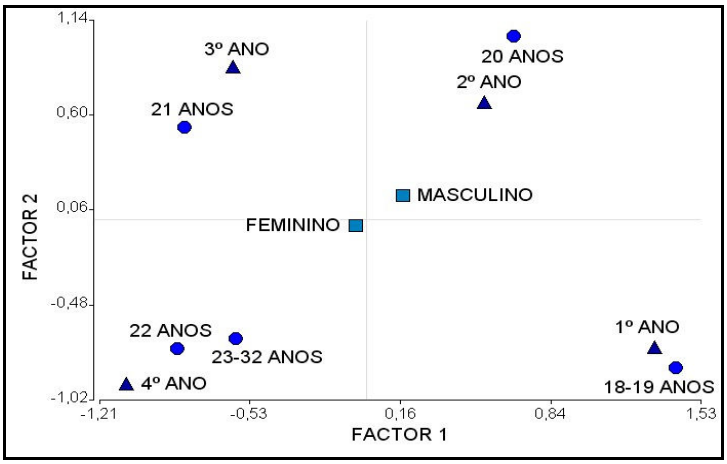
Sexo	N	$\overline{X} \pm S$	Média das Ordens	Teste de Mann-Whitney
Masculino	55	20,89 ± 1,90	132,08	Z=-0,265
Feminino	213	20,99 ± 2,05	135,12	
Total	268	20,96 ± 2,03	----------	*p*=0,791 ns

Recorrendo ao teste de Mann-Whitney (Z=-0,265; *p*=0,791 ns), como *p*>0,05, pode concluir-se que a média de idade dos estudantes do sexo masculino é significativamente igual à média de idade dos estudantes do sexo feminino.

G) Análise de correspondências múltiplas do sexo, idade e ano frequentando dos estudantes inquiridos

No gráfico 3, pode observar-se a correspondência entre o sexo, a idade e o ano do curso de licenciatura frequentado pelos estudantes.

Gráfico 3. Análise de correspondências múltiplas entre o sexo, a idade e o ano frequentado



Pela observação do gráfico 3, constata-se que a idade e o ano de licenciatura são iguais em ambos os sexos, tal como também se observa que a idade dos estudantes aumenta à medida que aumenta o ano de licenciatura frequentado, o que vai de encontro à ordem natural do tempo previsto para os quatro anos da licenciatura.

2.2. Análise descritiva do questionário *KEZKAK*: instrumento de medida dos factores de stresse dos estudantes de enfermagem na prática clínica

Os 41 itens foram submetidos a análise factorial do tipo exploratório, da qual se obtiveram, após rotação varimax dos eixos, nove factores. Todavia, como a análise factorial de componentes principais depois da rotação varimax, forçada para os nove factores da escala original, não evidenciou claramente a solução de nove factores,

procedeu-se à exploração de menor número de factores com vista a uma solução mais parcimoniosa. Estes resultados reflectem a decisão de utilizar o critério para a retenção de factores, os itens cujas respectivas cargas factoriais saturassem num só factor, não existindo repetição de itens nos diferentes factores e forçando a nova análise factorial quando se verificavam factores que ficariam constituidos com menos de três itens o que não se verificou na versão original castelhana e na versão de adaptação para o português, sendo o principal motivo porque não se verificou a identidade conceptual correspondente à escala original. A solução a seis factores pareceu a mais adequada em termos de variância explicada e da representatividade do constructo. Esta estrutura afasta-se da estrutura original de 9 factores principais obtida pelos autores originais Zupiria Gorostidi e colaboradores (2003), mas é a que melhor se adapta aos dados da amostra. Em consonância com a distribuição dos pesos factoriais das questões em cada uma das componentes principais, os factores foram designados, respectivamente, por: ***falta de competência***, ***contacto com o sofrimento***, ***relação com o doente e sobrecarga de trabalho***, ***impotência/incerteza***, ***relação com os professores/supervisores e colegas***, e ***ser magoado na relação com o doente***, que a seguir se descrevem.

2.2.1. Análise descritiva das situações de stresse associados ao factor 1 "Falta de competência"

O primeiro factor agrupa os itens relacionados com a "Falta de competência", sentida pelos estudantes na prática clínica, como se pode observar na tabela 8.

Tabela 8. Respostas ao questionário KEZKAK nos itens do factor 1 "Falta de competência"

Item	N	A	M	MT
S6	16 (6,0%)	23 (8,6%)	65 (24,3%)	**164 (61,2%)**
S2	15 (5,6%)	18 (6,7%)	38 (14,2%)	**197 (73,5%)**
S3	15 (5,6%)	18 (6,7%)	38 (14,2%)	**197 (73,5%)**
S5	10 (3,7%)	52 (19,4%)	**112 (41,8%)**	94 (35,1%)
S7	9 (3,4%)	59 (22,0%)	**145 (54,1%)**	55 (20,5%)
S14	12 (4,5%)	70 (26,1%)	**127 (47,4%)**	59 (22,0%)
S17	6 (2,2%)	55 (20,5%)	**109 (40,7%)**	98 (36,6%)

Das situações formuladas para o ensino clínico, e que constituem muitíssimo stresse para os estudantes, foram mencionadas "sentir que não podem ajudar o doente/utente" (item 3; 73,5%), "fazer mal o seu trabalho e prejudicar o doente/utente" (item 2;

73,5%), "causar dano físico ao doente/utente (item 6; 61,2%), e "causar dano psicológico ao doente/utente" (item 4; 50,0%). Também se verifica que os estudantes apresentam muitas vezes stresse relativamente às seguintes situações "não saber como responder ao doente/utente" (item 7; 54,1%), "doente começar a piorar, quando estava a melhorar" (item 14; 47,4%), "não saber como responder às expectativas do doente/utente" (item 5; 41,8%), e "receio de errar" (item 17; 40,7%).

Este primeiro factor, relaciona-se com a insegurança na prestação de cuidados que os estudantes manifestam ao cuidar do doente e família, no contexto do ensino clínico, que assenta no sentimento de preparação insuficiente. Segundo Hartley, Jacobson, Klandermans e Van Vuuren (1991), a insegurança no contexto de trabalho é considerada como um fenómeno objectivo/subjectivo, de qualidade cognitiva/afectiva, e relacionada com a continuidade do trabalho ou com algumas das suas características.

2.2.2. Análise descritiva das situações de stresse associadas ao factor 2 "Contacto com o sofrimento"

O segundo factor, agrupa os itens relacionados com o "Contacto com o sofrimento", manifestado pelos estudantes na prática clínica, como se pode observar na tabela 9.

Tabela 9. Respostas ao questionário *KEZKAK* nos itens do factor 2 "Contacto com o sofrimento"

Item	N	A	M	MT
S10	29 (10,8%)	**106 (39,6%)**	**106 (39,6%)**	27 (10,1%)
S18	24 (9,0%)	**116 (43,3%)**	75 (28,0%)	53 (19,8%)
S08	12 (4,5%)	**116 (43,3%)**	100 (37,3%)	40 (14,9%)
S39	35 (13,1%)	**108 (40,3%)**	87 (32,5%)	38 (14,2%)
S09	18 (6,7%)	84 (31,3%)	**114 (42,5%)**	52 (19,4%)
S21	42 (15,7%)	**133 (49,6%)**	70 (26,1%)	23 (8,6%)
S27	25 (9,3%)	104 (38,8%)	**108 (40,3%)**	31 (11,6%)
S30	39 (14,6%)	**126 (47,0%)**	85 (32,7%)	18 (6,7%)
S11	52 (19,4%)	**141 (52,6%)**	58 (21,6%)	17 (6,3%)

Das situações experimentadas no ensino clínico, os estudantes apresentam, em maior frequência, muito stresse quando têm que "dar más notícias" (item 9; 40,3%) e quando têm que "estar com a família do doente quando está moribundo" (item 27; 42,5%). Apresentam algum stresse nas situações em que "o doente/utente o trata mal" (item 11; 52,6%), quando se "envolve demasiado com o doente/utente" (item 21; 49,6%), quando

o " doente/utente que tem dificuldade em comunicar" (item 30; 47,0%), ao "ver morrer um doente/utente" (item 18; 43,3%), quando se sente "afectado pelas emoções do doente/utente" (item 8; 43,3%), e nas situações em que tem que "estar com um doente terminal" (item 18; 40,3%).

Este factor, agrega as situações que se relacionam com o ambiente psicológico que envolve os cuidados de enfermagem no ensino clínico, como sejam a morte e o sofrimento. No estudo efectuado por Benbunan-Bentata e colaboradores (2007), as situações clínicas que maior stresse produzem nos estudantes estão directamente relacionadas com as experiências em torno da morte e do sofrimento alheio. Neste sentido, Regueiras (2001) refere que a enfermagem é uma profissão de grande desgaste devido ao contacto com o doente/família em sofrimento e morte.

2.2.3. Análise descritiva das situações de stresse associados ao factor 3 "Relação com o doente e sobrecarga de trabalho"

O terceiro factor agrupa os itens relacionados com a "Relação com o doente e a sobrecarga de trabalho" percepcionada pelos estudantes na prática clínica, como se pode observar na tabela 10.

Tabela 10. Respostas ao questionário KEZKAK nos itens da dimensão 3 "Relação com o doente e sobrecarga de trabalho"

Item	N	A	M	MT
S37	32 (11,9%)	**125 (46,6%)**	81 (30,2%)	30 (11,2%)
S34	28 (10,4%)	**131 (48,9%)**	82 (30,6%)	27 (10,1%)
S35	36 (13,4%)	**132 (49,3%)**	82 (30,6%)	18 (6,7%)
S33	54 (20,2%)	**129 (48,1%)**	69 (25,7%)	16 (6,0%)
S36	16 (6,0%)	70 (26,1%)	**123 (45,9%)**	59 (22,0%)
S40	19 (7,1%)	**106 (39,6%)**	74 (27,6%)	69 (25,7%)
S24	30 (11,2%)	**124 (46,3%)**	89 (33,2%)	25 (9,3%)

Verifica-se que das situações apresentadas em ensino clínico, a mais frequentemente referida como muito stressante foi "receber ordens contraditórias" (item 36; 45,9%); como algo stressante "a sobrecarga de trabalho" (item 35; 49,3%), "trabalhar com doentes/utentes agressivos" (item 34; 48,9%), "não saber como terminar o diálogo com o doente/utente" (item 33; 48,1%), "que um doente/utente de outro sexo se insinue"

(item 37; 46,6%), "que o doente/utente toque certas partes do seu corpo" (item 40; 39,6%).

A sobrecarga é considerada um factor de stresse dos enfermeiros. Peiró (1993), entende que a sobrecarga está relacionada com o excesso de actividades a realizar num determinado período de tempo e com as excessivas exigências no que respeita às competências, conhecimentos e habilidades do trabalhador. Gray-Toft e Anderson (1981), ao realizarem um estudo em enfermeiros, identificaram como principais situações indutoras de stresse a sobrecarga de trabalho e a insuficiente preparação destes profissionais para lidarem com as exigências emocionais dos doentes e suas famílias.

2.2.4. Análise descritiva das situações de stresse associados ao factor 4 "Impotência/incerteza"

O quarto factor aglutina os itens relacionados com a "Impotência/incerteza" sentida pelos estudantes na prática clínica e que se pode visualizar na tabela 11.

Tabela 11. Respostas ao questionário KEZKAK nos itens da dimensão 4 "Impotência/incerteza"

Item	N	A	M	MT
S41	10 (3,7%)	68 (25,4%)	**107 (39,9%)**	83 (31,0%)
S29	15 (5,6%)	50 (18,7%)	**129 (48,1%)**	74 (27,6%)
S31	24 (9,0%)	102 (38,1%)	**110 (41,0%)**	32 (11,9%)
S20	5 (1,9%)	52 (19,4%)	**131 (48,9%)**	80 (29,9%)
S32	8 (3,0%)	88 (32,8%)	**125 (46,6%)**	47 (17,5%)
S38	20 (7,5%)	82 (30,6%)	**114 (42,5%)**	23 (8,6%)
S23	15 (5,6%)	72 (26,9%)	**136 (50,7%)**	45 (16,8%)
S22	8 (3,0%)	38 (14,2%)	**118 (44,0%)**	104 (38,8%)

Face às situações apresentadas em estágio/ensino clínico, os estudantes mostram muitas vezes stresse ao "não conseguir atender todos os doentes/utentes" (item 23; 50,7%), ao "deparar-se com alguma situação sem saber o que fazer" (item 20; 48,9%), quando "estão perante uma situação de urgência" (item 29; 48,1%), na "realização de procedimentos que causam dor ao doente" (item 32; 46,6%), quando sentem "a importância da responsabilidade no cuidado do doente/utente" (item 22; 44,0%), com o facto de "não encontrar o médico quando a situação requer a sua presença" (item 23; 50,7%), quando "estão com um doente/utente ao qual se ocultou uma má notícia" (item

31; 41,0%), e com "as diferenças entre o que aprendem na escola e o que vêm na prática" (item 41; 39,9%).

A impotência e incerteza configuram-se associadas a stressores de ordem pessoal, quando têm necessidade de responder e decidir perante situações com as quais nunca foram confrontados. No exercício de um papel de contornos profissionais, ao sentirem a responsabilidade dos seus actos, esta não é acompanhada da possibilidade de tomar ou influenciar decisões, aumentando o stresse envolvido na aprendizagem dos cuidados (McIntyre, 1994).

2.2.5. Análise descritiva das situações de stresse associados ao factor 5 "Relação com os professores/supervisores e colegas"

O quinto factor inclui os itens relacionados com a "Relação com os professores/ supervisores e colegas" na prática clínica, conforme se descreve na tabela 12.

Tabela 12. Respostas ao questionário KEZKAK nos itens do factor 5 "Relação com os professores/supervisores e colegas"

Item	N	A	M	MT
S25	14 (5,2%)	57 (21,3%)	**138 (51,5%)**	59 (22,0%)
S12	13 (4,9%)	66 (24,6%)	**136 (50,7%)**	53 (19,8%)
S19	20 (7,5%)	103 (38,4%)	**111 (41,4%)**	34 (12,7%)
S28	28 (10,4%)	68 (25,4%)	**120 (44,8%)**	52 (19,4%)
S1	13 (4,9%)	63 (23,5%)	**105 (39,2%)**	87 (32,5%)

Durante o estágio/ensino clínico, os estudantes apresentavam muitas vezes stresse no que diz respeito às relações que estabelecem com "o enfermeiro orientador da prática clínica" (item 23; 51,5%), "com os profissionais de saúde" (item 12; 50,7%), "com os colegas (estudantes de enfermagem)" (item 28; 44,8%), "com o professor" (item 19; 41,4%), e quando "não se sentem integrados na equipa de trabalho" (item 1; 39,2%).

Este factor centra-se nas relações interpessoais que se criam no contexto de ensino clínico. A relação com os diferentes actores, colegas, supervisores e enfermeiros, pela falta de assertividade nos processos comunicacionais, pode gerar situações conflituosas nem sempre promotoras de bem-estar. No tocante ao relacionamento interpessoal, Paulino (2007) realizou um estudo, em que salienta que os supervisores são pessoas

importantes para o crescimento e aprendizagem dos estudantes, no entanto, estes consideram que o controlo a que estão submetidos e a pouca disponibilidade do docente e do enfermeiro supervisor são os aspectos negativos desta relação com os orientadores/ supervisores.

2.2.6. Análise descritiva das situações de stresse associados ao factor 6 "Ser magoado na relação com o doente"

O sexto factor aglutina os itens relacionados com a percepção dos estudantes "Ser magoado na relação com o doente" durante o ensino clínico, e que se apresenta na tabela 13.

Tabela 13. Respostas ao questionário *KEZKAK* nos itens do factor 6 "Ser magoado na relação com o doente"

Item	N	A	M	MT
S15	14 (5,2%)	57 (21,3%)	**138 (51,5%)**	59 (22,0%)
S13	13 (4,9%)	66 (24,6%)	**136 (50,7%)**	53 (19,8%)
S16	20 (7,5%)	103 (38,4%)	**111 (41,4%)**	34 (12,7%)
S26	28 (10,4%)	68 (25,4%)	**120 (44,8%)**	52 (19,4%)

Observa-se que, das situações apresentadas em estágio/ensino clínico, os estudantes vivenciam com muito stresse a possibilidade de "picar-se com uma agulha infectada" (item 15; 51,5%), "contagiar-se, sendo a fonte de contágio doente/utente" (item 13; 50,7%), "serem alvo de uma queixa de um doente/utente" (item 26; 44,8%), e "confundir a medicação" (item 16; 41,4%).

Este factor agrupa os itens relacionados com o facto de o estudante considerar que na sua relação com o doente pode ser lesado na sua integridade física e psicológica. Todos estes itens configuram um quadro que incita receios e medos que se reflectem no desempenho e na disponibilidade para a aprendizagem.

2.3. Validação do questionário *KEZKAK* relativo aos factores de stresse na prática clínica

A validade de constructo da escala foi avaliada através de procedimentos de análise factorial. Assim, a análise da estrutura relacional das 41 questões do questionário *KEZKAK* é levada a efeito através de uma análise factorial exploratória sobre a matriz de correlações, com extracção dos factores pelo método das componentes principais, seguida de rotação pela variância máxima (varimax). Os factores principais retidos são os que apresentam um *eigenvalue* superior à unidade.

2.3.1. Análise factorial

Para se aplicar a análise factorial, é necessária a verificação de alguns pressupostos. O primeiro, diz respeito ao tamanho da amostra. De acordo com Comrey (1973), um tamanho amostral de 300 indivíduos é classificado como "bom" para aplicar a análise factorial, a qual obedece a amostra deste estudo. Segundo Tabachnick e Fidell (1989), o tamanho da amostra (N) deve ser igual a pelo menos ao quíntuplo do número de variáveis (k) – desta forma N=5k. Como o questionário *kEZKAK* é constituído por 41 itens, o tamanho da amostra deveria ter pelo menos 205 (5*41) indivíduos, pelo que a amostra deste estudo, constituída por 268 estudantes, cumpre os pressupostos acima referidos.

Outro dos pressupostos a verificar consiste na existência de correlações significativas entre as variáveis a factorizar. Pela aplicação do teste de Esfericidade de Bartlett ($\chi 2$=5548,228; g.l=820; p<0,001 ***), para uma estatística de teste $\chi 2$=5548,228 com 820 graus de liberdade e com significância <0,001, pode rejeitar-se a hipótese nula e aceitar a hipótese alternativa e concluir que a matriz de correlações é significativamente diferente da matriz identidade, logo que existem correlações significativas entre as variáveis.

Partindo destes pressupostos, procedeu-se à análise factorial dos itens, como se pode visualizar na tabela 14.

Também se pode recorrer ao índice de adequação da amostra KMO de Kaiser-Meyer-Olkin (1970), que representa um índice para comparar as magnitudes dos coeficientes de correlação observados com as magnitudes dos coeficientes de correlação parcial. Como o KMO é igual a 0,917, pode dizer-se que a análise factorial é realizável e muito boa.

Tabela 14. Análise factorial do questionário *KEZKAK* dos factores de stresse, a seis factores

1. Análise factorial de componentes principais com rotação Varimax					
Factor	**Itens**	**Saturação**	**Valores Próprios**	**Variância Explicada**	**Variância Acumulada**
"Falta de competência"	S6	0,850	12,676	30,9%	30,9%
	S4	0,814			
	S2	0,790			
	S3	0,777			
	S5	0,774			
	S7	0,755			
	S14	0,419			
	S17	0,381			
"Contacto com o sofrimento"	S10	0,692	3,488	8,5%	39,4%
	S18	0,648			
	S8	0,620			
	S39	0,557			
	S9	0,551			
	S21	0,547			
	S27	0,542			
	S30	0,472			
	S11	0,470			
"Relação com o doente e sobrecarga de trabalho"	S37	0,703	2,057	5,0%	44,4%
	S34	0,675			
	S35	0,671			
	S33	0,563			
	S36	0,559			
	S40	0,441			
	S24	0,420			
"Impotência/ incerteza"	S41	0,651	1,750	4,3%	48,7%
	S29	0,579			
	S31	0,557			
	S20	0,556			
	S32	0,510			
	S38	0,482			
	S23	0,407			
	S22	0,397			
"Relação com os prof. / superv. e colegas"	S25	0,695	1,597	3,9%	52,6%
	S12	0,687			
	S19	0,653			
	S28	0,625			
	S1	0,503			
"ser magoado na relação com o doente"	S15	0,760	1,275	3,1%	55,7%
	S13	0,672			
	S16	0,532			
	S26	0,394			

Nota: Análise dos componentes principais com rotação Varimax

A realização da análise factorial com rotação varimax, permitiu extrair 6 factores que no seu conjunto explicam 55,719 % da variância total dos dados. Desta forma, o factor 1, "Falta de competência" apresenta pesos factoriais elevados nos itens 6, 4, 2, 3, 5, 7, 14 e 18 e explica 30,9% da variância total, representando situações em que o estudante está stressado perante a probabilidade de não prestar convenientemente os cuidados de enfermagem. O segundo factor, "Contacto com o sofrimento", apresenta pesos factoriais elevados nos itens 10, 18, 8, 39, 9, 21, 27, 30 e 11 e explica 8,5% da variância total, agrupando os itens associados a situações stressantes originadas pelos sentimentos/ atitudes de sofrimento do doente. O factor 3, "Relação com o doente e sobrecarga de trabalho", apresenta pesos factoriais elevados nos itens 37, 34, 35, 33, 36, 40 e 24, e explica 5% da variância total, integrando situações de stresse criadas pela quantidade de solicitações a que o estudante tem que responder. O quarto factor, "Impotência/ incerteza", apresenta pesos factoriais elevados nos itens 41, 29, 31, 20, 32, 38, 23 e 22, e explica 4,3% da variância, agregando as situações que o estudantes não controla. O penúltimo factor, "Relação com os professores/supervisores e colegas", apresenta cargas factoriais elevadas nos itens 25, 12, 19, 28 e 1, e explica 3,9% da variância, estando este factor relacionado com as relações interpessoais. O último factor, "Ser magoado na relação com o doente", composto pelos itens 15, 13, 16 e 26, explica 3,1% da variância, sendo assim composto pela probabilidade de sofrer stresse por relações de proximidade não correspondidos ou não respeitosas com o doente.

2.3.2. Validação do questionário *KEZKAK*

A validade da análise factorial exploratória é analisada com os critérios dos Testes Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (0,917, excelente) e teste de esfericidade de Bartlett (significativo, $p<0,001$). A análise factorial estatística convergiu para uma solução com 6 factores que explicam no total 55,7% da variância, e explicando cada um deles, por ordem de importância, 30,9%, 8,5%, 5,0%, 4,3%, 3,9% e 3,1%.

O primeiro grupo de testes efectuados nos dados começou por um teste aos factores, que englobou não só o estudo das distribuições dos vários itens dentro de um mesmo factor e a correspondente dispersão, mas também a análise da correlação linear entre os valores de cada item e os do factor de origem (coerência interna), assim como o facto de

cada item ser melhor utilizado para medir um determinado factor do que qualquer outro (validade discriminante).

a) Testes das escalas e coerência interna

Para analisar a coerência interna, analisaram-se as correlações entre cada item e o factor hipotético, considerando-se, em princípio, uma consistência interna grande a que apresenta valores de correlação superiores a 0,40.

Tabela 15. Médias e desvios padrão dos itens e correlações com os factores de stresse do questionário *KEZKAK*

Item	$\overline{X}$	S	F1	F2	F3	F4	F5	F6
S6	2,41	0,88	**0,798**	0,303	0,239	0,352	0,484	0,483
S4	2,23	0,96	**0,801**	0,416	0,269	0,441	0,426	0,424
S2	2,56	0,85	**0,694**	0,426	0,240	0,375	0,423	0,436
S3	2,27	0,84	**0,800**	0,442	0,319	0,404	0,403	0,398
S5	2,08	0,83	**0,811**	0,391	0,332	0,397	0,397	0,521
S7	1,92	0,75	**0,786**	0,428	0,319	0,426	0,406	0,384
S14	1,87	0,80	**0,680**	0,552	0,395	0,555	0,399	0,514
S17	2,12	0,81	**0,597**	0,460	0,358	0,438	0,291	0,405
S10	1,49	0,82	0,346	**0,667**	0,213	0,367	0,296	0,250
S18	1,59	0,91	0,489	**0,712**	0,324	0,507	0,324	0,361
S8	1,63	0,79	0,590	**0,646**	0,252	0,359	0,332	0,261
S39	1,48	0,89	0,362	**0,727**	0,525	0,601	0,259	0,320
S9	1,75	0,85	0,381	**0,634**	0,232	0,383	0,261	0,325
S21	1,28	0,83	0,276	**0,599**	0,391	0,377	0,379	0,237
S27	1,54	0,82	0,432	**0,673**	0,434	0,420	0,388	0,375
S30	1,31	0,80	0,263	**0,642**	0,509	0,560	0,363	0,257
S11	1,15	0,80	0,279	**0,570**	0,443	0,271	0,287	0,332
S37	1,41	0,84	0,303	0,368	**0,747**	0,436	0,344	0,321
S34	1,40	0,81	0,200	0,431	**0,681**	0,506	0,269	0,247
S35	1,31	0,79	0,138	0,269	**0,608**	0,346	0,257	0,223
S33	1,21	0,98	0,340	0,462	**0,655**	0,516	0,336	0,317
S36	1,84	0,83	0,253	0,218	**0,588**	0,407	0,234	0,262
S40	1,72	0,93	0,306	0,307	**0,634**	0,402	0,273	0,388
S24	1,41	0,81	0,295	0,470	**0,605**	0,390	0,422	0,445
S41	1,98	0,85	0,180	0,190	0,284	**0,511**	0,219	0,251
S29	1,98	0,83	0,371	0,517	0,459	**0,717**	0,337	0,399
S31	1,56	0,82	0,366	0,516	0,439	**0,710**	0,381	0,301
S20	2,07	0,75	0,489	0,392	0,411	**0,688**	0,347	0,424
S32	1,79	0,76	0,405	0,497	0,374	**0,652**	0,325	0,275
S38	1,74	0,86	0,267	0,405	0,495	**0,693**	0,357	0,400
S23	1,79	0,79	0,468	0,436	0,448	**0,658**	0,398	0,475
S22	2,19	0,79	0,462	0,483	0,418	**0,660**	0,455	0,480
S25	1,90	0,80	0,320	0,292	0,345	0,381	**0,706**	0,394
S12	1,85	0,79	0,396	0,390	0,286	0,382	**0,758**	0,362
S19	1,59	0,80	0,370	0,441	0,408	0,430	**0,737**	0,369
S28	1,73	0,89	0,303	0,346	0,385	0,450	**0,694**	0,236
S1	1,99	0,87	0,402	0,243	0,196	0,245	**0,634**	0,337
S15	2,49	0,74	0,314	0,229	0,261	0,306	0,237	**0,692**
S13	2,12	0,87	0,414	0,396	0,329	0,408	0,307	**0,774**
S16	2,43	0,81	0,573	0,448	0,374	0,465	0,360	**0,691**
S26	1,94	0,90	0,432	0,321	0,459	0,488	0,426	**0,762**

Para além disso, a taxa geral de êxito para uma determinada escala é igual ao número de êxitos do factor dividido pelo número total de testes do factor. Por exemplo, para o factor 1 ("Falta de competência"), foram executados 8 testes, um para cada item.
Na tabela 16, pode observar-se as correlações entre cada item dos seis factores.

Tabela 16. Testes de coerência interna do questionário *KEZKAK*

Factores	Nº de Itens	Amplitude de Correlações	Nº Êxitos/ Total(b)	Taxa de Êxitos (%)(c)
F1	8	0,597---0,811	8 / 8	100%
F2	9	0,570---0,727	9 / 9	100%
F3	7	0,588---0,747	7 / 7	100%
F4	8	0,511---0,717	8 / 8	100%
F5	5	0,634---0,758	5 / 5	100%
F6	4	0,691---0,762	4 / 4	100%

(a) – Correlações entre os itens e a escala hipotética; (b) Rhó>0,40; (c) Número de correlações significativamente altas/número total de correlações

Pela observação da tabela 16, vê-se que quase todas as correlações entre cada item e a sua escala igualam ou excedem o ponto de corte 0,40, obtendo umas taxas gerais de êxito de coerência interna perfeitas (100%).

A validação do agrupamento feito passa pelo teste da validade discriminante, isto é, passa pela análise das diferenças entre as correlações de cada item com o seu factor e as correlações do mesmo item com outros factores; as primeiras deverão ser maiores do que as segundas. Também aqui a taxa de validade discriminante foi calculada dividindo o número total de êxitos pelo número de testes realizados.

Tabela 17. Testes de validade interna do questionário *KEZKAK*

Factores	Nº de Itens	Amplitude de Correlações	Nº Êxitos/ Total(b)	Taxa de Êxitos (%)
F1	8	0,239---0,555	40 / 40	100%
F2	9	0,213---0,601	45 / 45	100%
F3	7	0,138---0,516	35 / 35	100%
F4	8	0,180---0,517	40 / 40	100%
F5	5	0,196---0,450	25 / 25	100%
F6	4	0,237---0,573	20 / 20	100%

(a) – Correlações entre os itens e a escala hipotética; (b) Rhó>0,40;
(c) Número de correlações com factores secundários inferiores as correlações com o factor principal/número total de correlações

Também os testes de validade discriminante resultaram em grande êxito por todos os itens da escala.

b) Testes de fiabilidade

Fiabilidade é a medida segundo a qual um instrumento de medição fornece resultados de uma forma consistente e precisa. Por outras palavras, consiste em determinar quanto da variação em pontos é verdadeira ou apenas devida a erros de natureza aleatória.

Para testar a fiabilidade, calculou-se a correlação da divisão em metade, partindo-se do pressuposto de que se está a medir uma determinada característica, ambas as metades do teste deverão fornecer resultados sensivelmente equivalentes. Outra forma de estudar a fiabilidade, é utilizar o coeficiente alfa que consiste na média de todas as possíveis fiabilidades de divisão em metade ajustadas para o número de itens. Nunnaly (1978) recomenda valores de alpha superiores a 0,70, no entanto, Robinson, Shaver e Wrightsman (1991) sugerem que o coeficiente de alpha pode descer até 0,60, se os itens se revestirem de complexidade substantiva.

Tabela 18. Estimadores de fiabilidade para o questionário *KEZKAK*

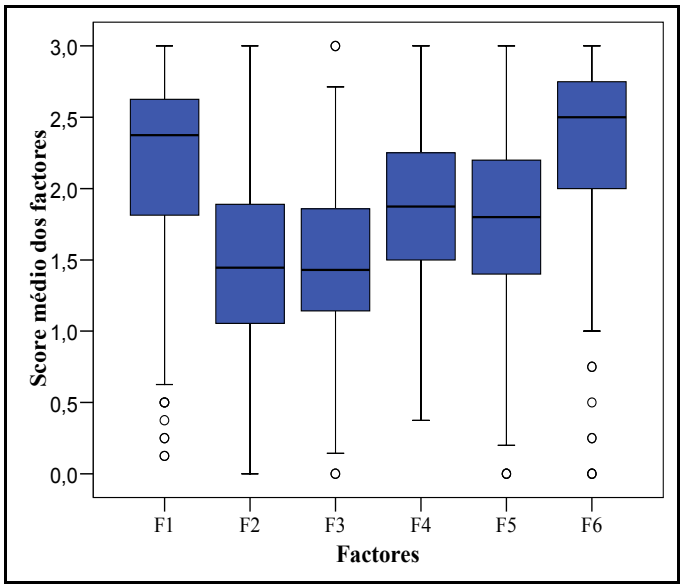
Factores	Cronbach α	Divisão em Metade
F1	0,909	0,837
F2	0,840	0,773
F3	0,778	0,729
F4	0,823	0,804
F5	0,769	0,713
F6	0,767	0,754
Global	**0,942**	**0,806**

Pode observar-se (tabela 18) que globalmente (questionário total) e parcialmente (para cada factor), a mediana dos coeficientes de fiabilidade iguala ou excede 0,70, pelo que se conclui que o questionário *KEZKAK* se reveste de uma boa fiabilidade.

2.3.3. Comparação da pontuação (score) média de cada factor

O gráfico seguinte, permite observar a pontuação media de cada um dos factores e o comparar a pontuação global dos seis factores.

Gráfico 4. Pontuação (score) média de cada factor



Pela observação do gráfico 4, pode observar-se que o factor 6, "Ser magoado na relação com o doente" e o factor 1, "Falta de competência", são as duas dimensões que mais preocupam os estudantes de enfermagem durante o ensino clínico. Ao inverso, o factor 2, "Contacto com o sofrimento", e o factor 3,"Relação com o doente e sobrecarga de trabalho", são as dimensões que menos preocupam os estudantes de enfermagem. Apesar de se observarem estas diferenças, será que estas são significativas? Para o responder a esta questão, foi aplicado o teste de Friedman, enunciando as seguintes hipóteses:

Tabela 19. Teste de Friedman para comparar as pontuações (scores) médias dos factores

Factores	N	$\overline{X} \pm S$	Média das Ordens	Teste de Friedman
F1	268	2,18 ± 0,66	4,70	$\chi 2$=561,106
F2	268	1,47 ± 0,55	2,10	
F3	268	1,47 ± 0,56	2,19	g.l.=5
F4	268	1,89 ± 0,54	3,73	
F5	268	1,81 ± 0,60	3,36	p<0,001 ***
F6	268	2,25 ± 0,64	4,92	

H_1 (0): O nível de preocupações gerador de stresse é igual para os 6 factores;

H_1 (a): O nível de preocupações gerador de stresse não é igual para os 6 factores.

Desta forma, pela aplicação do teste de Friedman ($\chi 2$=561,106; g.l.=5; p<0,001), como p<0,05, rejeitou-se a hipóteses nula e concluiu-se que o nível de stresse não é

significativamente igual nos 6 factores, existindo assim diferenças significativas, sendo o factor 6 (4,92) e o factor 1 (4,70), aqueles em que os estudantes manifestam mais stresse, e o factor 2 e 3 (2,10 e 2,19), aqueles em que os estudantes manifestam menos stresse.

2.4. Estudo das hipóteses

Pela utilização de testes de correlação procurou-se analisar os dados de forma a aceitar ou refutar as hipóteses enunciadas para este estudo.

2.4.1. Estudo da correlação entre a idade dos estudantes e o nível de stresse

No estudo da correlação entre a idade dos estudantes e o nível de stresse verificou-se se existia uma correlação entre os 6 factores e a idade dos estudantes, pelo que se aplicou o teste de correlação de Spearman, enunciando as seguintes hipóteses:

H_2 (0): Não existe correlação entre a idade e o nível de stresse;
H_2 (a): Existe correlação entre a idade e o nível de stresse.

Tabela 20. Teste de Correlação de Spearman entre a idade e as pontuações (scores) médias dos factores

Correlações	N	Rhó	P
Idade - F1	268	-0,036	0,281 ns
Idade - F2	268	-0,073	0,118 ns
Idade - F3	268	0,021	0,364 ns
Idade - F4	268	-0,008	0,450 ns
Idade - F5	268	-0,111	0,034 *
Idade - F6	268	0,047	0,220 ns

Verificou-se que existe uma correlação entre os 6 factores. Quer isto dizer que um estudante que tem um nível de stresse elevado num factor, também apresenta um nível de stresse elevado nos outros factores.

Pela aplicação do teste de correlação de Spearman, como $p>0,05$ nos factores 1 … 4 e 6, aceitou-se a hipótese nula e concluiu-se que não existe uma correlação significativa

entre a idade e o nível de stresse dos estudantes naqueles factores. Ao inverso, como $p<0,05$ (Rhó = -0,111; N = 268; $p = 0,034$), rejeitou-se a hipótese nula e concluiu-se que existe uma correlação significativa entre a idade e o nível de stresse do factor 5, "Relação com os professores, supervisores e colegas". Como Rhó = -0,111, pode dizer-se que existe uma correlação negativa ou inversa, isto significa que quanto maior a idade do estudantes, menor o nível de stresse com os professores, colegas e supervisores. De facto, parece evidenciar-se que à medida que aumenta a idade os estudantes vão, nos seus processos desenvolvimentais, adquirindo maturidade e maior familiaridade com as situações, supervisores e colegas e consequentemente sentem-se menos "ameaçados" e atribuem menos significado à presença dos supervisores.

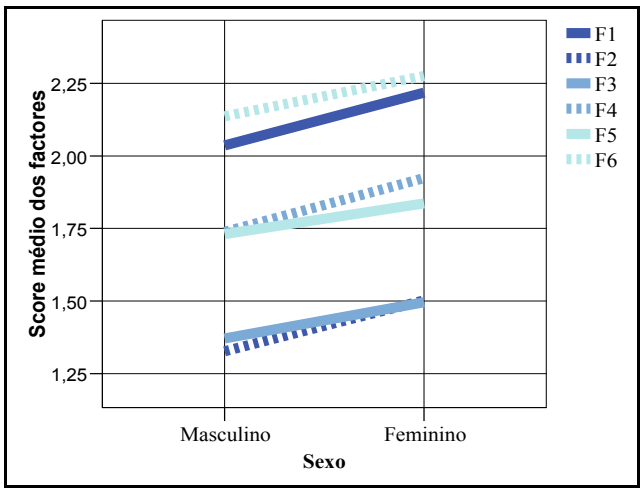
2.4.2. Comparação do nível de stresse obtido com o questionário *KEZKAK* segundo o sexo

O teste de Mann-Whitney aplicou-se para comparar o nível de stresse entre ambos os sexos, enunciando as seguintes hipóteses:

H_3 (0): O nível de stresse dos estudantes do sexo masculino não é igual ao nível de stresse dos estudantes do sexo feminino;

H_3 (a): O nível de stresse dos estudantes do sexo masculino é igual ao nível de stresse dos estudantes do sexo feminino.

Gráfico 5. Nível de stresse segundo o sexo



Pela visualização do gráfico 5, verificou-se que o nível de stresse dos estudantes do sexo feminino é superior ao nível de stresse dos estudantes do sexo masculino. Também pode observar-se que o factor 6, "Ser magoado na relação com o doente", é o factor que apresenta em média maior nível de stresse, para ambos os sexos. Ao inverso, o factor 2, "Contacto com o sofrimento", é a dimensão que apresenta menor nível de stresse. Assim, a estrutura da importância de cada factor tem a mesma ordem para os dois sexos.

Pode inferir-se que o sexo feminino tem uma maior vulnerabilidade face ao stresse durante o ensino clínico. Estes resultados vêm corroborar vários estudos ao apontarem que o stresse no sexo feminino é histórico, embora não se tenha avançado com uma única causa que explique este facto. Alguns estudos apontam as exigências que a sociedade impõe às mulheres, de maneira geral, relativas à sobrecarga de actividades, ao desempenho profissional acrescido das exigências pessoais, biológicas, hormonais e sociais.

Por outro lado, a diminuição do factor "Contacto com o sofrimento", talvez resulte da adaptação ao ambiente dos cuidados em que a dor e o sofrimento tornam-se uma presença constante e provavelmente vão adquirindo mecanismos de adaptação individuais ao stresse.

A aplicação do teste de Mann-Whitney, possibilita a comparação das pontuações médias dos factores, como se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 21. Teste de Mann-Whitney para comparar as pontuações (scores) médias dos factores segundo o sexo

Factores	Sexo	N	$\bar{X} \pm S$	Média das Ordens	Teste de Mann-Whitney
F1	M	55	2,04 ± 0,69	115,87	Z=-2,005
	F	213	**2,22 ± 0,64**	139,31	P=0,045 *
F2	M	55	1,33 ± 0,58	114,37	Z=-2,164
	F	213	**1,50 ± 0,55**	139,70	P=0,030 *
F3	M	55	1,37 ± 0,60	118,51	Z=-1,722
	F	213	**1,50 ± 0,55**	138,63	P=0,085 ns
F4	M	55	1,74 ± 0,50	111,43	Z=-2,482
	F	213	**1,92 ± 0,54**	140,46	P=0,013 *
F5	M	55	1,73 ± 0,67	126,25	Z=-0,890
	F	213	**1,84 ± 0,58**	136,63	P=0,373 ns
F6	M	55	2,14 ± 0,66	119,86	Z=-1,587
	F	213	**2,27 ± 0,63**	138,28	P=0,112 ns

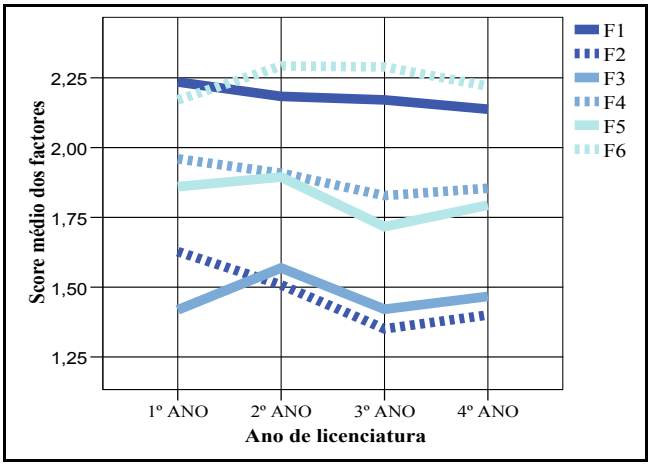
Pela aplicação do teste de Mann-Whitney, como $p>0,05$ (0,085 e 0,373), aceitou-se a hipótese alternativa e concluiu-se que o nível de stresse dos estudantes do sexo masculino não é significativamente diferente dos estudantes do sexo feminino, para o factor 3, "Relação com o doente e sobrecarga de trabalho" , o factor 5, "Relação com os professores, colegas e supervisores", e o factor 6, "Ser magoado na relação com o doente". Ao inverso, como $p<0,05$, pode concluir-se que o nível de stresse dos estudantes do sexo masculino é significativamente diferente do nível de stresse dos estudantes do sexo feminino, para os factores 1, 2 e 4, apresentando os estudantes do sexo feminino maiores níveis de stresse que os estudantes do sexo masculino.

Esta diferença entre os géneros pode reflectir a maior autoconfiança dos rapazes e a maior sensibilidade das raparigas e menor autoconfiança no seu desempenho. Os rapazes podem ser mais realistas e objectivos, as raparigas mais perfeccionistas e subjectivas. Este resultado deve ser considerado na prática pedagógica de supervisão e orientação de ensinos clínicos, no sentido em que o *feedback* para com as raparigas terá que ser mais centrado na actividade que desempenha e menos na pessoa, por forma a que não se sintam afectadas na auto-estima e sentimento de competência pessoal. Como tem sido observado na investigação sobre diferenças de auto-estima entre géneros, os jovens do sexo masculino parecem apresentar níveis de auto-estima sistematicamente mais elevados do que as jovens (Trzesniewski, Donnellan & Robins, 2003; Kling, Hyde, Showers & Buswell, 1999).

2.4.3. Comparação do nível de stresse segundo o ano frequentado

Seguidamente, compara-se o nível de stresse para os seis factores segundo o ano frequentado, como pode observar-se no gráfico 6.

Gráfico 6. Nível de stresse segundo o ano frequentado



Pela visualização do gráfico 6, o nível de stresse dos estudantes tem tendência a diminuir do 1º para o 4º ano da licenciatura. Também pode observar-se que o factor 6, "Ser magoado na relação com o doente", é a dimensão que apresenta em média maior nível de stresse ao longo de todos os anos do curso, com excepção do 1º ano. Ao inverso, o factor 2, "Contacto com o sofrimento", é a dimensão que apresenta menor nível de stresse, com excepção para o 1º ano. Assim, a estrutura da importância de cada factor mantém a mesma ordem do 1º para o 4º ano com excepção do factor 6 e 2.

O motivo provável para justificar a diminuição do nível de stresse do 1º para o 4º ano, no factor 2, "Contacto com o sofrimento", advém do desconhecimento das situações que se lhes apresentam, da iniciação e intensidade na relação com a pessoa. Com a progressiva aprendizagem em diferentes contextos clínicos e a familiaridade com as situações da prática de cuidados, a insegurança vai diminuindo, operando-se um incremento positivo na auto-estima que pode modificar-se ao longo do desenvolvimento do indivíduo (Antunes, 2006), a que se acrescenta o desenvolvimento dos mecanismos de *coping* que lhes permitem controlar os sentimentos e lidar com as situações de dor e sofrimento.

O teste de Kruskal-Wallis aplicou-se para comparar o nível de stresse dos estudantes ao longo dos quatro anos do curso de licenciatura, enunciando-se as seguintes hipóteses.

H_4 (0): O nível de stresse dos estudantes é igual nos quatro anos da licenciatura;
H_4 (a): O nível de stresse dos estudantes não é igual nos quatro anos da licenciatura.

Tabela 22. Teste de Kruskal-Wallis para comparar as pontuações (scores) médias dos factores segundo o ano frequentado

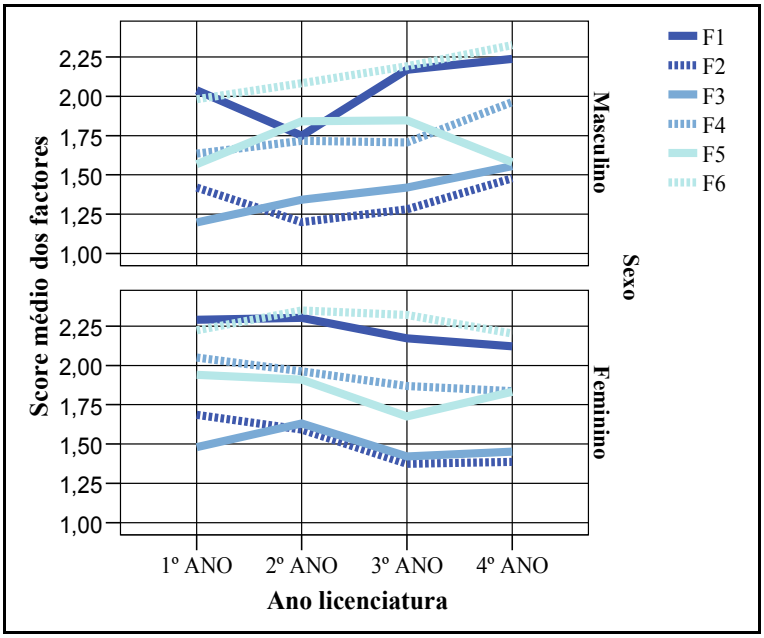
Factores	Ano	N	$\overline{X} \pm S$	Média das Ordens	Teste de Kruskal-Wallis
F1	1º	60	2,24 ± 0,78	150,63	χ2=4,896
	2º	70	2,18 ± 0,71	138,84	
	3º	70	2,17 ± 0,49	123,21	g.l.=3
	4º	68	2,14 ± 0,65	127,43	
					p =0,180 ns
F2	1º	60	1,63 ± 0,61	157,78	χ2=10,454
	2º	70	1,51 ± 0,57	141,42	
	3º	70	1,35 ± 0,45	118,14	g.l.=3
	4º	68	1,40 ± 0,55	123,68	
					p =0,015 *
F3	1º	60	1,42 ± 0,61	127,78	χ2=4,652
	2º	70	1,57 ± 0,57	151,24	
	3º	70	1,42 ± 0,45	126,10	g.l.=3
	4º	68	1,47 ± 0,60	131,85	
					p =0,199 ns
F4	1º	60	1,96 ± 0,59	147,37	χ2=3,405
	2º	70	1,91 ± 0,57	138,68	
	3º	70	1,83 ± 0,48	124,14	g.l.=3
	4º	68	1,85 ± 0,51	129,51	
					p =0,333 ns
F5	1º	60	1,86 ± 0,66	145,41	χ2=5,249
	2º	70	1,89 ± 0,64	143,93	
	3º	70	1,72 ± 0,53	118,88	g.l.=3
	4º	68	1,79 ± 0,57	131,25	
					p =0,154 ns
F6	1º	60	2,17 ± 0,65	124,12	χ2=2,023
	2º	70	2,29 ± 0,68	143,28	
	3º	70	2,29 ± 0,52	134,03	g.l.=3
	4º	68	2,22 ± 0,70	135,11	
					p=0,568 ns

Pela aplicação do teste de Kruskal-Wallis, como $p>0,05$, aceitou-se a hipótese nula, concluindo-se que o nível de stresse dos estudantes é significativamente igual em todos os anos do curso, para todos os factores, com excepção para o factor 2, "Contacto com o sofrimento", com diferenças estatisticamente significativas, sendo que o nível de stresse diminui ao longo do curso de licenciatura.

2.4.4. Comparação do nível de stresse segundo o ano frequentado e o sexo

O gráfico 7 permite observar o nível de stresse segundo o ano do curso frequentado para o sexo feminino e para o sexo masculino.

Gráfico 7. Nível de stresse segundo o ano frequentado e o sexo



Pela visualização do gráfico 7, a evolução do nível de stresse varia em função do sexo dos estudantes. O nível de stresse dos estudantes do sexo feminino tem tendência a diminuir com o ano frequentado, enquanto o nível de stresse dos estudantes do sexo masculino tende a aumentar do 1º para o 4º ano. Assim, é de todo interesse verificar se existe uma interacção entre o sexo e o ano frequentado, aplicando o teste MANOVA (tabela 23) e enunciado as seguintes hipóteses:

H_5 (0): Não existe interacção entre o sexo e o ano frequentado;

H_5 (a): Existe interacção entre o sexo e o ano frequentado.

Tabela 23. Teste da Manova para estudar a interacção entre o sexo e a idade

Factores	F	g.l.	P
F1	2,221	3	0,086 ns
F2	1,521	3	0,209 ns
F3	1,306	3	0,273 ns
F4	1,669	3	0,174 ns
F5	1,789	3	0,150 ns
F6	0,723	3	0,539 ns

Pela aplicação do teste MANOVA, como $p>0,05$, aceitou-se a hipótese nula e concluiu-se que não existe interacção significativa entre o sexo e o ano frequentado.

2.5. Análise por item das situações de stresse por ano de licenciatura e sexo

Seguidamente, analisaram-se as 41 situações de stresse, descritas na escala *KEZKAK*, relativamente ao nível de stresse em cada ano do curso de licenciatura, identificando, também, as situações que geram maior intensidade de stresse por sexo.

2.5.1. Análise por item das situações de stresse por ano de licenciatura

A análise da tabela 24 foi realizada em duas etapas. Na primeira etapa, procurou-se detectar as dez situações mais indutoras de stresse em cada ano do curso e, na segunda parte, comparou-se a pontuação obtida em cada item para os quatro anos de licenciatura e verificar se existem ou não diferenças significativas.

Como se pode constatar na tabela 24, dos 41 itens, a maioria apresenta uma pontuação média superior ou igual a 1.5, valor a partir do qual se considera que a situação enunciada é geradora de stresse. As pontuações médias de cada item permitem identificar as situações mais stressantes, de forma global, nos quatro anos da licenciatura.

Assim, no que diz respeito às situações mais indutoras de stresse, nos estudantes do 1º ano, são por ordem decrescente: "Fazer mal o meu trabalho e prejudicar o doente/utente" (item 2; 2,50), "Picar-se com uma agulha infectada" (item 15; 2,43), "Causar dano físico ao doente/utente" (item 6; 2,43), "Confundir a medicação" (item 16; 2,35), "Sentir que não posso ajudar o doente/utente" (item 3; 2,28), "Causar dano psicológico ao doente/utente" (item 4; 2,23), "A importância da minha responsabilidade no cuidado do doente/utente" (item 22; 2,22), "Não saber como responder às expectativas do doente/utente" (item 5; 2,18), "Deparar-me com alguma situação sem saber o que fazer" (item 20; 2,18) e "Receio de errar" (item 17; 2,17).

Tabela 24. Comparação das pontuações de cada item segundo o ano do curso de licenciatura frequentado

Item	1º ANO	2º ANO	3º ANO	4º ANO	χ2	g.l.	P
Item 1	2,00	1,89	1,89	2,21**[5º]**	7,211	3	0,065 ns
Item 2	2,50**[1º]**	2,59**[1º]**	2,59**[1º]**	2,54**[1º]**	0,956	3	0,812 ns
Item 3	2,28**[5º]**	2,37**[4º]**	2,23**[6º]**	2,19**[7º]**	4,598	3	0,204 ns
Item 4	2,23**[6º]**	2,21**[7º]**	2,27**[5º]**	2,19**[8º]**	0,890	3	0,828 ns
Item 5	2,18**[8º]**	2,04	2,13**[8º]**	1,99	3,400	3	0,334 ns
Item 6	2,43**[3º]**	2,34**[5º]**	2,47**[4º]**	2,38**[3º]**	0,756	3	0,860 ns
Item 7	2,00	1,89	1,87	1,93	1,613	3	0,657 ns
Item 8	1,92	1,54	1,57	1,51	10,689	3	0,014 *
Item 9	1,83	1,66	1,71	1,79	2,161	3	0,540 ns
Item 10	1,65	1,53	1,36	1,44	5,881	3	0,118 ns
Item 11	1,22	1,16	1,09	1,15	1,024	3	0,795 ns
Item 12	1,83	1,87	1,79	1,93	1,114	3	0,774 ns
Item 13	2,05	2,09**[10º]**	2,17**[7º]**	2,18**[9º]**	0,988	3	0,804 ns
Item 14	2,08	1,97	1,70	1,75	13,408	3	0,004 **
Item 15	2,43**[2º]**	2,50**[3º]**	2,59**[2º]**	2,44**[2º]**	2,175	3	0,537 ns
Item 16	2,35**[4º]**	2,51**[2º]**	2,50**[3º]**	2,35**[4º]**	3,030	3	0,387 ns
Item 17	2,17**[10º]**	2,06	2,11**[9º]**	2,13**[10º]**	0,674	3	0,879 ns
Item 18	1,87	1,76	1,44	1,31	16,330	3	0,001 **
Item 19	1,65	1,73	1,59	1,41	5,835	3	0,120 ns
Item 20	2,18**[9º]**	2,06	1,99	2,06	2,884	3	0,410 ns
Item 21	1,52	1,33	1,13	1,16	8,307	3	0,040 *
Item 22	2,22**[7º]**	2,23**[6º]**	2,11**[10º]**	2,19**[6º]**	2,117	3	0,549 ns
Item 23	1,73	1,81	1,74	1,85	0,957	3	0,812 ns
Item 24	1,37	1,56	1,34	1,35	3,293	3	0,349 ns
Item 25	1,88	2,11**[8º]**	1,71	1,90	11,277	3	0,010 *
Item 26	1,85	2,07	1,90	1,91	2,962	3	0,398 ns
Item 27	1,73	1,66	1,33	1,47	10,989	3	0,012 *
Item 28	1,93	1,87	1,61	1,53	11,039	3	0,012 *
Item 29	2,03	1,99	1,97	1,93	1,295	3	0,730 ns
Item 30	1,30	1,43	1,16	1,34	3,388	3	0,336 ns
Item 31	1,68	1,59	1,51	1,47	2,567	3	0,463 ns
Item 32	2,13	1,76	1,66	1,65	16,870	3	0,001 **
Item 33	1,30	1,33	1,14	1,09	6,914	3	0,075 ns
Item 34	1,42	1,49	1,36	1,35	0,902	3	0,825 ns
Item 35	1,18	1,27	1,31	1,44	3,699	3	0,296 ns
Item 36	1,78	2,04	1,71	1,81	6,458	3	0,091 ns
Item 37	1,33	1,47	1,36	1,46	0,965	3	0,810 ns
Item 38	1,75	1,73	1,70	1,78	0,550	3	0,908 ns
Item 39	1,62	1,51	1,37	1,43	3,407	3	0,333 ns
Item 40	1,55	1,83	1,71	1,76	2,945	3	0,400 ns
Item 41	1,95	2,11**[9º]**	1,94	1,91	2,467	3	0,481 ns

Em relação ao 2º ano, as situações mais indutoras de stresse são por ordem decrescente, "Fazer mal o meu trabalho e prejudicar o doente/utente" (item 2; 2,59), "Confundir a medicação" (item 16; 2,51), "Picar-se com uma agulha infectada" (item 15; 2,50), "Sentir que não posso ajudar o doente/utente" (item 3; 2,37), "Causar dano físico ao doente/utente" (item 6; 2,34), "A importância da minha responsabilidade no cuidado do doente/utente" (item 22; 2,22), "Causar dano psicológico ao doente/utente" (item 4; 2,23), "A relação com o enfermeiro orientador da prática clínica" (item 25; 2,11), "As diferenças entre o que aprendemos na escola e o que vemos na prática" (item 41; 2,11) e "Contagiar-me, sendo a fonte de contágio doente/utente" (item 13; 2,09).

No que diz respeito aos estudantes do 3º ano, as principais situações indutoras de stresse são por ordem decrescente, "Fazer mal o meu trabalho e prejudicar o doente/utente" (item 2; 2,59), "Picar-se com uma agulha infectada" (item 15; 2,59), "Confundir a medicação" (item 16; 2,50), "Causar dano físico ao doente/utente" (item 6; 2,47), "Causar dano psicológico ao doente/utente" (item 4; 2,27), "Sentir que não posso ajudar o doente/utente" (item 3; 2,23), "Contagiar-me, sendo a fonte de contágio doente/utente" (item 13; 2,17), "Não saber como responder às expectativas do doente/utente" (item 5; 2,13), "Deparar com alguma situação sem saber o que fazer" (item 20; 2,11) e "A importância da minha responsabilidade no cuidado do doente/utente" (item 11; 2,22).

Por último, no que toca aos estudantes do 4º ano, as principais situações indutoras de stresse, são "Fazer mal o meu trabalho e prejudicar o doente/utente" (item 2; 2,54), "Picar-se com uma agulha infectada" (item 15; 2,44), "Causar dano físico ao doente/utente" (item 6; 2,38), "Confundir a medicação" (item 16; 2,35), "Não me sentir integrado na equipa de trabalho" (item 1; 2,21), "A importância da minha responsabilidade no cuidado do doente/utente" (item 22; 2,19), "Sentir que não posso ajudar o doente/utente" (item 3; 2,19), "Causar dano psicológico ao doente/utente" (item 4; 2,19), "Contagiar-me, sendo a fonte de contágio doente/utente" (item 13; 2,18) e "Receio de errar" (item 17; 2,13).

Assim, da análise global verifica-se que as principais razões indutoras de stresse são semelhantes nos quatro anos do curso, sendo que "Fazer mal o meu trabalho e prejudicar o doente/utente", relacionado com a falta de competência, é a situação que provoca muitíssimo stresse e que toma a posição dianteira em todos os anos do curso.

Em relação à segunda etapa e aplicando o teste de Kruskall-Wallis, com $p<0,05$, pode concluir-se que as preocupações dos estudantes não são significativamente iguais para os itens: "Afectarem-me as emoções do doente/utente" (item 8), "O doente que estava a melhorar comece a piorar" (item 14), "Ver morrer um doente/utente" (item 18), "Envolver-me demasiado com o doente/utente" (item 21), "A relação com o enfermeiro orientador da prática clínica" (item 25), "A relação com os colegas (estudantes de enfermagem)" (item 28) e "Realizar procedimentos que causam dor ao doente" (item

32), evidenciando-se, em quase todos itens, uma diminuição substancial do primeiro ano para o quarto ano do curso de licenciatura.

2.5.2. Análise por item das situações de stresse segundo o sexo dos estudantes

A análise aos dados da tabela 25 foi efectuada em duas etapas. Na primeira, procedeu-se ao reconhecimento das dez situações mais indutoras de stresse por sexo. Na segunda parte, pretendeu-se comparar a pontuação de cada item por sexo e verificar se existem ou não diferenças significativas.

Tabela 25. Comparação das pontuações de cada item segundo o sexo dos estudantes

ITEM	MASCULINO	FEMININO	Z	P
Item 1	1,91	2,01	-0,596	0,551 ns
Item 2	2,44 **[1º]**	2,59 **[1º]**	-1,917	0,055 ns
Item 3	2,11 **[6º]**	2,31 **[5º]**	-1,487	0,137 ns
Item 4	2,13 **[5º]**	2,25 **[7º]**	-0,642	0,521 ns
Item 5	1,89	2,13 **[10º]**	-1,734	0,083 ns
Item 6	2,35 **[3º]**	2,42 **[4º]**	-0,611	0,541 ns
Item 7	1,84	1,94	-1.107	0,268 ns
Item 8	1,60	1,63	-0,256	0,798 ns
Item 9	1,56	1,79	-1,844	0,065 ns
Item 10	1,49	1,49	-0,006	0,995 ns
Item 11	0,98	1,19	-1,875	0,061 ns
Item 12	1,73	1,89	-1,169	0,243 ns
Item 13	2,07 **[8º]**	2,14 **[9º]**	-0,423	0,672 ns
Item 14	1,78	1,89	-0,786	0,432 ns
Item 15	2,38 **[2º]**	2,52 **[2º]**	-1,400	0,162 ns
Item 16	2,22 **[4º]**	**2,49 [3º]**	-2,253	0,024 *
Item 17	1,76	**2,21 [8º]**	-3,530	0,000 ***
Item 18	1,29	**1,66**	-2,686	0,007 **
Item 19	1,60	1,59	-0,094	0,925 ns
Item 20	2,09 **[7º]**	2,06	-0,104	0,917 ns
Item 21	1,11	1,32	-1,754	0,079 ns
Item 22	1,89	**2,26 [6º]**	-3,359	0,001 **
Item 23	1,62	1,83	-1,843	0,065 ns
Item 24	1,40	1,41	-0,163	0,871 ns
Item 25	1,71	1,95	-1,936	0,053 ns
Item 26	1,87	1,95	-0,704	0,482 ns
Item 27	1,47	1,56	-0,663	0,507 ns
Item 28	1,71	1,74	-0,108	0,914 ns
Item 29	1,78	2,03	-1,877	0,060 ns
Item 30	1,20	1,33	-1,166	0,244 ns
Item 31	1,49	1,58	-0,773	0,440 ns
Item 32	1,62	1,83	-1,719	0,086 ns
Item 33	1,27	1,20	-0,616	0,538 ns
Item 34	1,04	**1,50**	-3,846	0,000 ***
Item 35	1,31	1,31	-0,104	0,917 ns
Item 36	1,96 **[10º]**	1,81	-1,221	0,222 ns
Item 37	1,24	1,45	-1,878	0,060 ns
Item 38	1,42	**1,82**	-2,928	0,003 **
Item 39	1,24	**1,54**	-2,136	0,033 *
Item 40	1,38	**1,81**	-2,922	0,003 **
Item 41	2,00 **[9º]**	1,98	-0,427	0,669 ns

As principais situações indutoras de stresse para os estudantes do sexo masculino, são "Fazer mal o meu trabalho e prejudicar o doente/utente" (item 2; 2,44), "Picar-se com uma agulha infectada" (item 15; 2,38), "Causar dano físico ao doente/utente" (item 6; 2,35) "Confundir a medicação" (item 16; 2,22), "Causar dano psicológico ao doente/utente" (item 4; 2,13), "Sentir que não posso ajudar o doente/utente" (item 3; 2,11), "Envolver-me demasiado com o doente/utente" (item 20; 2,07), "Contagiar-me, sendo a fonte de contágio doente/utente" (item 13; 2,07), "As diferenças entre o que aprendemos na escola e o que vemos na prática" (item 41; 2,00) e "Receber ordens contraditórias" (item 36; 1,96).

Quanto ao sexo feminino, as principais situações indutoras de stresse, são "Fazer mal o meu trabalho e prejudicar o doente/utente" (item 2; 2,59), "Picar-se com uma agulha infectada" (item 15; 2,52), "Causar dano físico ao doente/utente" (item 6; 2,49), "Confundir a medicação" (item 16; 2,42), "Sentir que não posso ajudar o doente/utente" (item 3; 2,31), "A importância da minha responsabilidade no cuidado do doente/utente" (item 22; 2,26), "Causar dano psicológico ao doente/utente" (item 4; 2,25), "Receio de errar" (item 17; 2,21), "Contagiar-me, sendo a fonte de contágio doente/utente" (item 13; 2,14) e "Não saber como responder às expectativas do doente/utente" (item 5; 2,13).

Pelos dados obtidos, verifica-se que as quatro principais situações indutoras de stresse são as mesmas em ambos os sexos, nomeadamente "Fazer mal o meu trabalho e prejudicar o doente/utente", "Picar-se com uma agulha infectada", "Causar dano físico ao doente/utente" e "Confundir a medicação".

Em relação à segunda etapa e aplicando o teste de Mann-Whitney, como $p<0,05$, pode observar-se que existem diferenças significativas nos níveis de preocupação quando comparados os dois géneros, nomeadamente nas situações relacionadas com "Confundir a medicação" (item 16), "Receio de errar" (item 17), "Ver morrer um doente/utente" (item 18), "A importância da minha responsabilidade no cuidado do doente/utente" (item 22), "Trabalhar com doentes/utentes agressivos" (item 34), "Não encontrar o médico quando a situação requer a sua presença" (item 38), "Estar com um doente terminal" (item 39) e "Que o doente/utente toque certas partes do meu corpo" (item 40), em que os estudantes do sexo feminino apresentam níveis de preocupação

significativamente superiores aos estudantes do sexo masculino em todos itens mencionados.

3. CONCLUSÕES

O principal objectivo da abordagem quantitativa nesta pesquisa, foi identificar as principais situações e factores de stresse a que estão sujeitos os estudantes de enfermagem no ensino clínico. Cumulativamente, pretendeu-se aprofundar o conhecimento sobre a relação entre os stressores identificados e o género e idade dos estudantes, bem como a sua expressão ao longo do curso.

A amostra é composta maioritariamente por estudantes do género feminino (79,5% versus 20,5%), com uma média de idades de 20,9 anos (dp=2,0 anos) e uma idade mínima e máxima de, respectivamente, 18 e 32 anos.

A análise da estrutura relacional das 41 situações do questionário *KEZKAK* foi levada a efeito através da análise factorial exploratória sobre a matriz de correlações, com extracção dos factores pelo método das componentes principais, seguida de rotação pela variância máxima (varimax). A análise factorial exploratória convergiu para uma solução com 6 factores que explicam no total 55,7% da variância, e explicando cada um deles, por ordem de importância, 30,9%, 8,5%, 5,0%, 4,3%, 3,9% e 3,1%. Esta estrutura afasta-se da original que comportava 9 factores, no entanto, é a que melhor se adapta aos dados da amostra para este estudo. Em consonância com a distribuição dos pesos factoriais das questões em cada uma das componentes principais, os factores foram designados, respectivamente, por ***falta de competência***, ***contacto com o sofrimento***, ***relação com o doente e sobrecarga de trabalho***, ***impotência/incerteza***, ***relação com os professores/supervisores e colegas***, e ***ser magoado na relação com o doente***.

A consistência interna global do questionário, medida com recurso ao coeficiente de consistência interna *alpha* de *Cronbach* foi de 0,942, e a dos factores variaram entre um mínimo de 0,767 e um máximo de 0,909.

A análise da validade convergente/discriminante dos itens resultou em taxas de êxito bastante elevadas para todos os itens da escala. Deste modo, considerou-se que o questionário *KEZKAK* apresenta propriedades psicométricas bastante boas.

Através dos dados obtidos, foi possível verificar que todos os factores de stresse que compunham a escala de avaliação de stresse estão presentes com valores elevados ao longo dos quatro anos do CLE. Os factores considerados mais stressantes pelos estudantes foram, "***ser magoado na relação com o doente"*** e "***falta de competência"***, e os que revelaram menos preocupação por parte dos estudantes foram, "***contacto com o sofrimento"*** e "***relação com o doente e sobrecarga de trabalho"***.

Com o desenvolvimento deste estudo, constatou-se que todos os factores de stresse apresentavam níveis mais elevados nos estudantes que frequentavam o primeiro ano, cujas razões explicativas podem advir da fase de aprendizagem no ensino clínico e como tal o primeiro contacto com experiências novas e desconhecidas.

A influência do género é significativa, genericamente, nos factores ***falta de competência***, ***contacto com o sofrimento*** e ***impotência/incerteza,*** obtendo os estudantes do sexo feminino valores médios superiores aos do sexo masculino, o que indica que estes factores são geradores de níveis de stresse mais elevados no género feminino. Em resultado destas constatações, pode considerar-se que, tendo em conta a fase desenvolvimental em que os estudantes se encontram, os elementos do sexo feminino apresentam menos auto-confiança do que o sexo masculino na abordagem às situações vivenciadas durante a prática clínica. Fruto de uma maturidade mais precoce, as estudantes preocupam-se e sentem-se mais pressionadas do que os seus colegas do sexo masculino. A observância deste resultado deve ser incorporado no planeamento e acompanhamento das actividades inerentes ao processo de supervisão pedagógica nos diferentes ensinos clínicos do CLE, devendo as estratégias de aprendizagem dirigidas aos estudantes do sexo feminino ter em consideração a sua maior sensibilidade pessoal.

Ao comparar as situações stressantes no respeitante aos itens da escala *KEZKAK*, em função do género dos estudantes, as diferenças estatisticamente significativas foram relativas a: ***Confundir a medicação, Receio de errar***; ***Ver morrer um doente/utente, A importância da minha responsabilidade no cuidado do doente/utente, Trabalhar com***

doentes/utentes agressivos, ***Não encontrar o médico quando a situação requer a sua presença***, ***Estar com um doente terminal***, e ***Que o doente/utente toque certas partes do meu corpo***, mostrando o sexo feminino valores mais elevados em todas as situações mencionadas.

Quanto à comparação das pontuações obtidas em cada factor, segundo os anos, a análise das prováveis diferenças entre os anos curriculares revelou diferenças significativas nos níveis de preocupação quanto factor ***contacto com o sofrimento*** ($\chi^2(3)=10{,}454$, $p=0{,}015$). O valor médio deste factor decresce à medida que os estudantes vão progredindo na sua formação, a razão pode ser sustentada na estrutura curricular que, através de um maior aporte de conhecimentos teóricos e um maior número de experiências nos diferentes ensinos clínicos, vai habilitando-os para uma melhor compreensão do sofrimento e das necessidades específicas das pessoas que cuidam, sem que o seu desempenho lhes desencadeie sofrimento.

Centrando-se na análise de cada uma das situações stressantes e no possível efeito do ano curricular que os estudantes frequentam, constatou-se que existem diferenças significativas, sendo que os estudantes do primeiro ano do curso apresentam valores mais elevados: ***Afectarem-me as emoções do doente/utente***, tendo os estudantes do quarto ano valores mais baixos**;** ***o doente que estava a melhorar comece a piorar***, tendo os estudantes do terceiro ano valores mais baixos; ***Ver morrer um doente/utente***, tendo os estudantes do quarto ano valores mais baixos; ***Envolver-me demasiado com o doente/utente***, obtendo os estudantes do terceiro ano valores mais baixos. Quanto à situação **"*A relação com o enfermeiro orientador da prática clínica***, os estudantes do segundo ano evidenciam valores mais elevados e os estudantes do terceiro ano valores mais baixos; ***Estar com a família do doente quando este está moribundo***, obtendo os estudantes do primeiro ano valores mais elevados e os estudantes do terceiro ano valores mais baixos; ***A relação com os colegas***, obtendo os estudantes do primeiro ano valores mais elevados e os do quarto ano valores mais baixos e ***"Realizar procedimentos que causam dor ao doente"***, com os estudantes do primeiro ano a apresentarem valores mais elevados e os estudantes do quarto ano valores mais baixos.

Uma das vantagens da escala *KEZKAK* decorre de se considerar o stresse na perspectiva dos estudantes e, nesse sentido, os resultados obtidos permitem confirmar que esta

escala constitui um bom instrumento para estudar o nível de stresse nas situações de ensino clínico. A sua utilização despertou-nos para a necessidade de conceber e implementar estratégias durante o ensino clínico que visem reforçar os mecanismos de *coping* dos estudantes e fomentar a aquisição de competências para progressivamente enfrentarem as situações de stresse desde o primeiro ensino clínico. A aprendizagem destas competências pode ser uma mais valia para a qualidade de vida dos estudantes, para o futuro exercício profissional e certamente contribuirá para melhorar a qualidade dos cuidados de enfermagem.

CAPÍTULO II – ABORDAGEM QUALITATIVA DO ESTUDO

1. METODOLOGIA

Os aspectos metodológicos apresentados neste capítulo visam a procura de esclarecimentos que fundamentem os objectivos do estudo. Assim, são abordadas as decisões metodológicas adoptadas e a fundamentação e procedimentos da opção de *focus group.*

1.1. Justificação, objecto e objectivos do estudo

Pela revisão de literatura efectuada, constatou-se que o ensino de enfermagem tem sofrido uma evolução constante ao longo dos tempos. O progressivo aumento da escolaridade exigida para o acesso ao curso de enfermagem e, consequentemente, a integração das escolas de enfermagem no sistema educativo nacional e a sua transformação em escolas de ensino superior, permitiram uma autonomia a vários níveis: administrativa, financeira, científica e pedagógica, o que tem sido muito importante, não só para o ensino, mas também para a própria profissão.

Todavia, apesar destes avanços, o processo de aprendizagem dos estudantes no ensino clínico tem sido objecto de estudo em várias vertentes desta componente curricular e

continua a revestir-se de grande complexidade pelas suas múltiplas dimensões, mantendo-se como um permanente desafio, tanto para os estudantes como para enfermeiros e docentes.

Um dos principais papéis dos docentes de enfermagem é o de acompanhar os estudantes durante o ensino clínico, enquanto processo de formação que aqueles têm que desenvolver no seu percurso de aquisição de competências, para se tornarem enfermeiros de cuidados gerais. Sendo este, também, o nosso papel, procurou-se realizar um estudo sobre as vivências e experiências da prestação de cuidados dos estudantes de enfermagem, durante o ensino clínico, para a compreensão em maior profundidade destas experiências/vivências; isto levou a optar-se pela utilização da metodologia qualitativa que, não procurando os seus elementos mais quantificáveis, permite enriquecer a compreensão do fenómeno com uma variedade de perspectivas que traduzem a realidade, integrando-as na construção de conhecimento, o que se revela útil para a prática clínica dos estudantes de enfermagem e, por conseguinte, para a própria enfermagem. Permite, segundo De La Cuesta Benjumea (2006), a ampliação do conhecimento sobre os significados, experiências e processos para uma melhor compreensão do mundo que nos rodeia.

Assim, na consideração das diferentes escolhas metodológicas, pensou-se que uma abordagem do tipo fenomenológico, descritivo e transversal, permitisse uma aproximação global das situações socioprofissionais para as descrever e compreender, partindo do conhecimento dos estudantes e sabendo que estes se comportam e interactuam com os outros membros no seu contexto socioprofissional, com base no conhecimento que têm de si mesmos e da realidade do contexto de formação.

A opção assumida de não se pretender conduzir uma investigação de algum modo universalizante, em benefício de uma investigação mais próxima do estudo de caso, remete para uma delimitação do objecto de estudo em função de factores mais de natureza quase pessoal do que em função de critérios pretensiosamente representativos.

O principal objectivo deste estudo consistiu em conhecer as opiniões dos estudantes de enfermagem sobre a aprendizagem no ensino clínico, na tentativa de contribuir para a

definição de estratégias que optimizem a formação inicial neste contexto, sendo o objecto de estudo a aprendizagem dos cuidados de enfermagem.

A opção de recorrer à metodologia qualitativa levou a eleger as entrevistas em grupos de discussão, de foco ou *focus group* como instrumentos de colheita de dados, com o propósito de nortear a discussão cuja finalidade era propiciar um estudo mais produtivo e orientado para os objectivos.

No sentido de orientar esta abordagem da investigação, impõe-se a necessidade de explicitação da pergunta de partida que, segundo Quivy e Campenhoudt (1992), permite ao investigador "exprimir o mais exactamente possível, o que procura saber, elucidar, compreender melhor" (p. 30). As questões que nortearam as entrevistas foram orientadas e dirigidas para a pergunta de partida: "Serão os ensinos clínicos do CLE considerados pelos estudantes verdadeiros contextos promotores da aprendizagem dos cuidados de enfermagem?".

Neste sentido, formulou-se um conjunto de questões orientadoras que se configuram como um contributo para um melhor conhecimento e compreensão do problema e que se passam a indicar:

- Qual a satisfação dos estudantes em relação ao seu percurso de formação?
- Quais os conteúdos de aprendizagem valorizados pelos estudantes no ensino clínico?
- Quais os factores que, na opinião dos estudantes, influenciam a aprendizagem?
- Quais as situações consideradas preocupantes pelos estudantes durante o ensino clínico?
- Consideram que existem situações geradoras de stresse no ensino clínico?
- Que tipo de recursos mobilizam os estudantes para ultrapassar as dificuldades?
- Quais as necessidades percepcionadas pelos estudantes no ensino clínico?
- Quais as expectativas dos estudantes em relação ao ensino clínico?

Tipicamente, uma entrevista de *focus group* inclui aproximadamente doze questões, as quais poderão ser de vários tipos, cada um com uma propósito próprio (Krueger, 1994). Dada a abrangência das questões foco de discussão, neste estudo optou-se por reduzir ao número de questões.

Foi diante da relevância sócio-educativa da aprendizagem no ensino clínico que se definiu como finalidade conhecer as práticas, as representações e as estratégias identitárias que os estudantes valorizam e identificar, do seu ponto de vista, o tipo de mudança produzida pela formação durante o ensino clínico. Assim, será possível fornecer contributos para o desenvolvimento de uma estratégia mais eficaz de formação inicial na prática clínica, pelo que considera-se que qualquer estudo nesta área é sempre pertinente e pode trazer mais valias para melhorar esta etapa na formação dos estudantes de enfermagem.

1.2. *Focus group*: fundamentação e procedimentos

Como já referido, para a colheita de dados optou-se pelas entrevistas de *focus group*, também conhecidas por grupos de discussão ou grupos focalizados. Com base na classificação proposta por Morgan (1988, 1997), o *focus group,* neste estudo, foi considerado de duas formas: como técnica associada a outros métodos, visto que a identificação dos factores de stresse é também efectuada através da utilização de uma escala, com recurso a uma abordagem quantitativa; mas considerou-se também o *focus group* como principal fonte de dados, por revelar aspectos oriundos dos processos de interacção grupal, em que se conseguem dados que permitem conhecer as vivências/experiências dos estudantes de enfermagem em situações de aprendizagem no ensino clínico.

Sob esta óptica, o *focus group* apresenta carácter exploratório, voltado para a compreensão das dimensões subjectivas dos estudantes, acerca da sua aprendizagem no ensino clínico. Esta técnica qualitativa prevê a obtenção de dados por meio de discussões em grupo, nas quais cada participante expressa a sua percepção, as suas opiniões, os seus valores, as suas atitudes e as representações que tem acerca do ensino clínico com a finalidade de ouvir as opiniões e experiências de cada participante.

Krueger (1991), destaca como características mais marcantes neste tipo de entrevistas, o envolvimento dos participantes e a homogeneidade dos mesmos quanto aos aspectos de interesse para gerar dados de natureza qualitativa, de acordo com os objectivos definidos.

A opção pelo tipo de entrevistas de *focus group* resultou, fundamentalmente, de três ordens de razão. Primeiro, pela curiosidade por esta técnica de entrevista e porque já havia informação suficiente para se definir de modo contextualizado os objectivos e os tópicos orientadores da entrevista. Segundo, porque os objectivos e tópicos orientadores permitem a sequencialização do caminho percorrido de acordo com a especificidade do CLE na instituição e as características pessoais e discursivas dos estudantes. Terceiro, pela intenção recolher junto de todos os entrevistados um conjunto de informações relativas aos mesmos tópicos.

1.3. Planeamento

O primeiro passo de todo o processo relacionado com o *focus group* é o planeamento geral, cujo sucesso depende de uma cuidadosa preparação e tem como objectivo antecipar as grandes decisões (Morgan, 1998a; Beyea & Nicoll, 2000; Harvey-Jordan & Long, 2002).

O processo de planeamento pressupôs a definição dos objectivos do estudo, sujeitos empíricos, instrumento de recolha de dados e respectivo local, equipa de colaboradores, recrutamento dos grupos, incentivos à participação dos estudantes e ainda recursos de natureza técnica inerentes à investigação.

A aprovação do estudo foi solicitada junto da direcção da ESEnfVR, tendo sido aprovado por este órgão ***(Anexo II)***.

Os participantes neste estudo eram estudantes da referida escola. O estudo foi planeado de Janeiro a Maio de 2008 e os dados foram recolhidos no período próximo do final do ensino clínico e estágio, nos meses de Junho a Julho de 2008. As duas reuniões para as entrevistas do *focus group* foram planeadas para o mesmo dia, para maximizar os recursos de gravação vídeo.

a) Recrutamento

O recrutamento é um processo sistemático fundamental para evitar o fracasso desta técnica (Morgan, 1998b). Assim, houve a preocupação de se convidarem mais participantes do que o necessário, de modo a garantir o número suficiente de estudantes para realizar o *focus group*.

A população-alvo era constituída por estudantes de enfermagem. A limitação temporal, para a realização deste estudo, levou a seleccionar um grupo de estudantes do 3º e 4º anos do CLE submetidos ao ensino clínico na instituição onde desenvolvemos a nossa actividade profissional. Dado que o método de investigação qualitativa a utilizar visa obter uma compreensão ampla do fenómeno, a amostra obedeceu aos critérios de *focus group*.

A literatura indica que cada *focus group* seja composto entre seis e doze participantes, não excedendo cinco grupos por projecto de investigação (Morgan, 1997). As experiências deste método mostram que grupos acima de doze pessoas inibem e reduzem as possibilidades de participação de todos os participantes; grupos com menos de oito tendem a ser menos dinâmicos, crescendo a possibilidade de que apenas alguns participantes dominem a reunião (Mattar, 1993).

Para a selecção dos estudantes, recorreu-se à sala de aula do 3º e 4º anos do CLE onde os estudantes se encontravam em reunião intercalar de ensino clínico, pedindo a colaboração aleatória e voluntária de seis rapazes e dez raparigas de cada ano. Embora para este estudo só fossem necessários vinte e quatro estudantes de enfermagem, distribuídos por dois grupos de doze participantes, pediu-se a colaboração de mais um elemento de cada sexo, por ano, na eventualidade de alguém necessitar de faltar.

Dos estudantes que se ofereceram para participar foram seleccionados aleatoriamente doze estudantes, oito estudantes do sexo feminino e quatro estudantes do sexo masculino da turma do 3º ano, e o mesmo número e a mesma distribuição por sexos do 4º ano, ficando os restantes como suplentes.

Esta escolha relativamente ao género e ao ano foi deliberada para que a composição do *focus group* tivesse uma representação aproximada da realidade global da escola e para permitir a identificação e a compreensão das diferenças de percepção sobre o tema. A escolha por estudantes do 3º e 4º anos deveu-se a várias razões: a vivência de um conjunto amplo de ensinos clínicos relacionados com o desenvolvimento do plano de estudos da ESEnfVR, que tem por base o ciclo de vida (a criança/adolescente; adulto/idoso); a experiência de prestação de cuidados de enfermagem em diferentes contextos (cuidados de saúde primários, cuidados de saúde diferenciados, rede de cuidados continuados, lares de idosos…); e a última fase do percurso formativo perspectivar uma maior participação dos estudantes e uma atitude crítico-reflexiva sobre o seu percurso de desenvolvimento profissional.

A entrevista de *focus group* realiza-se geralmente com pessoas desconhecidas, embora este não seja um pré-requisito. Às vezes, o facto de as pessoas se conhecerem e existir uma certa familiaridade é bastante positivo, quando se deseja partilhar algo que é comum a todo o grupo, como é o caso do presente estudo (Krueger, 1998a).

As entrevistas decorreram numa sala de aulas voltada para um jardim, em ambiente agradável, descontraído, de modo a encorajar a participação dos estudantes (Mattar, 1993). Na escolha do local, foram considerados alguns aspectos, tais como a fácil localização da sala, voltada para um local onde não circulam pessoas, de modo a não propiciar distracções externas, a sala ser espaçosa de modo a facilitar a adequada disposição dos participantes.

Os estudantes foram acomodados à volta de uma mesa, dispostos na forma de "U", com o entrevistador/moderador e entrevistador assistente ou co-moderador sentados à cabeceira, de frente para os participantes. Foi distribuída uma folha branca, para que cada estudante escrevesse o seu nome com letras bem visíveis para os outros. Como a sessão foi filmada, a câmara e o *cameramen* ficaram dispostos atrás da moderadora e da co-moderadora.

A gravação vídeo foi a principal forma de obtenção dos dados, por isso houve necessidade de assegurar a sua qualidade. A utilização de vídeo apresenta vantagens e

desvantagens, mas o seu principal propósito é a identificação de quem está a falar e para quem (Morgan, 1988; Greenbaum, 1993; Krueger, 1994).

1.4. Entrevistas

Nas entrevistas, foi utilizado o guião construído para o efeito ***(Anexo III)***, composto por uma breve introdução e apresentação dos participantes, seguida de uma série de questões sobre os temas: nível de satisfação com o ensino clínico; conteúdos de aprendizagem em ensino clínico; factores que na opinião dos estudantes os influenciam a aprendizagem; situações geradoras de stresse no decurso do ensino clínico; recursos que os estudantes mobilizam para ultrapassar as dificuldades; necessidades detectadas no ensino clínico; expectativas dos estudantes relativamente ao ensino clínico.

As entrevistas foram agendadas previamente, fora do horário das actividades curriculares, sendo realizadas numa sala de aulas da escola preparada para o efeito. A restrição mais evidente ao conteúdo da entrevista é a duração da sessão entre uma e duas horas (Vichas, 1982; Parasuraman, 1986). A duração de cada *focus group* foi de aproximadamente duas horas, com intervalo de cerca de dez minutos para um pequeno lanche.

O focus group iniciou-se com o acolhimento dos estudantes, agradecendo-lhes o facto de terem aceite colaborar no estudo. Em seguida, foram feitas as apresentações da moderadora e da co-moderadora, relembrando os objectivos do estudo, procurando sempre enfatizar a importância da participação de todos.

No sentido de obter a confirmação da aceitação de participação no estudo, foi solicitada a assinatura do termo de consentimento a cada estudante, após todos os esclarecimentos sobre o estudo e as respostas às dúvidas manifestadas pelos participantes sobre alguns aspectos das entrevistas de *focus group.*

Seguidamente, reforçou-se a ideia de que não havia respostas certas ou erradas, apenas opiniões diferentes, todas válidas e muito importantes.

Foram feitos alguns esclarecimentos quanto a regras e considerações éticas que esta metodologia envolve, tais como:

- Necessidade de as entrevistas serem gravadas em vídeo e áudio;
- Garantia do anonimato e confidencialidade individual de toda a informação recolhida;
- Possibilidade de os estudantes escreverem nos identificadores, colocados nas mesas à sua frente, um pseudónimo, apelido, alcunha, ou *nickname*;
- Importância de intervir um de cada vez, no sentido de facilitar a compreensão das gravações;
- Esclarecimento do papel do moderador e do co-moderador, que é sobretudo a escuta activa e não a intervenção nas discussões;
- Sensibilização dos participantes para a sua intervenção activa, realçando a importância da opinião de todos;
- Possibilidade de, por vezes, se interromper o discurso de um participante, para dar oportunidade a outros menos interventivos, ou no caso de o assunto começar a desviar-se do âmbito dos objectivos do estudo;
- Colaboração voluntária e a não obrigatoriedade de resposta oral às perguntas, existindo a possibilidade de cada um escrever a sua opinião na folha disponibilizada;
- Informação aos participantes de que, caso se sentissem desconfortáveis poderiam abandonar a sala sem necessidade de justificar o seu acto.

Em seguida, optou-se por realizar uma actividade "quebra-gelo". Propôs-se aos estudantes que se entrevistassem dois a dois, fazendo perguntas de modo a caracterizar o colega para posteriormente o apresentar ao grupo, e que escrevessem, nos identificadores, o nome pelo qual os respectivos colegas gostariam de ser chamados. Nesta actividade, todos as participantes colaboraram activamente.

Ninguém mais estava presente no momento das sessões, para evitar interferências e distracções, sob a pena de a entrevista ficar totalmente prejudicada. Durante a reunião, foi servida água e a meio da cada entrevista, fez-se um intervalo de dez minutos, servindo-se bebidas, água, sumos, bolachas e alguns aperitivos, para acentuar e proporcionar o necessário clima de descontracção.

No decurso do *focus group*, as questões foram colocadas de modo informal, sendo necessário reforçar algumas delas com o objectivo de uma melhor compreensão e aprofundamento do foco da discussão. De forma geral, as entrevistas decorreram sem incidentes relevantes e os estudantes aderiram bastante bem ao que lhes era solicitado, mantendo-se muito interessados e participativos, demonstrando grande satisfação com a abordagem do tema e pelo facto de terem participado.

No final da reunião, foi efectuado um agradecimento formal à participação de cada estudante (Mattar, 1993) e distribuída uma caneta como presente de retribuição pela sua participação.

1.5. Análise de dados

A análise dos dados obtidos com o *focus group* é complexa, devido à extrema disparidade dos comentários obtidos, o que significa que qualquer um pode encontrar algo que seja convergente com seus próprios pontos de vista sobre o assunto. Para Aaker, Kumar e George (2001), um relatório eficiente de uma sessão de *focus group* deve captar toda a gama de impressões e observações, por isso as transcrições e a análise tornaram-se um trabalho lento. A análise deverá ser sistemática, verificável e focada no tópico de interesse e com nível de interpretação apropriado. Nesta fase, dever-se-á considerar as palavras e os seus significados, o contexto em que foram colocadas as ideias, a consistência interna, a frequência e a extensão dos comentários, a especificidade das respostas, e a importância de identificar as grandes ideias. Torna-se mais evidente a semelhança do *focus group* com outros métodos de pesquisa qualitativa, em virtude da inexistência de regras rígidas para a sua elaboração.

A partir da transcrição dos dados, obtida por meio de cópia rigorosa das expressões verbais obtidas do vídeo gravado, que se verificaram muito ricas, realizou-se a análise de conteúdo. Procurou-se reconstruir, com excertos de discursos individuais, os discursos que pareceram necessários para expressar as vivências dos estudantes sobre a sua aprendizagem da prestação de cuidados durante o ensino clínico. Observa-se que, apesar desta técnica envolver todo o grupo de estudantes, não se trata de obter a opinião do grupo, mas sim de cada um dos estudantes, num processo de confronto de

convergências, divergências e complementaridades, a fim de construir as categorias empíricas e articulá-las à categoria analítica.

O *corpus* de análise resultou da transcrição integral das entrevistas. O processo de análise dos dados do *focus group* pressupõe muitas estratégias e abordagens qualitativas, pelo que optou-se pela análise de conteúdo categorial. Durante o processo de análise seguiram-se algumas das orientações de Morgan (1998b) e Krueger (1998b), nomeadamente na especificidade da análise de uma entrevista de grupo.

Os dados obtidos nas entrevistas foram submetidos à técnica de análise temática de conteúdo. Com esta técnica, pretendeu-se descodificar o discurso expresso, efectuando o levantamento da frequência de palavras ou frases significantes. Como diz Berelson, cit. por Bardin (1991), a análise de conteúdo "é uma técnica de investigação que através de uma discrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações" (p. 36). Seguindo os passos propostos pela referida autora, procedeu-se à organização do material realizando uma leitura "flutuante" a fim de tomar conhecimento do conteúdo das informações. Para ser objectiva, tal descrição exige uma definição precisa das categorias de análise, de modo a permitir que diferentes pesquisadores possam utilizá-las, obtendo os mesmos resultados. Para ser sistemática, é necessário que a totalidade de conteúdo relevante seja analisada com relação a todas as categorias significativas. A quantificação permite obter informações mais precisas e objectivas sobre a frequência da ocorrência das características do conteúdo.

A finalidade da análise de conteúdo seria, portanto, fazer inferências, através da procura de sentido na descrição das experiências dos estudantes. Das leituras exaustivas do conteúdo das entrevistas constituíram-se unidades de registo, que deram corpo às categorias, de acordo com os objectivos do estudo. A definição de categorias foi feita *à priori*, utilizando-se para o efeito um modelo de análise ***(Anexo IV)***, as subcategorias emergiram *à posteriori* e procurou-se que fossem exaustivas, representativas, homogéneas e pertinentes.

O objectivo da investigação é transformar a informação obtida junto dos participantes em algo que seja interpretável, que tenha significado para o investigador: as categorias

de análise. Neste sentido, são apresentados os dados e discutidas as questões que foram colocadas aos estudantes durante os *focus group*. Foram definidas sete categorias *à priori* e emergiram várias subcategorias que foram construídas para a análise dos dados. Com base nos resultados obtidos, procurou-se abordar nesta secção alguns dos principais pontos de discussão suscitados por este estudo. Iniciou-se esta discussão por algumas considerações mais abrangentes para, de seguida, se centrar sobre cada um dos objectivos enunciados anteriormente. Os dados disponíveis permitiram algumas reflexões e, apesar de discutidos separadamente os principais pontos emergentes da análise interpretativa, tem-se consciência de que estes se cruzam e se interrelacionam.

2. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Apresentam-se, nesta secção, os resultados e respectiva discussão a partir do material recolhido durante a realização da metodologia mencionada na secção anterior. Foram apresentados e discutidos, em primeiro lugar, os dados recolhidos através do questionário. Nesta parte, procede-se à apresentação e discussão dos resultados das entrevistas de *focus group*.

Depois de realizadas as entrevistas, os discursos foram transcritos e analisados segundo a análise de conteúdo, cujas categorias foram identificadas através de um modelo de análise construído para o efeito, baseado na problemática que emergiu da literatura consultada.

Ao constatar-se que as categorias eram muito abrangentes, optou-se pela elaboração de subcategorias, por forma a facilitar a compreensão das diversas unidades de registo, e transformaram-se as unidades de registo em indicadores. Os dados foram codificados, transformados e agregados em unidades de significação reveladores do fenómeno em estudo ***(Anexo V)***. A apresentação das categorias, subcategorias, indicadores e frequência absoluta das unidades de registo, referentes às categorias em análise, encontra-se organizada em quadros de análise, de forma a facilitar a compreensão dos dados. Desta forma, procurou-se descrever, agregar, analisar os dados e comparar os resultados encontrados com os esperados (Quivy & Campenhoudt, 1992).

Os resultados do estudo serão apresentados e simultaneamente discutidos, seguindo as categorias temáticas, definidas *à priori* e sobre os quais versaram as questões incluídas no guião. Deste modo, para cada categoria efectuou-se uma breve descrição e a análise dos dados que emergiram do discurso dos estudantes, de acordo com a ordem referida.

Com base nos resultados obtidos, aborda-se nesta secção alguns dos principais pontos de discussão que este estudo suscitou. Inicia-se esta discussão por algumas considerações mais abrangentes para, de seguida, se centrar em cada um dos objectivos enunciados anteriormente.

2.1. Caracterização dos participantes

A amostra da abordagem qualitativa do estudo recaiu sobre 12 estudantes do 3º ano e 12 estudantes do 4º ano do CLE, divididos em dois grupos mistos, constituídos por 6 estudantes do 3º ano e 6 estudantes do 4º ano, num total de 12 estudantes por entrevista de *focus group*. A amostra foi constituída pelo número de estudantes inicialmente previsto e foi planeada de acordo com as características do universo, aproximadamente um terço de estudantes do sexo masculino e dois terços do sexo feminino, que traduz o universo da instituição em estudo e vai de encontro a um estudo efectuado por Carapinheiro e Lopes (1997), cujos resultados indicaram que o sexo feminino constitui 81% da população de enfermagem, enquanto que o sexo masculino representa apenas 19%.

Na informação relativa à caracterização dos estudantes ***(Anexo VI)***, foram incluídas as seguintes variáveis: sexo, idade, naturalidade, com quem mora, com quem vive durante o ensino clínico e a avaliação do último ensino clínico. Cada um dos dois *focus group* foi constituído por 12 estudantes, perfazendo um total de 24 participantes, dos quais 8 (33%) eram do sexo masculino e 16 (67%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre 19 e 29 anos, e com a média de idades de 22 anos. A maioria dos estudantes pertence ao distrito de Vila Real e durante o curso e o período de ensino clínico vive com os pais. A maioria dos estudantes obteve na avaliação do último ensino clínico a classificação de muito bom. A caracterização sumária apresenta-se no quadro que se segue.

Quadro 3. Caracterização sumária dos estudantes que participaram no *focus group* do estudo

Estudantes	Sexo	Idade	Naturalidade	Com quem mora	Com quem vive durante o ensino clínico	Avaliação no ultimo ensino clínico
EA_1	Masculino	23	Penafiel	Pais e irmão	Colegas	Excelente
EA_2	Feminino	29	Vila real	Mãe e avó	Mãe e avó	Bom
EA_3	Feminino	21	Barcelos	Pais, 2 irmãos	Colegas	Muito bom
EA_4	Feminino	21	Vila Real	Pais, 2 irmãos e avó	Pais	Excelente
EA_5	Feminino	22	Vila Real	Pais e irmãos	Pais	Muito bom
EA_6	Masculino	22	Peso da Régua	Pais e irmão	Sozinho	Excelente
EA_7	Feminino	22	Esposende	Pais e irmão	Sozinha	Excelente
EA_8	Feminino	22	Ribeira de Pena	Mãe e Marido	Mãe e Marido	Muito Bom
EA_9	Feminino	21	Lisboa	Pais e irmã	Colegas	Excelente
EA_{10}	Masculino	21	Felgueiras - Porto	Pais e irmã	Sozinho	Muito bom
EA_{11}	Masculino	19	Vila Real	Pais e e irmã	Colegas	Bom
EA_{12}	Feminino	22	Vila real	Pais e irmã	Pais	Excelente
EB_1	Feminino	21	Vila Real	Pais	Pais	Muito Bom
EB_2	Feminino	20	Vila Real	Pais e irmãos	Pais	Muito Bom
EB_3	Feminino	21	Porto	Pais e irmãos	Colega de turma	Muito Bom
EB_4	Masculino	22	Angra Heroísmo	Pais	Colegas	Excelente
EB_5	Feminino	22	Porto	Pais e irmã	Colegas	Excelente
EB_6	Feminino	23	Vila Real	Pais	Pais	Muito Bom
EB_7	Feminino	21	Porto	Pais e irmã	Colegas	Muito Bom
EB_8	Masculino	22	Paços de Ferreira	Pais	Colegas	Excelente
EB_9	Masculino	20	Ribeira de Pena	Pais e irmã	Colegas	Muito Bom
EB_{10}	Feminino	19	Vila Real	Pais e irmã	Colegas	Bom
EB_{11}	Masculino	22	Vila Real	Pais e irmão	Pais	Muito Bom
EB_{12}	Feminino	22	Vila real	Pais e irmã	Pais	Muito bom

Após uma breve caracterização do grupo de estudantes que constituiu a amostra do estudo qualitativo, segue-se a apresentação dos dados obtidos das questões que orientaram a entrevista.

A análise das entrevistas foi feita, tendo por base as questões orientadoras. Os resultados apresentados foram agrupados nas respostas das categorias de análise previamente definidas. Contudo, decorrente dos discursos produzidos pelos estudantes e assegurando a relação dialéctica entre as categorias e o quadro teórico de referência, houve necessidade de reformular as subcategorias previamente definidas. Assim, os resultados que se apresentam de seguida têm em conta os objectivos das entrevistas com explicitação do quadro categorial que emergiu da opinião dos estudantes.

2.2. As entrevistas de *focus group*

Seguidamente procede-se à análise de alguns dos discursos produzidos pelos estudantes nas entrevistas de *focus group*.

2.2.1. Satisfação dos estudantes do CLE com a escola, o curso e o ensino clínico

Conforme a sequência indicada no título, será analisada cada uma das categorias relativas à satisfação com a escola, o curso e o ensino clínico, de forma a atingir o objectivo preconizado: conhecer o nível de satisfação dos estudantes do CLE com a escola, o curso e o ensino clínico.

Segundo Schleich, Righi, Polydoro e Santos (2006), o nível de satisfação do estudante relaciona-se com todas as a experiências de formação e também com aspectos mais específicos ligados à qualidade do ensino, ao currículo, relacionamento com os professores e colegas, às instalações e recursos. Deste modo, o nível de satisfação assume uma dimensão subjectiva expressa nas valorizações afectivas dos estudantes.

Assim, na categoria *"Satisfação dos estudantes"*, genericamente descrita no quadro 4, são agrupadas as respostas que mostram a diversidade de factores que causam satisfação e insatisfação com a escola, o curso de enfermagem e com o ensino clínico; procura-se encorpar as categorias com os excertos das opiniões dos estudantes que participaram neste estudo.

Quadro 4. Satisfação dos estudantes do CLE, com a escola, curso e ensino clínico

Categorias	Subcategorias
Satisfação com a escola	. Dimensão física . Dimensão afectiva . Dimensão social
Satisfação com o curso	. Plano de estudos . Características do curso
Satisfação com o ensino clínico	. Dimensão altruísta (apoio/carinho/cuidar) . Desenvolvimento de competências/capacidades . Contexto integrador da teoria/prática

Para melhor compreensão desta problemática, é importante apresentar os excertos das opiniões que enformam estas dimensões e dão consistência às diferentes subcategorias, que se passam a expor.

a) Nível de satisfação dos estudantes do CLE com a escola

A categoria relativa à *"Satisfação dos estudantes com a escola*" (instituição de ensino superior em estudo), leva a inferir três subcategorias, *"Dimensão física", "Dimensão afectiva"* e "*Dimensão social",* em resultado das opiniões proferidas pelos estudantes. Observam-se as diferentes percepções dos estudantes quanto à importância da escola nas suas vidas.

A subcategoria *"Dimensão física"* adveio de modo significativo com referência explícita pela maior parte dos estudantes, de que são exemplos os seguintes discursos:

> *"…quando cheguei aqui, eu senti que esta escola era mais pequena que a minha própria escola secundária, e isso no fundo é óptimo…".* (EA_3)

> *"É uma escola pequenina…".* (EA_1)

> *"Ser pequenina, é mais acolhedora".* (EA_{10})

> *"…parte física […] é espectacular! […] adoro este jardim […] é uma das coisas que mais gosto desta escola…".* (EA_9)

> *"…eu sinto-me melhor a estudar, a fazer qualquer coisa quando o ambiente ajuda".* (EA_9)

As percepções não variam muito entre os estudantes, sendo que a grande maioria considerou a escola pequena, mas um espaço físico acolhedor, sublinhando a relevância e importância dos espaços exteriores, sobretudo os jardins que a rodeiam. A opinião global é positiva relativamente às estruturas físicas, funcionalidade e adequação ao desenvolvimento e à promoção da aprendizagem, na perspectiva da consolidação do sucesso escolar face às exigências de um ensino de qualidade. Por outro lado, a dimensão física da escola potencia a interacção com os estudantes, professores e funcionários, proporcionando um ambiente de relação que promove a construção de uma identidade pessoal e profissional.

Relativamente a esta subcategoria, é de referir que 4 estudantes mencionaram alguma insatisfação, apontando como razões a distância física que separa a escola de enfermagem da universidade, de que são exemplo:

"...estarmos distanciados da UTAD também acho que pode influenciar negativamente…". (EA_8)

"...estar distanciada da UTAD, acho que também é uma desvantagem, estamos um bocado à parte […] muito afastados". (EA_{10})

Apesar desta escola estar integrada numa universidade, existe uma grande distância física entre as duas instituições. Esta distância não facilita a aproximação entre os estudantes de enfermagem e os dos restantes cursos desta universidade. Os mesmos referiram que a distância física da escola ao *campus* académico reflecte-se na vivência académica e na partilha de experiências, conhecimentos e oportunidades que consideram importantes e enriquecedores para o seu desenvolvimento pessoal, social e cultural.

A subcategoria *"Dimensão relacional"* impõe-se pela quantidade de registos que a constituem, e de que são exemplos os excertos seguintes:

"...vão ser pessoas que vão estar sempre na nossa memória, […] Estabelecemos uma relação muito diferente, muito próxima, quer com professores, quer com as pessoas que trabalham na escola…". (EA_5)

"...não contava que as relações entre professor e aluno fossem muito próximas…". (EA_4)

"...é uma relação muito próxima, é uma escola pequena…". (EA_{11})

"...a escola funciona mesmo como uma segunda casa, […] passamos mais tempo na escola […] do que em casa, é muito importante que nos sintamos bem…". (EA_{11})

"...Há uma relação assim tão próxima com os colegas, professores, […] as pessoas todas que estão dentro da escola […], pensava que ia ser uma coisa muito mais distante, muito mais impessoal…". (EB_5)

"...Estabelecemos uma relação muito diferente, muito próxima, quer com professores, quer com as pessoas que trabalham na escola". (EA_3)

"...uma relação mais próxima […] não tão distanciada como aquela do professor-aluno, […] os professores são bastante acessíveis […] cria-se uma relação não só de profissionais mas também de amizade, entre alunos, professores e funcionários, o que é bastante bom". (EA_2)

"...temos uma relação muito próxima entre alunos, […] professores e funcionários…" (EA_8);

"... sou de fora e senti-me bastante acolhido aqui". (EA_1)

"...normalmente as pessoas têm que ir estudar para fora [...] de onde moram, e portanto [...] este acolhimento que nós temos, [...] estarmos próximos uns dos outros, seja com professores, funcionários, com toda a gente, [...] é bastante importante, porque ajuda a que nós nos sintamos melhores e nos adaptemos melhor a outra realidade que é completamente diferente". (EA_1)

"...a escola ser pequena, foi muito mais fácil a integração, [...] sentimos que aqui se encontrou, [...], a família, uma nova família...". (EA_7)

"...começamos a sentir que esta é a nossa escola". (EA_7)

"...as pessoas tentam sempre ajudar-nos no que podem". (EB_9)

"...a escola tem um ambiente muito familiar, toda a gente se conhece". (EB_8)

"...toda a gente foi excelente comigo, [...] esta escola vai ficar marcada para mim durante muito e muitos anos". (EB_1)

"...se temos um problema ou [...] alguma coisa a tratar, podemo-nos dirigir a qualquer pessoa, [...] ela diz-nos, Vá, vamos [...] então resolver isso". (EA_{10})

A subcategoria *"Dimensão relacional"* é a mais robusta das três subcategorias que se configuraram nesta categoria. Na opinião de dezasseis estudantes, esta escola, pelo facto de ser pequena, facilita o processo de integração e as relações interpessoais, tornando-se num espaço acolhedor propício às relações humanas, entre estudantes, professores e funcionários, onde todos se relacionam e procuram apoiar e ajudar. Os estudantes sentem que na escola encontram uma nova família, que consegue dar o suporte necessário aos problemas pessoais ou relacionados com o curso. A opinião dos estudantes é corroborada por Reis (1990), que refere "o ser humano constrói-se na relação comunicativa, porque nela se desenvolve e se educa, e nela pode estabelecer uma comunidade, uma partilha de alguma propriedade, qualidade, conhecimento e saber" (p. 49).

A opinião da maioria dos estudantes é positiva e parece traduzir o bom clima que se vive a nível institucional. Esta escola propicia uma proximidade afectiva que conduz os estudantes a um sentido de apropriação traduzido pela expressão "*a nossa escola*". A maioria das opiniões emitidas pelos entrevistados considera-a não só um local onde se tratam questões relacionadas com a formação de enfermagem e as rotinas académicas mas também como um referencial de humanismo e de afectividade.

No que diz respeito à subcategoria *"Dimensão social"*, apesar de registos quantitativamente inferiores, eles salientam-se pela sua relevância:

"...acho que saímos daqui mais bem formados a nível pessoal". (EA_3)

"...acho que quem sai daqui, sai bem formado [...] as pessoas que estão aqui são exigentes para com isso e exigem de nós [...] competências [...] só sai daqui quem as possui...". (EA_4)

"...a nossa escola é tão bem conceituada". (EB_9)

"...a exigência, caracteriza esta escola". (EA_4)

"...a escola está bem conceituada e nós dizemos que somos de Vila Real e as pessoas dizem [...] é uma boa escola [...] cria-se uma expectativa elevada sobre nós.... (EB_5)

Estes estudantes apontam que a exigência do corpo docente potencia a qualidade da formação profissional que a instituição oferece, com explicitação do reconhecimento social que lhe é atribuído pela comunidade de enfermagem em geral e pelos estudantes. Acentuam que o rigor da formação é valorizado nos locais de trabalho, pelo reconhecimento da capacidade técnico-científica e humana, pelas competências adquiridas e demonstradas no exercício da profissão. Cinco dos estudantes referem-se à formação que a escola proporciona, adjectivam-na com expressões como "*qualidade*, *exigência*, *rigor"* e promotora das competências exigidas para um bom desempenho profissional. Contudo, é de sublinhar que um estudante emite uma opinião menos positiva, acentuando que a escola deveria protagonizar processos de mudança: *"... a escola também tem alguma dificuldade na mudança"* (EB_7).

Este aspecto menos positivo da escola, de aparentemente oferecer alguma resistência à mudança, não parece ser suficientemente significativo para que os estudantes sintam insatisfação nesta categoria. Pelo contrário, a nível global a percepção dos estudantes sobre a escola parece indiciar um nível elevado de satisfação.

Quanto ao nível de satisfação com a escola e das razões para ele aduzidas, são apontadas as relativas ao espaço físico; trata-se de uma escola pequena, com um espaço simpático e acolhedor; um espaço afectivo que permite um contacto próximo entre a comunidade escolar e onde todos procuram ajudar; um espaço social onde se pressupõe a aprendizagem de um tipo específico de conhecimento, neste caso de enfermagem. No

entanto, referem outras funções importantes da escola, nomeadamente o conhecimento e formação de valores para as suas vidas.

b) Nível de satisfação dos estudantes com o curso

A categoria relativa à *"Satisfação dos estudantes com o curso"*, gerou duas subcategorias: *"Plano de estudos"* e *"Características do curso"*.

A subcategoria *"Plano de estudos"* emergiu pela força dos discursos dos estudantes que consideraram a estrutura curricular, com base na formação em alternância, como uma mais valia deste curso, como é espelhada pelos discursos seguintes:

> *"...no 1º ano temos oportunidade da prática clínica, de passarmos pelo centro de saúde aquele contacto directo com a pessoa, que precisa de nós, que queremos cuidar [...] é uma grande vantagem da nossa escola..."*. (EA_8)

> *"...fiquei muito satisfeita por tirar o curso aqui em Vila Real. Não era a minha primeira opção, mas estou muito contente, [...] está bem estruturado..."*. (EA_8)

> *"...naquela parte do ano que é mais teórica, [...] acaba por ser um bocado saturante, é uma grande carga horária"*. (EA_8)

> *"...o facto de termos todos os anos ensino clínico e relacionado com o que demos na teoria, [...] é muito importante"*. (EA_1)

> *"...no 3º ano há muita repetição de conteúdos..."*. (EA_5)

De uma forma geral, pode dizer-se que os estudantes estão satisfeitos com o curso. Consideram-no bem estruturado, sublinhando a importância dos ensinos clínicos ocorrerem em alternância com a teoria, desde o primeiro ano do curso. Isto é, permite a aplicabilidade dos conteúdos teóricos nos contextos da prática clínica, assim como a vivência de situações dos cuidados de enfermagem centradas nos seus interesses, o que lhes desperta iniciativa e facilidade na adesão à aprendizagem.

As opiniões dos estudantes são predominantemente positivas. No entanto, existem pontos menos favoráveis, que exigirão mais atenção relativamente à organização do *curriculum* escolar, quando referem: "*...curso um bocado saturante, é uma grande carga horária*". (EA_8) e *"...no 3º ano do curso há muita repetição de conteúdos"*. (EA_8)

A importância do plano curricular que privilegia a alternância da formação em enfermagem assenta na dualidade de espaços formativos: na escola e contextos de trabalho, e na articulação efectuada entre estes dois espaços de formação. E neste sentido, a alternância escola/contexto clínico pode tornar-se a forma mais eficaz de aprendizagem em períodos determinados e relativamente longos de contacto com os cuidados de saúde (Cabrito, 1995), como acontece nos ensinos clínicos, por permitir indiciar as competências que o estudante deve desenvolver durante aquele ensino clínico, a fim de poder vir a tornar-se num profissional competente, num processo concertado de realização pessoal e profissional.

Os estudantes consideram que o plano curricular desta escola permite uma articulação constante entre o saber teórico e o saber prático. E ainda, uma aferição contínua da aprendizagem, através da exploração sistemática das diferentes aprendizagens que estão estruturadas num nível de complexidade crescente, realizadas na escola e nos contextos de ensino clínico. Estes resultados vão de encontro ao que afirma Cabrito (1995), a alternância permite uma aprendizagem progressiva das regras e normas a respeitar em cada instituição e concede aos contextos a sua especificidade e uma integração gradual dos jovens, além de uma socialização antecipada da formação e do mundo do trabalho.

Relativamente à subcategoria *"Características do curso",* a relevância dada pelos estudantes refere-se à exigência e às particularidades deste curso, evidenciadas pelo considerável número de discursos:

"...a universidade exige mais responsabilidade, mais empenhamento". (EA_4)

"...para mim foi sempre a enfermagem que quis, desde criança [...] um curso que tem muito a ver com as relações humanas e com a proximidade". (EA_4)

"...além de destreza manual, [...] boa comunicação, [...] é mais dar muito aos outros e também dar muito de nós". (EA_4)

"... é muito desgastante [...] exige muitas competências psicológicas, além de físicas...". (EA_4)

"...é um curso que [...] se uma pessoa não gostar, é muito difícil [...] desempenharmos bem as nossas funções [...] até podemos ser muitos bons tecnicamente, [...] mas o que é que nos interessa fazer tudo e mais alguma coisa [...] e não sabermos dizer 'bom dia' ou não sabermos falar com um doente?". (EA_5)

"…sinto-me muito bem ao poder ajudar as pessoas e é muito gratificante ter as pessoas […] que nos acham uns anjos". (EA_3)

"…queria ser enfermeira […] não foi uma coisa […] desde pequena, só a partir de uma certa idade é que me apercebi […], porque eu precisava de alguma coisa que me […] permitisse ter um contacto directo com as pessoas". (EA_8)

"…é um bom curso, […] relacionado com a humanidade, com o humanismo das pessoas, mas está um bocado desvalorizado…". (EB_7)

"…em relação ao curso […] é um balancear entre a perfeição e a frustração". (EA_9)

"…neste curso, se errarmos causamos dor a uma pessoa". (EA_{10})

"Requer muito […] aquela relação de proximidade com as pessoas e […] treinar bem a […] comunicação". (EA_{11})

Os estudantes identificam neste curso uma forte exigência na componente relacional e na comunicação, visto permitir-lhes um contacto directo com as pessoas e despertar neles a vontade de ajudar. As pessoas a quem prestam cuidados agradecem com muita frequência a forma carinhosa e disponível como os cuidam, apelidando-os de "*anjos*", o que faz com que se sintam valorizados e gratificados. A possibilidade de terem contribuído para que outra pessoa se sinta melhor e a retribuição de um sentimento de gratidão pelo doente e família, proporciona um sentimento positivo e enriquecedor da sua realização pessoal. Tal como refere Fernandes (2006), "a procura do amor e da estima representa um papel decisivo na relação com os outros mesmo quando esses outros não nos são próximos" (p. 181). De acordo com esta autora, a retribuição gera um sentimento de felicidade nos estudantes de enfermagem. Neste sentido, a dimensão humanística e ética que caracteriza o curso de enfermagem ocupa um lugar central e dinamizador da sua aprendizagem.

É demonstrado nos excertos o nível de satisfação dos estudantes com o CLE, expresso pela maioria dos entrevistados, através de afirmações relacionadas com a possibilidade de ajudar pessoas a lidar com a dor e o sofrimento. O confronto com estes acontecimentos de vida causa-lhes alguma frustração, porque em algumas situações pouco podem fazer em prol da melhoria das condições de saúde e do alívio do sofrimento, apesar de tecnicamente disporem de todos os meios. Mas estas situações são potenciadoras do desenvolvimento e crescimento pessoal. Com estas experiências, os

estudantes vivenciam mais cedo o processo de transição de adolescente a jovem adulto. Constroem progressivamente a sua maturidade e responsabilidade, num contexto futuro de exercício profissional atravessado pela especificidade e vulnerabilidade do cuidar humano.

c) Satisfação com o ensino clínico

Para a categoria *"Satisfação com o ensino clínico"*, evidenciaram-se três subcategorias: *"Dimensão altruísta"* (apoio/carinho/cuidar, dar), *"Desenvolvimento de competências/ capacidades"* e *"Contexto integrador da teoria/prática"*.

No que se refere à subcategoria *"Dimensão altruísta"* (Apoio/carinho/cuidar, dar) ela é afirmada pela consistência dos discursos no que respeita aos sentimentos que vivenciam nos cuidados à pessoa durante o ensino clínico, como se pode verificar pelos exemplos que se transcrevem:

"...sabe-me muito bem quando posso ajudar uma pessoa e ela dá-me um sorriso [...] das coisas melhores que podemos ter [...] mas dói mesmo muito quando [...] já dá para fazer mais nada, só lhe podemos segurar a mão". (EA_9)

"...todos já tivemos noites em que não pudemos dormir a pensar naquele doente pelo qual não pudemos fazer nada…". (EA_9)

"...em todos os ensinos clínicos [...] gratificante é o que posso fazer bem [...] e ajudei a pessoa a quem o fiz…". (EA_5)

"...o mais gratificante, [...] essas palavras que às vezes os doentes nos dizem, [...] é muito importante, [...] é das coisas mais agradáveis que uma pessoa pode sentir…". (EA_5)

"...fazermos bem as nossas coisas e vermos que o que fizemos é bom para o doente, que o doente ficou contente com aquilo que fizemos, e mesmo que nos mande dar uma volta, [...] nós sabemos que fizemos bem, [...] acho que é o mais importante.". (EA_9)

"...É tão bom quando a enfermeira entra o doente dizer 'Não esteve cá no fim-de-semana [...] sentimos saudades suas! [...] essas palavras nunca me vão sair da memória, [...] e dizer que nós somos, [...] Anjos [...] foi arrepiante". (EA_3)

...É bom saber que se presta um cuidado e a pessoa se sente melhor, [...] é construtivo [...] porque ir fazer por fazer, não vale a pena…". (EA_{10})

Da análise dos discursos de sete estudantes, constata-se que a satisfação com o ensino clínico resulta da acção que realizam em benefício dos doentes. Mais do que a simples execução de actos técnicos é, sobretudo, na comunicação e na experiência da relação de ajuda, subordinada à capacidade de empatia, que lhes gera maior satisfação e bem-estar pessoal. Assim, na sua função de cuidar, sentem-se privilegiados por poderem ajudar, em que o valor de ajudar é específico da norma de altruísmo. Esta interacção com o doente e família provoca necessariamente alguma mudança nos indivíduos envolvidos, no domínio dos conhecimentos, dos sentimentos ou dos comportamentos (Ribeiro, 1990).

A satisfação que advém da relação com a pessoa alvo dos seus cuidados é muito forte, criando laços afectivos, revelando sentimentos de preocupação e solidariedade, assim como alegria e satisfação, quando percebem a melhoria no estado de saúde, como resultante dos cuidados prestados por eles. O contacto com as situações reais dos cuidados e os desafios que estas situações lhes colocam, promovem o processo de adaptação às vivências próprias da futura profissão.

A subcategoria *"Desenvolvimento de competências/capacidades"* concretiza-se no agir profissional, como é assinalado nas afirmações que se seguem:

"...é o ensino clínico que realmente desenvolve as nossas capacidades…". (EA_5)

"...a quantidade de ensinos clínicos [...] e estágio vacina-nos, prepara-nos para a vida profissional". (EA_{10})

"... é a base [...] para nos desenvolvermos [...] para sermos bons enfermeiros!.". (EA_7)

"...o ensino clínico dá-nos responsabilidade". (EA_5)

"...cada doente é um doente com as suas características próprias [...] e ajuda-nos também a perceber [...] aquilo que estamos a fazer". (EA_7)

"...aprendi muito mais, testando, experimentando, vendo [...] com os orientadores, outros enfermeiros e até os próprios colegas [...] é fundamental.". (EA_9)

"...o ensino clínico todos os anos aperfeiçoa-nos [...] temos que ser mesmo muito perfeitos, a nível técnico [...] teórico, e nesse sentido, faz-nos errar menos". (EA_{10})

"...o ensino clínico é o que nos dá confiança [...] o ensino clínico é o ganhar de confiança". (EA_3)

"...aprendemos com as experiências boas e más, e para isso serve o ensino clínico, [...] para nos dar experiência". (EB_7)

"...os ensinos clínicos permitem-nos aprender [...] com os erros". (EB_{12})

"...o ensino clínico faz-nos crescer muito, com essas [...] experiências ...". (EB_7)

É assinalado pelos estudantes que o ensino clínico promove o desenvolvimento de competências, quando afirmam que é neste contexto que desenvolvem as suas capacidades. As competências são reconhecidas quando são mobilizadas e aplicadas através de acções concretas dos cuidados, e nestas situações da prática de cuidados, eles fazem uma reflexão crítica sobre o papel destas experiências para a sua formação. Consideram que a quantidade de ensinos clínicos lhes permitem ter inúmeras experiências e com um nível de complexidade crescente, o que permite transferir os conhecimentos e aptidões adquiridos de umas situações para outras. No entanto, reconhecem que no ensino clínico cada experiência de aprendizagem é única e específica de determinado contexto.

Phaneuf (2003), define competência como "um conjunto integrado de conhecimentos, adquiridos experienciais e de evolução pessoal, próprio de um aspecto específico dos cuidados de enfermagem que, quando é mobilizado em situação concreta da vida real permite fazer apelo às suas habilidades cognitivas, psicomotoras, organizacionais e técnicas e manifestar comportamentos sócio-afectivos adequados" (p. 177). Neste sentido, os estudantes consideram que o ensino clínico, pela complexidade e diversidade de experiências que propicia e pela mobilização de competências múltiplas que exige, estrutura as bases da aprendizagem crítico-reflexiva quando analisam os próprios erros.

No contexto real de trabalho, desenvolvem a dimensão integradora das capacidades nos domínios do saber, do saber-fazer e do saber-ser ou estar, portanto, ao nível da teoria, da prática e do comportamento (Graveto, 2005). É neste período que os estudantes aprendem a saber agir, ou seja, saber fazer em situação da prática dos cuidados, e que Le Boterf (2003) explicita em três aspectos – saber seleccionar, saber combinar e saber mobilizar numa situação concreta. É através das diferentes experiências, boas e más, dos erros, que os estudantes conseguem aferir as suas acções à exigência da prática dos

cuidados de enfermagem, aperfeiçoam o seu desempenho e progridem na construção da sua própria autonomia.

A subcategoria *"Contexto integrador da teoria/prática"* emergiu consistentemente, acentuando a dicotomia teoria-prática, conforme se constata nas seguintes afirmações:

"…a gente vê no papel […] está aqui, vê o papel, isto é assim, etc. As feridas, caracterizam as feridas, depois aparece lá por exemplo, o "cheiro fétido"; não nos cheira a nada…". (EA_{10})

"Tem toda a importância! […] por muito que […] até podemos saber toda a teoria do mundo, mas chegamos a estágio é […] apercebemo-nos que muitas das coisas não são como aprendemos…". (EA_5)

"…se nós não praticarmos, se não pusermos em prática […] é como se na realidade não soubéssemos […] não soubéssemos nada". (EA_5)

"…só depois de fazermos, de pormos em prática é que temos uma verdadeira noção […] em que é que consiste as coisas que fazemos". (EA_7)

"…o ensino clínico é realmente importante". (EA_7)

"O ensino clínico é a base da nossa prática […] a teoria é uma coisa, a prática é outra, […] se não tivermos a prática, a teoria acaba por não fazer sentido. (EA_1)

"…é a base da nossa vida profissional […] ajuda-nos realmente a perceber o que é que será a nossa vida profissional". (EA_7)

"…preparar com exemplos reais". (EA_9)

"…se não tivermos a teoria às vezes vai ser mais complicado fazer a prática mas […] a prática é o que vai mostrar se a teoria está certa ou não". (EA_9)

"…temos a sala de práticas mas não tem nada a ver com aquilo que depois se passa na prática, na realidade". (EB_{12})

"…ensino clínico é muito importante, é lá que se vão consolidar os conhecimentos". (EB_4)

"…ensinam-nos coisas e tentam que nós consolidemos conhecimentos que têm lógica, que nós aprendemos na escola". (EA_4)

"…muitas vezes não é muito compatível a parte teórica e a parte prática". (EB_6)

"…no ensino clínico, realmente pomos em prática tudo o que aprendemos". (EB_4)

"…com a prática é que se aprende…". (EB_5)

Os resultados obtidos mostram que a relação entre a teoria e a prática é percebida pelos estudantes como essencial para a formação inicial em enfermagem, e como são de primordial importância os relacionamentos interpessoais desenvolvidos, nos contextos de ensino clínico, entre os sujeitos do processo de ensino e de aprendizagem. Dos discursos dos estudantes, inferiu-se o desfasamento entre a formação teórica e a prática clínica, isto é, duas concepções diferentes, entre aquilo que aprenderam na escola e aquilo que vêem na prática dos cuidados de enfermagem. Por outro lado, é interessante verificar que o ensino clínico é percepcionado como uma possibilidade de concretizar a articulação entre a teoria e a prática dos cuidados de enfermagem, consolidar o ensino teórico e colmatar défices de conhecimentos. É no decurso do ensino clínico que os estudantes são confrontados com o "mundo dos cuidados de enfermagem", que começam a formular a sua opinião sobre a enfermagem, e gradualmente começam a sua identificação com a profissão, confirmando ou não o desejo pessoal pelo curso, como é reforçado nas palavras de uma estudante: "*…na parte teórica eu perguntava-me: como é que eu vou ser capaz de fazer isto na prática? E […] as coisas foram acontecendo e estou no 4º ano, não desisti, e estou satisfeita; é realmente gratificante a nossa profissão*" (EA7).

Após a análise dos discursos dos estudantes, e em jeito de síntese, pode deduzir-se que a opinião global é bastante positiva relativamente ao nível de satisfação com a escola, o curso e com o ensino clínico, com os resultados a evidenciarem diferenças, sobretudo na intensidade dessa positividade. As dimensões relativas à escola e ao curso tiveram menor expressão em comparação com o ensino clínico. A associação entre a satisfação com a escola e o curso é devida à valorização da dimensão afectiva e socio-relacional, marcada pelo relacionamento interpessoal e as relações humanas, e ainda pela grande afinidade que os estudantes demonstram por uma proposta pedagógica (ESEnfVR, 1999), alicerçada na formação em alternância que privilegia a aprendizagem escola/contextos clínicos. No entanto, é de considerar a insatisfação de alguns estudantes quanto ao afastamento físico entre a escola e a universidade, dificultando a partilha de experiências com estudantes de outros cursos.

Por outro lado, a satisfação com o ensino clínico é acentuada pelo peso substancial na percepção do valor da experiência clínica, o que reflecte necessariamente a qualidade do seu investimento nesta vertente da formação. Este período, apesar de ser marcado por algum distanciamento físico da escola, é considerado pelos estudantes como uma "*porta*

de entrada" para a vida profissional, gerando ao mesmo tempo sentimentos de preocupação e insegurança causados pela necessidade de possuírem uma formação abrangente, capaz de fazer face à diversidade e complexidade das situações e dos cuidados de enfermagem.

Quadro Síntese 1. Opinião dos estudantes sobre a satisfação com a escola o curso e o ensino clínico

Estudantes	Satisfação							
	Satisfação com a escola			Satisfação com o curso		Satisfação com o ensino clínico		
	Dimensão física	Dimensão afectiva	Dimensão social	Plano de estudos	Características do curso	Dimensão altruísta (apoio/carinho/cuidar)	Desenvolvimento de competências	Contexto integrador da teoria e da prática
A_1	x	x		x				x
A_2		x						
A_3	x	x	x		x	x	x	
A_4		x	x		x			x
A_5		x			x	x	x	x
A_6								
A_7		x					x	x
A_8		x		x	x			
A_9	x				x	x	x	x
A_{10}	x	x			x	x	x	x
A_{11}		x			x			
A_{12}								
B_1		x						
B_2								
B_3								
B_4								x
B_5		x	x					x
B_6								x
B_7					x		x	
B_8		x		x				
B_9		x	x					
B_{10}								
B_{11}								
B_{12}							x	x

2.2.2. Conteúdos da aprendizagem valorizados pelos estudantes

Os conteúdos de aprendizagem, segundo Coll (1996) e Zaballa (1999), estão relacionados com conhecimento ou saber, portanto, é tudo aquilo que possui um objectivo de aprendizagem. De acordo com Coll e Valls (1998), são "um conjunto de conhecimentos ou formas culturais, cuja assimilação e apropriação pelos estudantes é considerada essencial para seu desenvolvimento e socialização" (p. 12), sendo o professor um facilitador/orientador desse processo. Neste sentido, Carvalho (2005), refere que os conteúdos de aprendizagem "são uma selecção de formas e saberes culturais que visam promover no estudante uma socialização adequada e feita de forma individualizada" (p. 86).

Assim, definiu-se como objectivo: Identificar conteúdos de aprendizagem em ensino clínico.

No que se refere à categoria *"Conteúdos de aprendizagem"*, resultaram quatro subcategorias *"Conteúdos verbais"*, *"Conteúdos procedimentais*", *"Conteúdos atitudinais"* e *"Trajectória de socialização*", como se encontra esquematizado no quadro 5.

Quadro 5. Conteúdos de aprendizagem valorizados no ensino clínico

Categoria	Subcategorias
Conteúdos de aprendizagem	. Conteúdos verbais . Conteúdos procedimentais . Conteúdos atitudinais . Trajectória de socialização

A subcategoria *"Conteúdos verbais",* traduz a importância que os estudantes atribuem aos conceitos teóricos que suportam a prática clínica e o que consideram que aprendem em termos conceptuais no ensino clínico, como pode verificar-se nos discursos seguintes:

"...a teoria é importante, é verdade, e se não tivermos a teoria às vezes vai ser mais complicado fazer a prática ...". (EA_9)

"...acho que temos que ser mesmo muito perfeitos, mesmo muito perfeitos, a nível técnico e a nível teórico". (EA_{10})

"...em termos de conhecimentos, no estágio aprendemos muito...". (EA_4)

"...complementamos a parte teórica que nos falta, em algumas disciplinas". (EA_4)

"...porque se eu não investisse extra aulas [...]., era uma aprendizagem por repetição, e não conhecimento consolidado com alguma sustentação...". (EA_5)

"...eu acho que aprende-se tudo ...". (EB_1)

"...temos a teoria, é tudo o ideal, o perfeito, e depois chegamos lá e temos que nos adaptar às situações ...". (EB_8)

"...é a bagagem teórica que a gente trás aqui da escola, ... a gente só assistia ...vai para ensino clínico pior preparado ...". (EB_1)

Pozo (2002), considera conteúdos verbais os que envolvem conceitos, princípios e factos, e são o principal eixo estruturador do conhecimento, sendo responsáveis por toda a construção da aprendizagem, fornecendo as bases para a assimilação e organização da realidade, e são mais perceptíveis de constatação em todos os âmbitos do conhecimento. De acordo com os registos, os estudantes consideram os conteúdos verbais imprescindíveis para fundamentar a prática clínica. Contudo, os conteúdos verbais são menos valorizados e os estudantes fazem um menor investimento para os aprender no ensino clínico, talvez porque consideram que estes conteúdos, "saber", já têm que estar presentes quando iniciam o ensino clínico. Retomando uma vez mais o marco teórico, Espadinha e Reis (1997) referem que é no ensino clínico que a realidade dos cuidados de enfermagem começa a ser interiorizada, e deste modo o estudante começa a compreender o porquê de determinados conhecimentos teóricos pela experiência que vai adquirindo.

A forma como os estudantes valorizam nos seus discursos os conteúdos verbais levam a concluir que, durante o ensino clínico, valorizam sobretudo os conteúdos e as estratégias de formação que ilustram as teorias construtivistas, que fazem apelo à reflexão, iniciativa e interesses, na vertente da aprendizagem significativa, " um processo no qual o que aprendemos é o produto da informação nova interpretada à luz daquilo que sabemos" (Pozo, 1998, p. 32). Também de acordo com Zaballa (1999), a aprendizagem significativa envolve a contribuição daquele que aprende, o seu interesse, os conhecimentos prévios e sua experiência pessoal, que os estudantes vão aperfeiçoando gradualmente em cada ensino clínico.

Relativamente à subcategoria *"Conteúdos procedimentais",* a aprendizagem de procedimentos constitui-se como um importante componente para o desenvolvimento de competências, conforme o expressaram:

> *"...fazermos as coisas melhor, [...] as nossas técnicas, [...], a maneira como organizamos o trabalho [...] e como estabelecer prioridades no trabalho".* (EA_5)

> *"...no 1º ano aquilo que mais valorizava eram as técnicas".* (EA_9)

> *"É pensar no plano de cuidados, saber aquilo que tenho que fazer [...] no final, fazer a avaliação do desempenho".* (EA_9)

> *"Valorizo o estabelecimento de prioridades".* (EA_3)

"...no 2º ano [...] temos tempo [...], para fazer planos de cuidados bem feitos, para conseguir avaliar tudo no doente...". (EB_3)

"Psicológica, física, destreza manual...". (EA_4)

"...nós no ensino clínico aprendemos mais a prática ...". (EB_2)

Segundo Zaballa (1999), a aprendizagem de conteúdos procedimentais implica aprender a "*saber fazer*" na prática aquilo que se assimilou da teoria. Os conteúdos procedimentais expressam um saber-fazer que envolve tomar decisões e realizar uma série de acções, de forma ordenada e não aleatória, para atingir uma meta. Para os estudantes, os conteúdos heurísticos são valorizados no processo de enfermagem, como metodologia que norteia a realização das acções de enfermagem, nos exercícios de reflexão sobre a própria actividade e na sua aplicação em contextos diferenciados. Neste sentido, o domínio do saber-fazer só pode ser verificado em situações de aplicação desses conteúdos. Com efeito, facilmente se compreende que os estudantes, no seu processo de aprendizagem no ensino clínico, têm oportunidade de aplicar, reflectir, analisar e comparar experiências de aprendizagem deliberadamente controladas, de modo a mobilizarem os conhecimentos que fundamentam os procedimentos e a prática de cuidados.

Para os estudantes, os conteúdos procedimentais são aprendidos em actividades práticas, apreendendo "*como fazer*" com orientação organizada e sistemática dos supervisores. No entanto, para além da questão eminentemente técnica que, sem dúvida, é muito valorizada, conseguem igualmente apreender outras dimensões dos conteúdos de aprendizagem, como seja, aprender a procurar informações, ouvir a opinião dos colegas e equipa de enfermagem, o que reforça a importância que atribuem aos conteúdos de tipo heurístico. De uma forma geral, consideram-nos mais importantes do que os conteúdos procedimentais de tipo algorítmico.

Deram corpo à subcategoria *"Conteúdos atitudinais"* um substancial número de discursos em torno do saber estar e do desenvolvimento pessoal que se passam a descrever:

"...aprende-se sempre um monte de coisas [...] a comunicar...". (EA_4)

"...aprendi este ano a saber lidar com familiares de utentes". (EA_4)

" […] é essencialmente a parte humana, […]. Conversar com o doente, saber dos problemas, deixar falar, escutar o doente…". (EB_3)

"…não podemos dar uma resposta torta, porque então (doente) vai-se sentir mais inseguro em relação à sua doença […] ao seu estado, foi algo com que eu cresci muito…". (EA_2)

"…ensina-nos, a lidar com pessoas, […] no internamento, na consulta externa, na comunidade porque cada pessoa é uma […] pessoa…". (EA_3)

"…temos saber estar, […] aprendemos muito em relação ao saber-estar, ao saber-ser, saber também ouvir e falar…". (EA_3)

"…não somos uma linha de produção […] eu valorizo muito a comunicação […] porque a técnica aperfeiçoa-se …". (EA_{10})

"…é no ensino clínico que tomamos a realidade das coisas, que aprendemos a trabalhar e a saber-estar". (EA_3)

"…a maneira de estarmos com o doente". (EA_5)

"…qualquer pessoa de nós é incapaz de sair do estágio inerte". (EA_4)

"…e desenvolvemos muitas competências nossas, a nível psicológico…". (EA_4)

"…aprende-se muito […] pessoalmente é como lidar com os outros". (EA_4)

"…permitiu-me saber mais lidar com as pessoas, como profissional […] lidar com utentes em sofrimento". (EA_4)

"…a relação que uma pessoa estabelece com o doente". (EA_5)

"…sabermo-nos relacionar com o doente, se não for bem consolidado desde o início…". (EA_5)

" …valorizo muito a minha forma de estar com o doente […]. E fico contente por ser assim…". (EA_3)

"O que se aprende mais em ensino clínico, é o estar com o doente". (EB_7)

"…relação com o doente […] é o que se aprende mais no ensino clínico". (EB_7)

"…aprende-se essencialmente a lidar com as diferentes formas de estar e de pensar de cada doente…". (EB_6)

"…temos que nos adaptar às situações, às diferentes personalidades, culturas". (EB_8)

"…ensina-nos a estar […] perante várias situações […] a crescer, quer como pessoas, quer a nível de atitudes …". (EB_3)

"…nós entramos […] muito crianças e saímos daqui pessoas feitas…". (EB_2)

"…a relação que estabelecemos com o doente, […] agirmos e defendermos o doente da melhor maneira…". (EA_5)

"...aprender [...], que imagem transmitir às pessoas, não é, o simples facto de irmos bem limpinhos com a farda toda arrumadinha, penteados [...] acho que isso é muito importante [...] aprende-se a [...] saber-ser...". (EA_4)

"...o ensino clínico, [...] transforma-nos, de certa forma cria-nos, permite-nos adquirir as competências". (EA_5)

"...no ensino clínico, desenvolvi [...] o saber-ser e o saber-estar [...] sempre fui muito impulsiva, e sempre reivindiquei [...] eu aprendi [...] a calar e a controlar muitas emoções, [...] a controlar-me, [...] diante do doente mas também do orientador...". (EA_2)

"...na mobilidade! Acho que se aprende muito mesmo [...] sai-se de lá [...] Maior". (EB_4)

Os conteúdos atitudinais são constituídos por valores, normas e atitudes. As atitudes demonstram, ao nível comportamental, o respeito a valores e normas que são a intenção ou a predisposição para a acção, ou seja, "tendências ou disposições adquiridas e relativamente duradouras a avaliar de um modo determinado um objecto, pessoa, acontecimento ou situação e actuar de acordo com essa avaliação" (Sarabia, 1998, p. 122). Este tipo de procedimentos, pela sua grande generalidade e transversalidade, está presente em todos os momentos e dificilmente se consegue circunscrever e medir objectivamente a sua presença num determinado momento.

A dimensão atitudinal é um dos conteúdos de aprendizagem mais referidos pelos estudantes, sendo construída nas interacções dos cuidados. Eles consideram que durante o ensino clínico desenvolvem a capacidade para lidar e interagir com pessoas de diferentes personalidades, verificando que a atitude *"saber ser e saber estar com o doente"* está envolta em valores, normas, posturas que influenciam as relações e interacções nos cuidados de enfermagem. Referem que aprendem a comunicar e a lidar com o utente e família sobre a informação que é relevante e oportuna comunicar ao doente e família, em cada situação dos cuidados de enfermagem. Assim, para os estudantes, a capacidade de comunicação (falar e escutar) é um dos mais importantes aspectos do cuidar de enfermagem que se objectiva no estabelecimento de uma relação profissional estruturada na relação de ajuda. Neste sentido, Ferreira (2004) refere que "desde os primeiros ensinos clínicos que o estudante de Enfermagem interage com o seu utente, o que implica a necessidade de aprender e desenvolver capacidades comunicacionais no âmbito da relação de ajuda" (p. 161). Se é verdade que o saber comunicar passa pela aquisição de saberes, não se pode esquecer que a capacidade de comunicar implica um saber situar-se num contexto, exigindo que o estudante

desenvolva em cada momento e em cada situação, comportamentos de comunicação que se constroem a partir da capacidade de aprender com a própria experiência: "A competência e a mestria na comunicação mede-se pela capacidade demonstrada por um indivíduo em interagir com os outros ou em responder adequadamente, quando em situação" (Carnevale, Gainer & Meltzer, 1990, p. 13).

Os conteúdos atitudinais exigem aos estudantes uma grande diversidade e amplitude de conhecimentos em diferentes áreas disciplinares, com a relação de ajuda e a comunicação interpessoal a apresentarem-se como as bases do exercício profissional de enfermagem. Sustentados numa relação de proximidade, complementaridade e parceria, os estudantes sublinham que ajudam as pessoas na prossecução dos seus projectos de vida, aprendendo a partilhar emoções, sentimentos e ideias, escutar e falar. É com base nesta relação que os estudantes aprendem a conhecer-se melhor, conseguindo percepcionar, através de indicadores verbais e não verbais, o impacto das suas acções e comportamentos na satisfação da pessoa que cuidam, evidenciando-se a progressiva construção da dimensão ética em situações de cuidados estabelecidos no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2005).

A compreensão das relações, das atitudes, dos valores, das normas, faz com que os estudantes sejam capazes de avaliar as suas acções e de as "qualificar", e progressivamente, "aproveitar" métodos/técnicas/soluções de uma acção para actuarem noutra situação, ampliando as suas competências específicas e conseguindo maior autonomia nas acções da profissão. Avaliam as suas acções e as decisões de modo crítico, construtivo, reflexivo: *"eu aprendi [...] a calar e a controlar muitas emoções…"* (EA_2), ponderando a necessidade de avaliar o envolvimento afectivo e ético de acordo com o contexto situacional.

De igual modo, referem que durante ensino clínico aprendem a tomar decisões, a defender os seus os pontos de vista e análise, a responsabilizar-se pelos seus actos, a avaliar as emoções que permeiam diferentes situações na prática, assim como as regras que têm que cumprir em relação aos horários, cumprimento de actividades e adequação às condições impostas pela instituição onde se desenrola o ensino clínico, o que contribui de forma significativa para o seu amadurecimento afectivo.

Outro ponto importante foi a aprendizagem do papel profissional a partir de modelos dos enfermeiros dos contextos clínicos e que deu origem à subcategoria *"Trajectória de socialização profissional",* quando os estudantes se referiram ao que aprendiam durante o ensino clínico, como são exemplos os excertos seguintes:

"...lidamos mais de perto com a classe que escolhemos [...], podemos escolher os nossos exemplos…". (EB_7)

"Construirmos uma [...] identidade profissional cada vez melhor, mais competente". (EA_5)

"... a relação com a profissão é o que se aprende mais no ensino clínico". (EB_7)

"...escolhemos os melhores exemplos e tentamos segui-los [...] é o que se aprende mais…". (EB_7)

"...tanto no centro de saúde como no hospital, [...], aprendemos a ser como enfermeiro, aprendemos o que vamos ser daqui a uns meses". (EB_1)

"...cresce, mas cresce [...] profissionalmente, a gente sai um enfermeiro…". (EB_1)

"...saímos daqui como enfermeiras com uma postura que devemos ter daqui a uns tempos…". (EB_{12})

"...as aulas são todas dadas [...] não se dava tanta importância, não sabíamos o que era ser enfermeiro, só agora é que aprendi a ser enfermeiro". (EB_1)

"...saímos do 4º ano [...] com uma ideia muito bem formada do que é ser enfermeiro…". (EB_{11})

"...na prática podemos ver o tipo de conduta que devemos tomar, como na vida profissional, [...] é a imagem profissional de enfermagem que se ganha no estágio…". (EA_4)

"...o ensino clínico [...] estamos em contacto muito próximo, do que é ser enfermeiro…". (EA_5)

"Eu acho que é uma profissão de coragem, nós temos um estatuto a defender, que eu acho que é [...] nós temos um estatuto muito alto, na sociedade, eu considero isso". (EA_{10}).

A socialização profissional é um processo pelo qual os estudantes aprendem, durante o ensino clínico, a assumir um papel profissional. Nos seus discursos ficou bem expresso que o ensino clínico é um componente essencial na construção identitária. Quando assumem o papel de enfermeiro, aprendem coisas novas e adquirem conhecimentos, mas, sobretudo, emergem numa nova cultura com expectativas de valores e normas e simultaneamente desenvolvem uma identidade, auto-estima, e interacção com os

enfermeiros, que vêem como modelos, o que os auto-projecta para esta identidade profissional. Destes discursos também se pode inferir que o ensino clínico promove um reforço da aprendizagem no domínio ético e no papel da formação de atitudes neste contexto de socialização por excelência. Por outro lado, criam uma imagem e um sentimento do papel que representam e de como são vistos no seu desempenho pelos outros.

A literatura é unânime ao afirmar que o ensino clínico promove a aquisição do papel profissional e a socialização dos estudantes de enfermagem. Para Matos (1997), o ensino clínico "permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho" (p. 9). Este período de formação constitui-se num tempo em que os estudantes vivem a experiência de se conhecer como parte da equipa de enfermagem, que vêem como um modelo a imitar no percurso de aprenderem a ser enfermeiros.

Pode dizer-se que a socialização profissional assume duas funções essenciais: favorecer a adaptação de cada indivíduo à vida profissional e contribuir para a manutenção de um certo grau de coesão entre os membros de um grupo (Antunes, 2007). Os estudantes referem que, nas suas experiências de formação em ensino clínico, se confrontam com realidades e experienciam sentimentos intensos e marcantes, estruturando desde muito cedo os processos individuais de construção da identidade profissional.

Em suma, a categoria *"Conteúdos de aprendizagem"* traduz aquilo que efectivamente os estudantes consideram que aprendem durante o ensino clínico. A experiência vivenciada pelos estudantes de enfermagem envolve mais do que um corpo de conhecimentos científicos e a aquisição de habilidades para tratar da pessoa que necessita dos seus cuidados. Segundo os estudantes, o ensino clínico promove aprendizagens relacionadas com as dimensões interpessoais, e todos referem que aprendem a relacionar-se com pessoas que necessitam ser cuidadas, a lidar com sentimentos de frustração e angústia que emergem do acompanhamento dos doentes terminais e família, a adquirir confiança e segurança no relacionamento com os doentes e com os profissionais de saúde. Menor foi o número de estudantes que referiu que o ensino clínico permite o desenvolvimento de destreza manual, relativamente a determinados tipos de procedimentos de maior complexidade, e ainda o

desenvolvimento do trabalho em equipa. Assim, destacaram que aprendem sobretudo a saber-ser e saber-estar e consideram que estas dimensões do seu desenvolvimento, como também a socialização com a profissão de enfermagem, são mais importantes do que as dimensões do saber-fazer, no 3º e 4º anos do curso. Neste sentido, consideram importantes os três tipos de conteúdos e que estes contribuem para o desenvolvimento das suas capacidades e para uma participação activa e transformadora nos cuidados de enfermagem.

Pelos discursos, pode inferir-se que os estudantes privilegiam em relação aos conteúdos, por ordem decrescente, a presença das dimensões atitudinais, das procedimentais e, por último, as verbais, numa abordagem pedagógica construtivista para o ensino clínico, a qual estimula o estudante a procurar aprender mais, pesquisando, questionando os orientadores. A aprendizagem construtivista induz o trabalho em grupo, interagindo com outros e permite a articulação da teoria com a prática, tão importante para proporcionar ao estudante a possibilidade de participar activamente no processo de aprendizagem, de forma a construir o seu conhecimento com autonomia, envolvimento e responsabilidade.

O saber, o saber-fazer bem, e o saber-ser, inerentes às competências do enfermeiro de cuidados gerais, devem ser devidamente articulados na formação dos estudantes, na direcção da noção de competência como saber-mobilizar, centrada numa abordagem construtivista da aprendizagem, estimulando o desejo de aprender e estruturando as situações de aprendizagem de modo a tornar os estudantes praticantes reflexivos, capazes de basear a sua acção e a análise dessa acção numa cultura científica e no conhecimento resultante da investigação (Perrenoud, 1999).

Quadro Síntese 2. Opinião dos estudantes sobre os conteúdos de aprendizagem no ensino clínico

Estudantes	Conteúdos de aprendizagem			
	Conteúdos verbais	Conteúdos procedimentais	Conteúdos atitudinais	Trajectória de socialização
A1				
A2			x	
A3		x	x	
A4	x	x	x	x
A5	x	x	x	x
A6				
A7				
A8				
A9	x	x		
A10	x			
A11				
A12				
B1	x			x
B2		x	x	
B3		x	x	
B4			x	
B5				
B6			x	
B7			x	x
B8	x		x	
B9				
B10				x
B11				x
B12				x

2.2.3. Factores que influenciam a aprendizagem

No conjunto dos profissionais que intervêm no percurso de formação de um estudante, os orientadores e/ou supervisores docentes desempenham um papel de grande influência, mas são sobretudo os supervisores enfermeiros que acompanham mais de perto todos os momentos de formação do estudante de enfermagem. Assim, supervisores docentes e supervisores enfermeiros devem estar preparados para o exercício da supervisão durante o ensino clínico. Nascimento (2007), reportando-se à preparação dos professores, refere que esta incide na "formação pessoal e social, a cientifica, a tecnológica, a técnica ou artística na especialidade, a científica no domínio pedagógico-didáctico e a prática pedagógica" (p. 4), componentes que os supervisores do ensino clínico também devem dominar.

Segundo Alarcão (1995), fazer supervisão implica um olhar de forma abrangente, contextualizador, interpretativo e prospectivo, e neste sentido os supervisores devem

criar condições para que o estudante de enfermagem realize experiências de aprendizagem nas mais diversas condições, proporcionando desafios de natureza cognitiva, humana, afectiva, técnica e comunicacional, entre outras. Neste enquadramento, o supervisor deve fomentar no estudante a capacidade para actuar de modo autónomo, criativo e solidário no exercício profissional, tornando possível aquilo a que Schön (1992) chama a "*sabedoria da prática"*.

Assim, o objectivo para esta categoria é: reconhecer os factores que influenciam a aprendizagem em ensino clínico.

No que se refere aos factores que influenciam a aprendizagem, existem duas dimensões fundamentais, as relativas à supervisão clínica e ao ambiente clínico, que se esquematiza no quadro seguinte.

Quadro 6. Factores que influenciam a aprendizagem em ensino clínico

Categoria	Subcategorias
Factores que influenciam a aprendizagem	. Supervisão clínica – Competências pedagógicas . Supervisão clínica – Competências científicas . Supervisão clínica – Competências relacionais . Ambiente clínico e relações interpessoais . Ambiente clínico e crescimento pessoal

Na categoria *"Factores que influenciam a aprendizagem em ensino clínico",* constata-se a preocupação dos estudantes em torno da supervisão clínica explicitada pela expressão *"Temos orientadores e não temos orientação"*.

Neste contexto, emergiu a subcategoria *"Supervisão clínica - competências pedagógicas",* com os seguintes discursos**:**

"...os orientadores deviam, [...] dar reforços positivos, não negativos". (EA_3)

"...tivemos vários tipos de orientadores [...] orientadores que são muito severos e muito exigentes e outros que até deixam andar à vontade". (EA_4)

"...não estão tão despertos [...] ridicularizarmo-nos em frente ao doente. Tudo bem que nós estamos ali e erramos, temos que ter humildade e aceitar que erramos, [...] ser repreendidos, mas não em frente ao doente [...], sentimo-nos mal por estarmos em frente do doente, e perdemos credibilidade [...], amanha não nos vai aceitar". (EA_2)

"…quem está connosco nos estágios só foca os aspectos negativos […] se faz mal ou se fez menos bem é logo recriminado […] isso depois vai-se repercutir no nosso desempenho, […] tivemos um colega […] que aconselharam a desistir do curso […] deviam incentivá-lo a continuar e não repreendê-lo". (EA_1)

"A motivação […], pela satisfação dos doentes, […] do nosso orientador; […] dão-nos os parabéns pelo trabalho bom que fazemos…". (EA_4)

"…tenho uma dúvida […] coloquei aos professores e eles ajudam-me […]. Só essa disposição que eles têm tudo isso contribui para a nossa motivação […] sabermos que estão dispostos a ajudar se tivermos alguma dificuldade". (EA_4)

"…o processo de avaliação […] é preocupante […] o modo de orientar os alunos é completamente diferente […] querem que a nota também reflicta um bocadinho o trabalho deles, […] as notas são dadas consoante o trabalho do orientador […] deveria haver critérios uniformes […] e saber avaliar adequadamente…". (EA_4)

"…se não tivermos um orientador dentro do nosso campo de estágio que nos dê o apoio que nós precisamos, eu também não o tinha da parte do professor, porque ele também não aparecia no campo de estágio". (EA_6)

"…a nível de professores, […] em 4 anos, viram-me fazer, quê, um penso, um injectável, não viram fazer nada, […], quase nem sabia quem era o professor orientador, não aparecia, […], nem nos aparecia à frente…". (EA_6)

"…eu tive um orientador que via tudo e mais alguma coisa, e até o que eu pensava que não via, viu…". (EA_5)

"…o meu orientador era especial, não nos deixava administrar nada, sem antes percebermos o que íamos administrar, o que é que ia acontecer, e o que poderia acontecer, […] foi uma ajuda muito grande…". (EA_3)

"…orientação, […], há professores e orientadores que são muito exigentes, há outros que são exigentes e há outros que não são nada exigentes…". (EA_1)

"…na medicação […] não conseguimos relacionar farmacologia e fisiopatologia […] aprendíamos com o orientador […] mas ao mesmo tempo éramos prejudicados porque não tínhamos conhecimentos […] não sabíamos, ficávamos naquele impasse, então o que é que fazemos?" era um pau de dois bicos …". (EA_3)

Pelos discursos, denota-se o importante papel que os estudantes atribuem à supervisão e aos orientadores/supervisores (professores e enfermeiros) no decurso do ensino clínico. O apoio dos orientadores/supervisores, quando eles mais precisam, é muito marcante para os estudantes que se sentem profundamente magoados quando, por falta de sensibilidade e de competências pedagógicas, os supervisores os ridicularizam em

frente ao doente, sentem que perdem a credibilidade. Apontam professores e enfermeiros supervisores competentes e exigentes, outros desmotivados e pouco exigentes e outros muito exigentes, mas pouco acessíveis. Perante esta diversidade de condutas pedagógicas, sentem desorientação na aprendizagem e receio de expor as suas dúvidas, na medida em que esta atitude poderá ter repercussões nos processos de avaliação.

Acrescentam à dimensão pedagógica a inexistência ou a inadequação dos reforços que estimulem a aprendizagem. A constatação de uma forte acuidade no desempenho da supervisão clínica é também subscrita por alguns autores, que reforçam a necessidade de afinar a formação pedagógica prévia que conduza à sua profissionalidade que, segundo Nascimento (2007), apenas se fundamenta no saber académico e na experiência desenvolvida enquanto profissional de enfermagem.

Entre os vários cenários de supervisão que se podem configurar, de acordo com Alarcão e Tavares (2003), a acção pedagógica tem como finalidade melhorar a aprendizagem, deve compreender que o estudante, como ser humano, tem características próprias, tanto físicas, como psíquicas, biológicas, intelectuais e emocionais, e valorizar os seus aspectos cognitivos e emocionais. Neste sentido, as teorias de aprendizagem devem ser tidas em conta, porque o conhecimento sobre as formas de aprendizagem permite uma intervenção mais pertinente por parte dos supervisores, não devendo, no entanto, ser as únicas opções a considerar.

O entendimento sobre a prática pedagógica, no sentido em que deve promover a aquisição de conhecimentos, é valorizada pelos estudantes, mais especificamente quando se referem ao que aprendem nas unidades curriculares de Farmacologia e Fisiopatologia e nas exigências e rigor da medicação na prática clínica, *"aprendíamos com o orientador [...] mas ao mesmo tempo éramos prejudicados porque não tínhamos conhecimentos"* (EA_3), que fica naturalmente condicionada pelos receios de serem prejudicados na avaliação quantitativa, ao exporem as suas lacunas nesta área do conhecimento.

Foi salientado que os gestos e as acções dos supervisores podem levar à autoconfiança ou insegurança do estudante, conforme demonstrem ou não compreender o valor dos

sentimentos, pelo que a acção pedagógica se deve centrar no estudante como pessoa em formação. A este propósito, um estudante referiu: *"Eu não gostei do meu ensino clínico no meu 1º ano, porque acho que para se gostar também temos que receber alguma coisa de quem nos está a orientar, dos profissionais. Se eles não nos recebem de "braços abertos", nós não vamos gostar. Se estamos sempre a ser chamados à atenção, se não recebemos uma palavra de incentivo…"* (EA_7), o que exemplifica a importância de os supervisores possuírem competências pedagógicas que valorizem a vertente do acolhimento e a importância dos reforços positivos, tornando-se um elemento facilitador da aprendizagem e do desenvolvimento pessoal e profissional, criando um clima adequado para a aquisição de experiências de aprendizagem (Fernández, 2004).

A subcategoria *"Supervisão clínica - Competências científicas"* é constituída por discursos que abordam a competência científica dos supervisores. Os próximos excertos elucidam este facto:

> *"…somos muito direccionados, […], avaliados, como foi feito o penso, se cumpriu a assepsia, se algaliou bem […] não se preocupam tanto como a gente aborda o Sr. Manuel".* (EB_{12})

> *"…os orientadores serem competentes […]. Se estivermos a ser orientados por pessoas que não sabem nós em princípio pouco vamos retirar dessa experiência…".* (EA_5)

> *"…a base, […] da aprendizagem é nos compararmos, […] o que é bom e o que é mau […], ensinam-nos coisas e tentam que nós consolidemos conhecimentos que têm lógica, que nós aprendemos na escola […] as coisas que aprendemos na escola correspondem".* (EA_5)

> *"…com os bons aprende-se sempre qualquer coisa […] com toda a gente aprende-se um bocadinho de tudo, aquilo que eles têm de bom nós aproveitamos para aprender mais".* (EA_4)

> *"…tive essa experiência, […] eu estou a fazer isto assim e isto não é assim; o correcto é fazer isto, isto e isto, mas devido a estas situações eu vou fazer assim porque não há possibilidade de fazer da maneira correcta".* (EA_5)

> *"…as pessoas fazem mal, e quando não tentam fazer bem, e não nos dizem como é que se faz bem, nós tiramos conclusões".* (EA_5)

Rodrigues (2001), defende que a preparação do professor para o exercício da sua função deve ser feita, por um lado, através de uma formação científica sólida, mas por outro, através de uma imersão exigente, rigorosa e apoiada no contexto real de trabalho, de

modo a que se pratiquem os cuidados de enfermagem alicerçados em conhecimentos científicos. Por outro lado, não basta dominar o assunto em termos científicos, deter o conhecimento, mas usá-lo de forma adequada, fundamentando cientificamente as intervenções. Na opinião destes estudantes, a dimensão científica dos supervisores é posta em causa, apontando como razões a falta de conhecimentos científicos e a sobrevalorização dos aspectos técnicos e dos conteúdos procedimentais, atribuindo pouca importância à relação com o doente e ao compromisso com um cuidar mais holístico.

O modo como os supervisores se fazem presentes e orientam as actividades de ensino clínico é muito importante para os estudantes. Observam estes que alguns supervisores não sustentam a prática dos cuidados de enfermagem na teoria e não se preocupam em explicar as razões que orientam a tomada de decisão clínica; outros, pelo contrário, apesar de não praticarem os cuidados de enfermagem como são preconizados na teoria, argumentam e justificam as suas acções e opções em função de um contexto específico. Estas situações levam os estudantes a compreender a complexidade dos cuidados de enfermagem e a necessidade de circunscrever a tomada de decisão clínica a uma dada situação.

A subcategoria seguinte *"Supervisão clínica - Competências relacionais"* aborda a perspectiva da dimensão relacional, como ilustram os discursos seguintes:

"...a exigência [dos orientadores] para connosco seja de forma mais suave, [...] que exijam, sem nos causar stresse [...]. Isso também ajuda na nossa aprendizagem". (EA_7)

"...temos que receber alguma coisa de quem nos está a orientar, dos profissionais. Se eles não nos recebem [...] de braços abertos, não vamos gostar. Se estamos sempre a ser chamados à atenção, se não recebemos uma palavra de incentivo, vamos abaixo, [...] não gostamos". (EA_{10})

"...tratarem-me de maneira igual, [...] Claro que me tratam como aluna mas é aquela coisa de colega «Olha, ó colega, vai ali», ou «Ó enfermeira [...], vai ali», [...] reconhecerem-nos como tal e isso parecendo que não nos dá muita autonomia e aumenta ainda mais a responsabilidade". (EA_7)

"...uma enfermeira que simplesmente não atinou comigo desde o primeiro dia e fez-me a vida negra até ao fim". (EA_8)

"…no 3º ano, eu tinha medo de puncionar, […] pavor, este ano perdi o medo porque tive um orientador que me pôs muito calma, disse faz […] é assim […], não foi lá com as mãos […] e a partir daí perdi o medo, […] não é um bicho de sete cabeças". (EB_{11})

"…o facto dos orientadores às vezes […] não falarem da forma mais correcta com alguns colegas…". (EB_3)

"…se alguma coisa corre mal, […] depende do orientador, […], deixa-nos ali em frente ao doente numa situação um bocadinho má, […], era um aspecto que os professores podiam falar com os orientadores, […], de forma a que eles, nos chamem à parte e não nos deixem numa situação um bocadinho complicada". (EB_{10})

"…a escola diz que nós sabemos tudo ou que temos que saber e não nos pode faltar nada […] e os orientadores exigem-nos, ou seja, não nos permitem que nós tenhamos dúvidas ou que não saibamos as coisas". (EB_{11})

A maioria dos estudantes considera que os supervisores apresentam uma postura rígida, sublinhando a dificuldade em estabelecer uma relação assertiva com estes e vêem o supervisor docente e enfermeiro, em algumas situações, como uma ameaça. O ensino clínico é um contexto em que as competências em comunicação interpessoal são fundamentais para a formação dos estudantes, devendo ter como base uma relação aberta entre supervisor-estudante, permitindo a troca e a reciprocidade, apontando caminhos com benefícios profissionais e pessoais mútuos. Para que este processo apoie e estimule cada um a progredir e a criar o seu estilo pessoal de intervenção, é fundamental que as interacções se desenvolvam num ambiente de confiança e de interajuda afectiva e cognitivamente estimulante (Alarcão, 1991).

Segundo os estudantes, o relacionamento acolhedor dos supervisores facilita o seu processo de aprendizagem e crescimento. Consideram que são estratégias facilitadoras da aprendizagem a presença dos supervisores num clima que proporcione o espaço e o tempo adequados aos ritmos de aprendizagem de cada estudante. Muito valorizados são o apoio e a motivação, a prontidão e a acessibilidade para apoiar e esclarecer dúvidas demonstrada pelos supervisores, como também o modo sensível e compreensivo como apoiam os estudantes em experiências de aprendizagem. Decorre destas competências relacionais do supervisor a possibilidade de provocar o interesse pelo ensino clínico e ajudar a desenvolver o "espírito crítico" nos estudantes.

O apoio do supervisor/docente e supervisores enfermeiros foi expresso várias vezes pelos estudantes, dando conta, portanto, da importância que estes concedem a essa interacção. Os supervisores que apoiam emocionalmente os estudantes, que os orientam individualmente oferecendo-lhes *feedback* do seu desempenho, que motivam os estudantes, auxiliando-os a desenvolver as suas potencialidades que realizam críticas construtivas, são flexíveis, solidários, acessíveis e compreensivos, são as pessoas consideradas pelos estudantes importantes para aprender através da criação de um ambiente de aprendizagem positiva, de modo a melhorar o seu desempenho durante o ensino clínico.

A qualidade do processo de aprendizagem na prática clínica depende da relação supervisor/estudante e de uma abordagem centrada nos objectivos do ensino clínico. Os enfermeiros supervisores e de referência devem ser excelentes modelos com experiência na área de cuidados, e devem ter capacidades e estratégias de ensino-aprendizagem, a fim de ajudar os estudantes a atingir as suas necessidades e objectivos, fornecer-lhes recursos suficientes, ajudando a melhorar continuamente a qualidade da formação em enfermagem. Neste sentido, Rodrigues (2007) acentua a necessidade de formação e de desenvolvimento profissional dos supervisores "de modo deliberado e sistemático, dentro das instituições de formação" (p. 88).

Cabe aqui uma rápida menção ao investimento que esta escola tem feito na preparação e formação dos supervisores enfermeiros, concretizando processos formativos em parceria com os docentes, no sentido de promover uma verdadeira articulação e discussão dos objectivos, estratégias de aprendizagem e mecanismos de avaliação que conduzam a um desempenho profissional activo e empenhado dos supervisores clínicos junto dos estudantes. Segundo Pires, Morais, Santos, Kock, Sardo e Machado (2007), é desejável que todos os supervisores clínicos recebam formação em supervisão clínica no início da sua actividade de supervisão, bem como formação contínua, porque a formação básica é considerada necessária, mas não suficiente, para assegurar elevada qualidade em supervisão. Estes aspectos exigem uma permanente actualização paralela com os avanços da metodologia educativa e com os da área de prática de cuidados de enfermagem (Peña Guerrero, 2003).

Para os estudantes, é importante o apoio dos supervisores e consideram-no imprescindível para a sua aprendizagem, o que vai de encontro ao estudo efectuado por Almeida (2004), que refere que para os estudantes o supervisor "…é aquele que os apoia emocionalmente, que os orienta individualmente oferecendo-lhes feedback após uma actividade; aquele que motiva o estudante, que acredita na sua capacidade, auxiliando-o a desenvolver as suas potencialidades; realiza críticas construtivas e procura a própria capacitação e evidencia uma postura democrática e de acolhimento ao estudante" (p. 6). Reportando-se ao enquadramento teórico, os estudos mencionados reforçam esta vertente do crescimento pessoal.

A actuação dos supervisores professores e enfermeiros durante o ensino clínico é muito valorizada para o desenvolvimento de competências, conhecimentos e atitudes, e avaliada pelos estudantes que consideram que deve contribuir para os tornar cada vez mais profissionais, conscientes e responsáveis. Aqueles, no seu papel de facilitadores da aprendizagem, devem valorizar de igual modo os saberes científicos e os saberes humanísticos, permitindo aos estudantes tornarem-se mais profissionais e melhores pessoas.

a) Ambiente de aprendizagem

A próxima subcategoria *"Ambiente clínico e as relações interpessoais"*, dá ênfase ao contexto clínico no processo ensino/aprendizagem, como é expresso nas transcrições seguintes:

> *"…a integração na equipa influencia muito o nosso desempenho, […], se com a equipa facilmente expomos as nossas dúvidas […], evoluímos […], influencia a nossa motivação que é fundamental, para a nossa aprendizagem".* (EA_7)

> *"Faz-nos sentir parte da equipa, porque nós quando estamos lá somos parte da equipa".* (EA_{10})

> *"…já vi desde enfermeiros, médicos, outros técnicos que trabalham em meio hospitalar, em centros de saúde, […] a forma como nós por vezes ouvimos as pessoas a falar com os doente […] acho que ultrapassa aquela falta de competência…".* (EA_5)

> *"…é a más relações que se estabelecem entre os profissionais, […], às vezes têm inveja uns dos outros, […], naquela situação não sabemos como é que havemos de ficar; […] saímos prejudicados por causa do ambiente que se vive …".* (EA_4)

"Uma situação positiva […] é a forma como a equipa de enfermagem nos recebe". (EA_2)

"…na relação que estabelecemos com o paciente, com algumas equipas […] realmente tratavam-nos como alunos, não nos viam como futuros colegas". (EA_6)

"…éramos profissionais para eles […], receberam-nos de braços abertos; […] tivemos que demonstrar que sabíamos fazer […], dão muita autonomia […] é claro que exige muito mais responsabilidade mas é muito bom, […] confiarem no nosso trabalho…". (EA_6)

"…é a desvalorização que a nossa profissão tem, […] nós sentimos mais isso no 4º ano, […] quando vemos conviver os médicos, com a equipa de enfermagem…". (EB_3)

"…a nossa integração na equipa influencia muito o nosso desempenho, […] se com a equipa facilmente expomos as nossas dúvidas […] evoluímos […] influencia a nossa motivação que é fundamental, para a nossa aprendizagem". (EA_7)

"Faz-nos sentir parte da equipa, porque nós quando estamos lá somos parte da equipa". (EA_{10})

"…já vi desde enfermeiros, médicos, outros técnicos que trabalham em meio hospitalar, em centros de saúde, auxiliares […] acho que ultrapassa aquela falta de competência. A forma como nós por vezes ouvimos as pessoas a falar com os doentes…". (EA_5)

"…é um completo degredo, […], não há respeito, pela passagem de turno, é capaz de alguém atender o telemóvel, […] de haver conversas paralelas…". (EB_2)

"…preocupa-me a integração nos serviços, tanto com a equipa como nas rotinas dos serviços…". (EB_6)

Os discursos colocam ênfase nas relações interpessoais estabelecidas com os supervisores e com a equipa de saúde. Consideram que, nos ensinos clínicos em que se sentem parte da equipa de enfermagem aprendem e trocam conhecimentos com os profissionais. Como afirmam Silva e Silva (2004), "é integrados na equipa de enfermagem que os alunos estabelecem relações mais equitativas e próximas entre os enfermeiros do exercício, aprendendo com eles a enfermagem prática" (p. 103), pelo que é necessário existir um clima de confiança e respeito.

O clima de confiança e de proximidade com os enfermeiros faz com que os estudantes se sintam parte da equipa, mais à vontade para expressar as suas dúvidas e sem medo de serem criticados, aspectos essenciais para a aprendizagem. Verbalizam que em determinados contextos, marcados pela conflitualidade das relações profissionais, não

se sentem integrados na equipa de saúde/enfermagem, o que condiciona a criação de um ambiente de confiança, respeitador e estimulador dos processos de aprendizagem.

A dimensão das relações interpessoais no ensino clínico, do ponto de vista do estudante, depende do relacionamento entre os próprios profissionais, muitas vezes marcadas pela desunião e competitividade entre eles, com repercussões que comprometem os resultados da aprendizagem. De igual modo, é nestes contextos que exprimem o não reconhecimento e valorização por parte dos profissionais das intervenções de enfermagem, exemplificando o caso particular da passagem de turno, que constitui um momento particular pela partilha com a equipa do que constituiu a sua prática de cuidados.

Segundo Duarte (2003), o indivíduo aprende através de um processo activo, progressivo e auto dirigido e constrói o conhecimento através das experiências em situações reais, pelo que um ambiente de aprendizagem torna-se num espaço onde pode acontecer a transformação do conhecimento construído pelo ser humano e o cenário onde existem condições de aprendizagem e se desenvolvam capacidades, competências, habilidades e valores. Um ambiente clínico é considerado boa opção para a aprendizagem, quando os estudantes se sentem acolhidos e integrados e podem reflectir sobre seus próprios conhecimentos e que estes assumam significado dentro daquele contexto dos cuidados.

A subcategoria *"Ambiente clínico e crescimento pessoal"* agrega as opiniões dos estudantes no tocante ao ambiente clínico e como este promove o seu crescimento pessoal. Assim, seleccionaram-se alguns discursos que expressam essas opiniões:

> *"…na mobilidade! Acho que se aprende muito mesmo […] sai-se de lá […] Maior".* (EB_4)

> *"…interessa ter uma boa avaliação […] para mérito pessoal, saber que o que fiz foi bem feito, que mereci aquela nota, que fui correspondida, […] em termos de crescimento pessoal é muito importante…".* (EA_4)

> *"…temos determinadas acções […] se nós fazemos isso mal, é muito perigoso para o doente […] temos que ter muita consciência do que fazemos, da importância das nossas acções […] temos que ter muita responsabilidade naquilo que fazemos".* (EA_5)

"...tenho colegas [...] a evolução que eles tiveram ao longo dos quatro anos é brilhante, [...] desenvolveram-se muito, [...], a evolução foi tão brutal [...] acho que saímos daqui pessoas muito melhores". (EA_4)

"...teve que ser um investimento que começou do 1º ano até agora, e nosso, porque se eu não investisse, [...], era uma aprendizagem por repetição, e não conhecimento consolidado com alguma sustentação". (EA_5)

"...nós é que construímos os objectivos [...] de acordo com esses objectivos investimos naquilo que falta, [...] nas lacunas que temos". (EA_9)

"...para mim o que me interessa mais é [...] aprender bastante, mesmo errar, [...], aprender com os erros [...], mostrar aquilo que nós valemos, [...] para mérito pessoal, saber que o que fiz foi bem feito, [...], porque em termos de crescimento pessoal é muito importante [...] e no futuro sermos quem somos". (EA_4)

"...nós (4º ano) já temos a responsabilidade, tenho que preparar rapidamente a medicação não me posso enganar, ninguém está a olhar para mim, tenho que fazer isto direitinho porque, está em jogo a saúde do doente". (EB_4)

"...é mesmo a responsabilidade, o facto de ir dar medicação sozinha e não estar lá ninguém, [...], tinha muito medo de trocar e às vezes voltava para traz para vir confirmar, [...] no início aconteceu muitas vezes [...] fui ultrapassando com a segurança que se vai ganhando ao longo deste estágio". (EB_3)

"...tens a tua própria pressão, a pressão que pões sobre ti, [...] que nos obriga a trabalhar [...] a melhorar...". (EB_5)

"...este ano tínhamos muito mais autonomia e isso faz-nos aprender muito porque é fazendo as coisas sozinho e apercebendo-nos dos nossos erros que nós conseguimos aprender,...". (EB_3)

"...é a responsabilidade que nos é incutida". (EB_4)

"Em todos os anos nos é incutida responsabilidade". (EB_{11})

"...no 3º ano tens uma orientação mais presente [...] no 4º, não deixa de estar lá, mas [...] és tu própria que geres o turno à tua maneira". (EB_4)

"Acho que vamos adquirindo cada vez mais competências, que somos mais capazes, e [...] interiormente crescemos, temos de ser capazes de o fazer". (EB_{10})

"...a experiência profissional, não é, é que nos vai dar a segurança e nos vai fazer trabalhar como os enfermeiros que nós vemos nos serviços...". (EB_3)

"Os nossos objectivos vêm-se muito no poder de decisão no 4º ano [...] nos anos anteriores nós temos os campos de estágio e são aqueles e não outros, no 4º ano nós temos que os seleccionar...". (EB_2)

São quantitativamente significativas as referências que os estudantes fazem sobre a oportunidade de crescimento pessoal que as experiências em ensino clínico proporcionam. As interacções que ocorrem em contexto clínico, com base numa sólida relação interpessoal, permitem a aprendizagem e o crescimento pessoal. De acordo com Heidegger (1995), relacionar-se de uma maneira envolvente e significativa com pessoas implica ter em consideração o outro e possibilitar ao outro assumir os seus próprios caminhos, amadurecer e encontrar-se consigo mesmo. É este encontro dos estudantes com eles próprios que os faz tomar consciência do seu desenvolvimento interior de ordem mais pessoal. Por vezes, percepcionam este crescimento quando constatam o crescimento dos colegas que normalmente os acompanham nos ensinos clínicos, acentuado pelo sentimento de uma certa autonomia que advém da possibilidade de fazerem escolhas.

Esta subcategoria é rica em expressões que fazem referência ao crescimento pessoal dos estudantes, de que são exemplos: "*a evolução foi tão brutal*", "*sai-se de lá maior*", "*saímos daqui pessoas muito melhores*" " (EA_4). A ênfase é dada ao impacto do ensino clínico a nível pessoal e interpessoal, tendo subjacente variáveis psicossociais (auto-estima, sentido de auto-eficácia) e os próprios sentimentos. O modo como os estudantes avaliam a sua eficácia pessoal, a capacidade para realizarem os procedimentos ou enfrentarem determinados problemas, intervém como elementos decisivos em múltiplos sentimentos pessoais, especialmente nos que dizem respeito às relações interpessoais.

Nesta perspectiva, Jean Watson (1992), refere que a enfermagem consiste em ajudar as pessoas a alcançar um maior grau de harmonia dentro da mente, corpo e alma, o que por sua vez vai gerar o auto-conhecimento, o auto-respeito e o auto-cuidado, permitindo que a pessoa vivencie a própria afectividade, de forma a crescer e a realizar-se.

Quadro Síntese 3. Opinião dos estudantes sobre os factores que influenciam a aprendizagem

Estudantes	Factores que influenciam a aprendizagem				
	Supervisão clínica Competências pedagógicas	Supervisão clínica Competências científicas	Supervisão clínica Competências relacionais	Ambiente clínico e as relações interpessoais	Ambiente clínico e o crescimento pessoal
A1	x				
A2	x			x	
A3	x				
A4	x	x		x	x
A5	x	x		x	x
A6	x			x	
A7			x	x	
A8			x		
A9					x
A10			x	x	
A11					
A12					
B1					
B2				x	
B3			x	x	x
B4					x
B5					x
B6				x	
B7					
B8					
B9					
B10			x		x
B11			x		x
B12		x			

2.2.4. Situações consideradas geradoras de stresse pelos estudantes durante o ensino clínico

As evidências empíricas, obtidas pelos resultados da primeira fase metodológica deste estudo, evidenciaram a presença de stresse e dificuldades durante a aprendizagem dos cuidados de enfermagem nas experiências com que se deparam os estudantes durante o ensino clínico. Apesar de se ter obtido uma hierarquia das situações que mais stresse provocam, as experiências em torno da dor da morte são das mais referidas em vários estudos (Valadas, 1995; Oliveira, 1998a), como das mais geradoras de stresse nos estudantes de enfermagem, contudo, existem outras situações que influenciam e estão relacionadas com a aprendizagem dos cuidados de enfermagem neste período de formação.

Os estudantes de enfermagem entram para o curso no final da adolescência, são jovens, inexperientes, imaturos, a maioria não tomou ainda contacto com o hospital e pouca ou nenhuma convivência com a dor, o sofrimento e a morte (Carvalho, Pelloso Valsecchi & Coimbra, 1999), pelo que estas situações são vividas intensamente por eles neste período.

Rodrigues e Veiga (2006), num estudo em estudantes de enfermagem em estágio hospitalar confirmaram a existência de stresse perante a supervisão, as relações interpessoais, a realização na profissão, as condições de trabalho, a insegurança no trabalho, a responsabilidade, a integração no estágio, e a confiança nas capacidades profissionais, o que leva a concluir que o stresse em ensino clínico afecta o desempenho dos estudantes de enfermagem na prestação de cuidados, e observaram que quanto maior é o stresse sentido relativamente à realização profissional menores são as competências técnicas do aluno ao prestar cuidados ao doente.

Ivancevich e Matteson (1980), cit. por Peiró (1993), propõem quatro categorias de stressores: *1)* do ambiente físico; *2)* de nível individual (desempenho de papel e desenvolvimento da carreira); *3)* de nível grupal (relações interpessoais e pressões de grupo); *4)* de nível organizacional. Considerando que o stresse é um factor de risco de grande número de doenças, nomeadamente a depressão, e tendo em conta as condições dos contextos da prática de cuidados de enfermagem durante o ensino clínico e o bem-estar do estudante de enfermagem, torna-se necessário identificar a presença de stresse de modo a evitar as consequências negativas do mesmo. Neste sentido, a condição de stressor depende do tipo de avaliação que a pessoa faz da situação, da sua vulnerabilidade à mesma, ou seja, das suas características individuais e das estratégias de *coping* (Lazarus, 1993).

Neste cenário, definiu-se como objectivo: Tentar identificar as situações geradoras de stresse durante o ensino clínico, considerando as situações indutoras e a sua relação com o bem-estar psicológico do estudante do CLE, utilizando, para o efeito, os termos stressor, factores, fonte, situação e circunstância indutora de stress, no mesmo sentido.

A categoria, "*Situações consideradas preocupantes pelos estudantes durante o ensino clínico"* refere-se às situações geradoras de stresse e é constituída por sete subcategorias, como pode observar-se no quadro 7.

Quadro 7. Situações geradoras de stresse

Categoria	Subcategorias
Situações geradores de stresse	. Ambiente clínico e relação com o doente e família . Ambiente clínico e segurança dos cuidados . Ambiente clínico e sobrecarga . Ambiente clínico: impotência e incerteza . Supervisão clínica – Processo de avaliação . Supervisão clínica – Dimensão relacional

A categoria *"Situações geradoras de stresse*" permitiu duas orientações, uma relativa ao ambiente clínico que originou quatro subcategorias *"Ambiente clínico e relação com o doente e família"*, *"Ambiente clínico e segurança dos cuidados"*, *"Ambiente clínico e sobrecarga", "Ambiente clínico: impotência e incerteza*", e outra, relativa à supervisão clínica que originou duas subcategorias *"Supervisão clínica - processo de avaliação"* e *"Supervisão clínica - dimensão relacional"*, abordadas seguidamente.

A subcategoria *"Ambiente clínico e relação com o doente e família",* é constituída por expressões fortes que explicitam a relação dos estudantes com o doente e família, quando afirmam:

"...há turnos em que não temos possibilidade de disponibilizar tempo para o doente [...] é um bocado angustiante [...]. Nós queríamos investir [...] fazer o bem, sem ser aquela da técnica e de tratar, [...] e não há mesmo possibilidade, ... ". (EB_{12})

"...é das piores coisas que se pode ter que fazer [...] ter que dizer que um familiar faleceu". (EB_5)

"...a família, se acontece alguma coisa, cai sempre sobre nós, não é sobre os médicos [...] é mesmo sobre os enfermeiros". (EB_{10})

"...uma situação de morte, [...], comunicarmos à família [...] a minha preocupação era [...] o que é que eu faço agora? Como é que eu digo aos familiares? [...] não há formas correctas e formas ideais de se dizer [...] o seu ente querido morreu". (EA_2)

"...é sempre difícil estabelecer uma relação ajustada àquela pessoa saber o que a preocupa mais, e conseguir responder aos medos, às expectativas [...] é uma parte muito complicada desta profissão [...] nunca vamos estar completamente preparados ...". (EA_8)

Interpretando estes discursos, compreende-se a importância que os estudantes atribuem à relação com o doente e família no contexto da prática clínica. Esta relação gera stresse nos estudantes, porque sentem que não dispõem do tempo necessário para estabelecer uma relação de ajuda como também a grande responsabilidade que vão assumindo sobre a vida do doente e o seu bem-estar. A relação com o utente e a família tanto pode gerar sentimentos gratificantes como ser fonte de sofrimento para o estudante.

Na relação como doente e a família, angustiam-nos as vivências de fim de vida, o contacto com a dor, o sentimento de perda, o sofrimento e a comunicação da morte aos familiares. Diversos estudos sublinham a insuficiente formação que recebem os profissionais de saúde e os estudantes, bem como a falta de recursos das instituições para responderem adequadamente a este tipo de situações (Zalon, 1995). O fim de vida e a morte têm sido considerados como um dos maiores desafios que os profissionais e os estudantes de enfermagem enfrentam, quando se ocupam a cuidar de pessoas doentes e da família.

Para os estudantes, não é só o processo de morte que os stressa, mas também o comunicar a morte à família. É algo a que procuram sempre "escapar", como refere um estudante: *"não há formas correctas e formas ideais de se dizer [...] o seu ente querido morreu"* (EA_2). Apesar de não especificarem as dificuldades na relação com o doente e a família, deixam antever que elas estão relacionadas com a comunicação em determinados momentos, como o que dizer "naquele" instante especial, de modo a responder adequadamente, isto é, que as suas palavras tenham significado e sensibilidade pessoal no sentido de promover uma verdadeira relação de ajuda.

Um aspecto significativo, embora não tenha sido ainda vivenciado por todos os estudantes, diz respeito à situação de morte, que desperta sentimentos intensos. Nesta turbulência de sentimentos, não conseguem perceber a aparente indiferença dos profissionais de saúde e concretamente dos membros da equipa de enfermagem, que parecem revelar um distanciamento da situação de morte. Dos seus pontos de vista, este distanciamento da situação de morte poderá ser explicado pelo facto de esta problemática não ter sido abordada na formação inicial, em profundidade, ou quando o fazem, se limitarem à vertente técnica centrada nos procedimentos e cuidados *post-mortem*.

A morte é considerada um fenómeno natural, embora não signifique que exista sempre uma aceitação plena desta realidade, sendo um facto temido pela maior parte das pessoas e profissionais de saúde. Numa sociedade que dispõe de inúmeros meios técnicos para a evitar, não se ensina a reflectir sobre a morte nem tão pouco se educa para morrer (Eseverri, 2002). Nos profissionais de saúde, se a morte como experiência lhes produz mal-estar, ansiedade, incerteza e um sentimento de desprotecção (Cruz *et al.*, 2001), provavelmente os seus efeitos são muito mais intensos nos jovens estudantes de enfermagem.

A subcategoria *"Ambiente clínico e segurança dos cuidados",* é formada por depoimentos que reforçam a preocupação dos estudantes relacionada com os acidentes de trabalho e o receio de errar, de que são exemplo:

"...são os acidentes de trabalho, […], o simples picar de uma agulha pode mudar a nossa vida naquele momento […], a aflição da pessoa que se picou […] porque nós estamos ali a dar o nosso melhor, …". (EB_2)

"...o medo de me enganar na medicação […] pode sempre acontecer…". (EB_5)

"...a medicação é o que me preocupa mais […], erros de medicação, para mim, tenho medo! E fico muito stressada". (EB_{11})

"...o que me preocupa […] é por exemplo acidentes de trabalho […] manter um clima de segurança tanto para o doente como para mim". (EB_4)

"...preparamos […] administramos a medicação sozinhos, claro que com uma certa supervisão, mas, quando […] adquirimos uma certa autonomia e somos responsáveis por aquilo que fazemos, […] essa parte da medicação […] é uma coisa que me preocupa […] conferia, duas ou três vezes para ver se era aquela dose, […] forma de administração, […] ao longo destes anos todos preocupa-me e vai continuar a preocupar…". (EA_8)

"...na parte das técnicas, […] picar-me e ficar contaminada, claro que são preocupações do dia-a-dia, são situações stressantes […] que só com o tempo vamos ultrapassá-las...". (EA_8)

"...cometer um pequeno erro, […], relativamente à medicação, […] uma pequena falha, […] mesmo depois de ver e rever, às vezes na distribuição da medicação pode haver um engano, são coisas que realmente nos preocupam, o bem-estar do doente, […] que possa por em causa, a vida do doente…". (EA_7)

"...(preocupação) errar, e também pôr em causa a vida do doente…". (EA_{11})

"...[erros] medicação, […] é dos principais [erros que a preocupam]". (EA_{11})

> *"…é preocupante nós administrarmos um medicamento mal, […], muitas vezes nós estamos a administrar porque ele está prescrito, nem sabemos se ele está certo ou não…".* (EA_5)

Os estudantes revelaram a sua preocupação quanto à possibilidade de cometer erros na prática clínica, admitindo que estas situações, nomeadamente a administração de medicamentos, gera uma grande ansiedade e stresse, na medida em que pode comprometer a segurança do doente, como também a sua própria.

Para a maioria dos estudantes, o medo de errar advém da responsabilidade que atribui à administração de medicamentos, como relata um estudante "*…a medicação é uma coisa que me preocupa, todos os dias sempre que eu preparava a medicação, eu conferia, duas ou três vezes para ver se era aquela dose, se era aquela forma de administração, tudo isso para mim, ao longo destes anos todos me preocupa e vai continuar a preocupar, porque nós não aprendemos tudo…"* (EA_8), e do desconhecimento específico sobre aspectos farmacológicos, que os pode levar a errar e esse erro pode ser fatal, como refere outro estudante *"acho que é sobretudo errar, e também pôr em causa a vida do doente…"* (EA_{11}).

Oliveira (1998b), ao basear-se na teoria transaccional do stresse, afirma que "é esperado que seja stressante aquilo em que o indivíduo está mais empenhado ou assume maior compromisso, porque este empenhamento cria vulnerabilidade ao stresse" (p. 289). O empenhamento que colocam para evitar o erro e não falhar, não pondo em causa a vida do doente, é vivenciado de uma forma muito intensa pelos estudantes, a que se juntam as preocupações relacionadas com os acidentes na administração de medicamentos, como resultado da sua inexperiência e falta de destreza, com a provável repercussão na aquisição de uma doença transmissível.

A subcategoria seguinte, *"Ambiente clínico e sobrecarga"* é constituída pelos discursos dos estudantes, que referem:

> *"…no 4ºano a parte humana, […] nós precisávamos de ter tempo para isso, não há tempo […] porque as coisas tinham que ser feitas…".* (EB_3)

> *"…acho que não se faz mais, porque não há tempo e não há oportunidade para isso".* (EB_3)

> "…[Orientador] *diz têm que aprender a desenrascar-se, […], mais despachados, têm que ser tudo…".* (EB_{10})

"...há uma pressão da parte do orientador, [...], temos que esperar por ele para ir fazer notas, [...] para ir puncionar…". (EB_3)

"...vamos tentar fazer tudo, [...] chegávamos a um ponto [...] não conseguíamos fazer tudo, [...] gerir tempo, muitos doentes, muita coisa para fazer, uma pessoa começa [...] a desatinar, [...] eu quero mas não consigo". (EB_1)

"...tudo estava calmo, depois as coisas começavam a atrasar e ela [orientadora] *começava a ficar stressada [...] a tentar adiantar e éramos oito pessoas a querer mostrar notas, [...] tirar dúvidas, depois aquele stress, [...], chega a um ponto…".* (EB_9)

"...ainda não aprendemos muito bem a gerir o tempo, [...] as prioridades, [...] e então no princípio estamos assim um bocadinho às aranhas, e é a pressão …". (EB_4)

"...é o stress, [...] é estarmos numa fase difícil. É acordarmos cedo quando nos deitamos tarde porque estivemos a pesquisar qualquer coisa [...] não se conseguir dormir [...] é estarmos a pôr em prática alguma situação e estarmos a ser tão pressionados que simplesmente não conseguimos fazê-la". (EA_3)

Evidencia-se nos discursos dos estudantes a sobrecarga física e psicológica experimentada na aprendizagem dos cuidados de enfermagem, subjacente à necessidade de gerir o tempo, à quantidade e exigência de estabelecer prioridades nos cuidados, à falta de tempo e à pressão por parte dos supervisores, para no decurso do horário do turno de ensino clínico executarem todos os cuidados que foram planeados.

O excesso de trabalho, quer em termos quantitativos quer qualitativos, é uma fonte frequente de stress. Para Peiró (1993), por sobrecarga quantitativa entende-se o excesso de actividades a realizar, num determinado período de tempo; a sobrecarga qualitativa diz respeito às excessivas exigências com as competências, conhecimentos e habilidades. Por outro lado, considera o autor que se tem constatado relações significativas entre a sobrecarga de trabalho e o desenvolvimento de ansiedade, diminuição da satisfação com o trabalho, esgotamento emocional e comportamentos nefastos para a saúde.

Outra vertente da sobrecarga é o excesso de solicitações a que os estudantes estão sujeitos neste período, levantam-se cedo, têm que viajar até ao local do ensino clínico, têm que fazer pesquisas para fundamentar e complementar a prática dos cuidados, como expressa um dos estudantes *"... é estarmos numa fase difícil. É acordarmos cedo quando nos deitamos tarde porque estivemos a pesquisar qualquer coisa [...] não se conseguir dormir [...]*

é estarmos a pôr em prática alguma situação e estarmos a ser tão pressionados que simplesmente não conseguimos fazê-la" (EA_3), o que corrobora o estudo de Sarnadas (2000) sobre os "Factores desencadeantes de ansiedade e stress durante o ensino clínico", no qual identificou factores relacionados como a sobrecarga.

Na subcategoria *"Ambiente clínico: impotência e incerteza"*, os estudantes apontam:

"…eu não sou muito de ficar a pensar nas coisas […], mas houve um momento […], assisti à morte do senhor […], não se mexia não sei onde é que arranjou força para se sentar na cama, dar um grito e deitar para trás […] morreu. Tocou-me […], não sai de cá de dentro, há-de ficar cá sempre […], essa imagem…". (EA_{10})

"…o colega chega à tua beira […] a queixar-se! Uma pessoa também sente impotência […], não é só em relação aos doentes, […] ao orientador, mas, também aos teus colegas…". (EB_5)

"…as pessoas com quem te dás todos os dias, com quem convives a quem tu queres ajudar e queres que eles te ajudem". (EB_5)

"Cuidados pos-morte, […], uma das situações onde tive mais dificuldade, mesmo em prestar cuidados, porque nós estamos a cuidar dos doentes para promover o bem-estar, […], lidar com estas situações, são complicadas de ultrapassar…". (EB_3)

"…a impotência que sinto muitas vezes, […] nomeadamente, […] as pessoas que estão lá têm alguma idade, […] estão numa situação clínica má, […], nós temos que prestar os cuidados às pessoas e sabemos que, […], não vão melhorar…". (EB_5)

"…dói! mesmo muito quando nós não podemos fazer mais nada…". (EA_9)

"…reanimar uma pessoa por paragem […], sem sequer olharem para o processo […] disseram a patologia […]. Então pronto, não vamos investir mais. […] E se tivéssemos investido? Não temos a liberdade de dizer não. Vamos continuar […] temos aquela opinião reprimida, […], eu nessas situações resguardei-me e fiquei sentado a pensar…". (EA_9)

"…a primeira vez que me morresse um doente eu ia desistir do curso, porque não […] há preparação psicológica para lidarmos com uma situação de morte […]. Fui acompanhando a degradação física e psicológica do doente […], no dia em que ele faleceu esse doente foi-me atribuído […] a minha primeira reacção foi […]. Não pode ser, ele faz apneias muito longas […], avaliamos os sinais vitais e constatámos, de facto, que ele estava morto […] faleceu comigo […] era um estado terminal, não havia mais a fazer […] foi um choque muito grande …". (EA_2)

"...Nunca lidei com uma situação de morte, e sempre que pude [...] sou sincera, escapei. Não sei porquê [...] não consigo explicar [...], não é medo mas [...] tanto medo [...] a primeira coisa que eu fazia era ver se [o doente] respirava…". (EA_3)

"...qualquer profissional de enfermagem banaliza a morte [...] com uma descontracção que eu não compreendo, não entendo [...] e a última vez que tive essa oportunidade não consegui entrar na sala de tratamento". (EA_3).

A morte é relatada por todos os estudantes como um factor de stresse durante o ensino clínico. Deparar-se ou assistir ao momento da morte de um utente, coloca os estudantes perante os próprios limites e receios. Mais ainda, quando a maioria são estudantes jovens que se encontram na última fase da adolescência, etapa de grande vitalidade e energia, mas também de grande vulnerabilidade e sensibilidade (Jenkinson, 1997; Kimmel & Weiner, 1998), a vivência da morte é experimentada com tanta força e gera tantos temores que eles têm dificuldade em superá-la e em lidar com esta experiência.

São abundantes os trabalhos sobre a percepção da dor e da morte (Kiger, 1994; McIntyre, 1994; Rhead, 1995; Zalon, 1995; Loftus, 1998), cujos resultados vêm corroborar a opinião dos estudantes sobre o impacto destas vivências. É de sublinhar que a exposição continuada à morte e a questões eticamente discutíveis (aborto, prolongamento da vida) são elementos stressores a que os profissionais de saúde estão expostos (McIntyre, 1994; Vaz Serra, 1999) e que lhes provoca sentimentos de incerteza e impotência. Por este motivo, concorda-se com outros estudos que consideram necessário oferecer apoio psicológico de forma mais específica nestas situações (Johanson & Lally, 1991; Payne, Dean & Kalus, 1998), merecendo especial atenção os estudantes de enfermagem pelas particularidades desenvolvimentais que vão atravessando durante este percurso de formação.

Pelos análise dos dados, percebe-se que a maioria dos estudantes já presenciou uma situação de morte e que a sua reacção habitual era a de evitar, se possível, o confronto de uma situação de morte, revelando dificuldade em lidar com ela, porque para eles é algo novo, e que lhes causa a sensação de impotência e emoções que os deixam perturbados, o que acaba por interferir no processo de aprendizagem e nos cuidados. Isto porque para eles faz sentido manter e preparar a vida, não a morte. Apesar de se estarem a preparar para uma profissão que vai lidar constantemente com a morte, ainda não conseguem encará-la e reflectir neste processo como uma etapa natural da vida.

No contexto de ensino clínico, a avaliação é também uma fonte de stresse entre os estudantes e os supervisores, como é expresso na subcategoria "*Supervisão clínica - processo de avaliação",* pelos excertos de análise evidenciados:

"...pelo facto de sabermos que estamos a ser avaliados, […], e aquela pressão, […], isso vai alterar o nosso comportamento, ficamos ansiosos...". (EB_{10})

"...a pressão da avaliação é o que mais influencia na nossa maneira de estar, mesmo só com um orientador […] consegue influenciar a nossa maneira de actuar, de fazer os nossos procedimentos de enfermagem…". (EB_7)

"...podemos saber a técnica toda, […] ter feito milhares de vezes […] centenas, que sabemos que está ali um olhar atento atrás de nós e isso faz tremer por dentro, […] é o mais difícil". (EB_7)

"...estava sempre em cima de mim (orientadora) não me deixava fazer nada, […] respirar, […] são as pressões negativas que nos fazem mais mal…". (EB_4)

"...Se me enganar numa medicação […], a quem me hei-de dirigir, […]. Digo […], não digo […], temos sempre que dizer, […]. Mas sei que vou me prejudicar muito". (EB_5)

"...O estágio é sempre um momento stressante para todos […], porque estamos a ser avaliados…". (EA_4)

"...foi quando me piquei, com uma agulha de um doente […], fiquei muito preocupado porque estava muito ansioso, não queria ser prejudicado no estágio, […], a culpa não foi minha, […] [orientadora] disse «tem calma! Mesmo que a culpa fosse tua é toda minha. Tu não tens culpa, tu és aluno, estás a aprender…»". (EA_9)

"...há reuniões para haver uma uniformidade de critérios, […] da experiência que eu tenho ao longo destes 4 anos, é que não se verifica essa uniformidade e então há professores que […] orientam de uma forma outros de outra, […] nos campos de estágio no mesmo ano só se pode dar até 16, noutros dão 18, quer se dizer não há uma uniformidade…". (EA_1)

"...Preocupante, […], a avaliação e também a orientação, […], há professores e orientadores que são muito exigentes, há outros que são exigentes e há outros que não são nada exigentes…". (EA_1)

Quase metade dos estudantes entrevistados afirmaram que o seu desempenho é condicionado e influenciado pela componente da avaliação. Para Carvalho (2005), o espectro da avaliação acompanha todo o ensino clínico e constata-se que a avaliação é vivenciada pelos estudantes com sofrimento e ansiedade, traduzindo-se de forma negativa na aprendizagem.

No presente estudo, o receio de cometerem erros diante do supervisor ou dos enfermeiros é sublinhado na medida em que consideram que a avaliação é vista pelos supervisores com carácter sancionador. Simões e colaboradores (2008), afirmam que os supervisores valorizam os erros do foro técnico ou teórico e que estes erros também são encarados de forma negativa pelos profissionais. O facto de saberem que estão a ser observados e avaliados condiciona o seu modo de actuar e de realizar os procedimentos de enfermagem e, neste sentido, procuram adaptar o seu desempenho ao modo de trabalhar do supervisor enfermeiro ou do enfermeiro de referência por forma a agradar e a terem uma boa nota na avaliação final. De igual modo, Carvalho (2005), num estudo sobre a avaliação da aprendizagem em ensino clínico, salienta que "os alunos acham que os professores avaliam pelos erros que os alunos cometem e não pelas coisas boas que fazem" (p. 301).

Outro aspecto da avaliação que os estudantes mencionam é a falta de uniformidade nos critérios de avaliação por parte dos supervisores, que se reflecte numa maior subjectividade da avaliação sumativa, acabando por gerar insegurança e condicionar a aprendizagem. Consideram que existem diferenças significativas em função dos diferentes contextos de formação, e que a classificação final é muitas vezes estabelecida em critérios de exigência subjectiva.

A subcategoria "*Supervisão clínica - dimensão relacional*" impõem-se pela quantidade de discursos que lhe deram origem, com os estudantes a destacarem o poder stressante dos supervisor e da própria equipa de enfermagem:

"...uma enfermeira que simplesmente não atinou comigo [...], fez-me a vida negra até ao fim. Uma repressão psicológica! Todos os dias entrar naquele serviço era um sacrifício...". (EA_8)

"...havia um mau ambiente entre os profissionais de enfermagem e depois [...] eu ali fui a ovelha negra [...], até ao fim...". (EA_8)

"Os orientadores ligam mais à parte de estarem em cima de nós e fazer pressão nas técnicas do que propriamente na parte humana...". (EB_{10})

"É no 4º ano que nós não sentimos tanta pressão do enfermeiro...". (EB_2)

"...vou-me embora [orientador] que é para não te sentires nervosa, que é para ficares à vontade, corre muito melhor, é melhor do que ter alguém atrás de nós, [...] como eu já tive

em alguns estágios, […] a preparar a medicação, […], [o orientador] mesmo em cima, e eu [a tremer]". (EB_2)

"…acho que mesmo o pior de tudo é a pressão a que estamos sujeitos…". (EB_5)

"…no 4º ano não se sente tanta pressão, na realidade não se sente a pressão do enfermeiro…". (EB_5)

"…como aluna do 3º ano, […] é o stresse do enfermeiro orientador, quando uma pessoa está a fazer registos, […] e ele (diz), não […] olha ali, não, clica aqui, […], nós basicamente estamos a seguir as ordens dele, não estamos a fazer os nossos próprios registos…". (EB_8)

"…a personalidade do orientador, […] tudo estava calmo […] depois as coisas começavam a atrasar e ela começava a ficar stressada…". (EB_9)

"…a relação que há entre a equipa de enfermagem com os alunos do 3º ano, e os alunos do 4º ano é completamente diferente […] e se nós somos alunos do 4º ano, se calhar até ouvem o que nós estamos a dizer, se for um aluno do 3º ano, nós estamos a passar o turno para o ar…". (EB_2)

"…a minha orientadora achou que eu estava a despachar trabalho, humilhou-se mesmo! [a voz denota muita emoção…] à frente dos doentes". (EB_9)

"…é realmente muito mau, […] chegar junto do orientador e são humilhados, […], não é bem humilhados, não é essa a palavra porque que a intenção de certeza não é essa […] mas, a pessoa fica a sentir-se mal". (EB_5)

"…o facto de os orientadores às vezes […] não falarem da forma mais correcta com alguns colegas…". (EB_3)

"…punha as dúvidas e sentia que ao colocar uma dúvida, não sabia, e era péssima ou era má, aluna". (EB_{11})

"…infelizmente não conseguimos controlar o nosso nível de ansiedade, […], deviam não estar a baixar a pessoa mas sim a olhar nos olhos, […], porque nós também devemos olhar o doente, olhar nos olhos […] são as mais infelizes dos nossos ensinos clínicos". (EA_3)

"…o estágio é seis semanas, se essa situação ["rebocada em frente ao doente"] nos acontece na primeira semana vamos andar as restantes cinco com os níveis de ansiedade no máximo". (EA_2)

"…Uma coisa que nos demove é […], durante o ensino clínico somos chamados à atenção «Fizeste mal isto, é assim que se faz…Vai para casa e estuda porque não é assim». Passa uma semana, passam duas semanas e os orientadores só nos chamam à atenção; começamos a pensar […], afinal eu não sou bom em nada […] o que é que estou aqui a fazer? Porque que é que não nos dizem «fizeste bem, tu és bom, fazes bem isso»". (EA_{10})

"A pressão, acho que não deve ser exigida tanta pressão. Devem-nos tornar mais independentes com supervisão, […] estarem ali a pressionar e a dizer, que tinha feito mal, e que o resguardo estava dois centímetros abaixo ou acima […]. Acho que isso nos deixa tão mal". (EA_3)

"…há uma compressão […] que é aquela fase em que nos fazem sentir […] «muito bem! Conseguiste superar estas dificuldades»". Mas há aquela parte […] em que é comprimir ao máximo e chega a uma altura que explode …". (EA_5)

"…a minha primeira situação de morte […] para os orientadores ou para outros profissionais […], ter morrido uma pessoa é uma coisa normal e não se preocupam se o aluno está bem […], ficamos a pensar naquilo. No dia seguinte podiam-se preocupar em perguntar ao aluno se está tudo bem, […], se dormiu bem, se pensou naquilo […] nunca mais se fala nisso". (EA_1)

"…diante do doente […] estar ali a levar uma descascadela [do orientador] e conter-me, muitas vezes a nossa vontade é chorar, irmos embora […] levamos um sermão às 8 da manhã e temos que ficar até às 15…". (EA_2)

Nesta subcategoria, é substancialmente acentuada a vertente relacional que envolve o ensino clínico. Estes discursos permitem inferir que a presença do supervisor junto dos estudantes normalmente é stressante, deixando-os intimidados. As palavras, comentários e opiniões do supervisor adquirem uma importância extrema e exercem uma enorme influência sobre os estudantes no contexto de formação *"Todos os dias entrar naquele serviço era um sacrifício…"* (EA_8). As experiências de ensino-aprendizagem envolvem a dimensão emocional do estudante, a qual nem sempre é considerada pelos docentes.

É fundamental que os supervisores percebam o contexto emocional que rodeia o estudante durante o ensino clínico, de modo a serem capazes de proporcionar um ambiente receptivo, assertivo e acolhedor, capaz de atenuar a constante tensão a que aqueles estão sujeitos. A qualidade das relações interpessoais é um aspecto de grande importância no ambiente clínico. Assim, relações ambíguas, pautadas pela desconfiança, pouco cooperativas e predominantemente destrutivas, podem originar elevados níveis de tensão e de stresse ou, pelo contrário, relações pautadas pela compreensão, tolerância e espírito de auto-ajuda, podem ser muito gratificantes e contribuir, significativamente, para um bom ambiente de trabalho (Beehr, 1981).

Relativamente aos aspectos relacionais, outra das situações geradoras de stresse e que provoca sentimentos de humilhação nos estudantes, é o facto de serem chamados à

atenção em frente ao doente ou colegas, constatação também obtida por Rodrigues e Veiga (2006), no estudo sobre *"Stresse em estagiários de enfermagem e sua influência na relação de ajuda ao doente"*, onde se verificou a existência de stresse nos estudantes quando são objecto de repreensão por parte dos supervisores perante os doentes/utentes.

Em jeito de síntese, pode inferir-se que em contexto clínico, os estudantes experienciam inúmeras situações geradoras de stresse, nomeadamente as que se relacionam com o ambiente clínico nas vertentes da relação doente/família, da segurança dos cuidados, da sobrecarga de trabalho e com os sentimentos de impotência e incerteza durante o processo de cuidar, bem como as que se relacionam com a supervisão clínica no que respeita ao processo de avaliação e dimensão relacional. No entanto, como refere Carvalho e colaboradores (2004), o facto de os estudantes conseguirem alcançar objectivos mediante tantos aspectos ansiogénicos e stressantes, de entre os quais o enorme conteúdo inovador e desconhecido dos contextos clínicos, em que o desempenho e o relacionamento com terceiros é uma realidade importante, reflecte-se no aumento da autoconfiança, capaz de influenciar o comportamento dos estudantes em próximas aprendizagens clínicas e até na sua vida profissional.

Quadro Síntese 4. Opinião dos estudantes sobre as situações geradoras de stresse

Estudantes	Situações geradoras de stresse					
	Ambiente clínico e relação com o doente e família	Ambiente clínico e segurança dos cuidados	Ambiente clínico e sobrecarga	Ambiente clínico e impotência e incerteza	Supervisão clínica Processo de avaliação	Supervisão clínica Dimensão relacional
A1					x	x
A2	x			x		x
A3			x	x		x
A4					x	
A5		x				x
A6						
A7		x				
A8	x	x				x
A9				x	x	
A10				x		x
A11		x				
A12						
B1			x			
B2		x				x
B3			x	x		x
B4		x	x		x	
B5	x	x		x	x	x
B6						
B7					x	
B8						x
B9			x			x
B10	x		x		x	x
B11		x				x
B12	x					

2.2.5. Recursos mobilizados pelos estudantes durante o ensino clínico

Quando o indivíduo é confrontado com acontecimentos de vida por ele avaliados como perturbadores, o seu organismo reage de forma a tentar gerir esses acontecimentos e ajustar-se a eles (Bishop, 1994). Segundo Sordes-Arder, Fsian, Esparbés e Tap (1996), para ultrapassar o conflito gerado pela situação perturbadora, o indivíduo emprega estratégias de *coping*.

Na perspectiva cognitivista, Lazarus e Folkman (1984) definiram o conceito de *coping* como o conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizado pelos indivíduos com o objectivo de lidar com problemas específicos, internos ou externos, que surgem em situações de stresse e são avaliadas como sobrecarregando os seus recursos pessoais.

Neste sentido, e segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), *coping* pode ser, também, entendido como a:

> …disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendem contra ameaças percebidas como ameaçadoras da auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização de aceitação da situação, aumento do conforto psicológico (CIE, 2006, p. 80).

Lazarus e Folkman (1984), descrevem um processo de avaliação cognitiva, segundo o qual o indivíduo percebe a situação causadora de stresse e o nível de stress que ela gera. De acordo com estes autores, há duas formas de avaliação que convergem para definir o potencial stressante de uma situação e os recursos de *coping* necessários: *1)* a avaliação primária, em que o sujeito determina o significado que o evento pode ter para o seu bem-estar (positivo, negativo ou indiferente); *2)* a avaliação secundária, quando a situação é vista como negativa, ocorre a avaliação dos recursos disponíveis para enfrentá-la.

Os mecanismos de adaptação ao stresse pelos profissionais de enfermagem são individuais, conforme as necessidades de cada um. De acordo com Nunes (1995), as estratégias de *coping* ajudam o indivíduo a ter uma melhor estima de si mesmo e favorecem a mudança no sentido da manutenção da vida e da capacidade de reagir.

No sentido de se perceber as estratégias a que recorrem os estudantes para ultrapassarem as dificuldades, definiu-se como objectivo: Identificar os recursos que os estudantes mobilizam durante o ensino clínico, cuja categoria e subcategorias se encontram descritas no quadro 8.

Quadro 8. Recursos mobilizados pelos estudantes do ensino clínico

Categoria	Subcategorias
Recursos mobilizados	. Apoios contextuais . Estratégias de *coping*

A categoria "*Recursos mobilizados"* ficou constituída por duas subcategorias: uma referente aos *"Apoios contextuais*" e outra às *"Estratégias de coping",* que seguidamente se analisam.

Na subcategoria "*Apoios contextuais*", os estudantes expressaram a importância de se sentirem apoiados nos contextos de ensino clínico. Por se considerar a riqueza de opiniões, reproduzem-se as suas respostas:

"…não é muito com a ajuda dos orientadores, […] vou chatear os colegas…". (EB_{10})

"…Uma situação muito má quando um aluno não tem o apoio do orientador …". (EB_5)

"…aprende-se muito melhor, confrontando os orientadores, tendo uma conversa…". (EB_{11})

"…ultrapassei o meu maior medo do curso […] morrer um doente. Para mi, foi uma situação marcante […] recorri ao orientador […] foi bastante receptivo. Comunicou à família, depois explicou-me «Olha, deves dizer isto […] aquilo". (EA_2)

"…as nossas bengalas, (são) os nossos melhores amigos porque, apesar de tudo, nós protegemo-nos muito uns aos outros, estamos…". (EA_3)

"…se temos um orientador ele devia ser o nosso primeiro apoio, muitas vezes isso não acontece". (EA_1)

"…não tivermos um orientador dentro do nosso campo de estágio que nos dê o apoio que nós precisamos…". (EA_6)

Nesta subcategoria, os estudantes referem-se aos apoios a que recorrem no contexto clínico, e focalizam as suas observações nos supervisores de uma forma muito crítica. Têm um bom conhecimento da forma como devem resolver os seus problemas e

consideram que os supervisores deveriam ser o apoio nas situações difíceis específicas que ocorrem no contexto clínico, embora alguns não sintam isso. Contudo, referiram situações em que o orientador respondeu positivamente ao pedido de ajuda solicitado. Usam, como recurso, uma atitude de confronto para a resolução activa dos problemas, conversando com os orientadores. Ao considerarem os recursos disponíveis, mencionaram o apoio dos colegas de grupo e amigos para encontrarem conforto psicológico. Na opinião de Vaz Serra (1987), lidar com o stress depende essencialmente dos recursos específicos, pessoais e sociais, de cada um e das estratégias de *coping* utilizadas.

As estratégias de *coping* podem ser focalizadas no problema e direccionadas internamente, o implica a redefinição do elemento causador de stresse. Ou podem ser dirigidas para uma fonte externa de stresse, o que inclui estratégias, tais como negociar, para resolver um conflito interpessoal ou solicitar apoio, reflectido em ajuda prática de outras pessoas.

Vaz Serra (1986b), citando Wells e Marwell (1976), é de opinião de que "a maneira como uma pessoa se percebe e se avalia pode ditar a forma como se relaciona com os outros, as tarefas que tenta, as tensões emocionais que experimenta e o modo como subsequentemente se percebe" (p. 58). Neste contexto, o auto-conceito do indivíduo e as estratégias de *coping* que usualmente utiliza na resolução dos seus problemas têm grande importância não só em relação à percepção que tem do mundo à sua volta como no êxito e fracasso que obtém para enfrentar as situações stressantes (Vaz Serra & Pocinho, 2001).

Salienta-se que os factores do contexto de ensino clínico, com as suas características particulares, têm um preponderante papel na importância que os estudantes atribuem à natureza da experiência stressante, à disponibilidade de recursos de *coping* e ao resultado do esforço de *coping.* Neste sentido, a auto-eficácia é responsável pelas diferenças encontradas na forma de lidar com as situações difíceis e nos seus julgamentos traduzem a convicção de posse de competências para lidar com essas mesmas situações. Essas interacções com o contexto são avaliadas de modo a estruturar futuras respostas adaptativas (Bandura, 1997).

No que respeita, às "*Estratégias de coping*", os excertos centram-se na forma como ultrapassam as situações difíceis no ensino clínico, de que são exemplo:

"…a nossa vontade é chorar! […] controlar-me […] conter-me, deixar os problemas à porta do serviço […] gerir as emoções todas que se formam […] para não prejudicarmos o doente e a nossa relação com ele, […], mas nós somos seres humanos […] foi algo com que cresci muito…". (EA_2)

"…não valia de nada o apoio dos meus colegas, […], o apoio da família, não valia de nada!" só […] o simples facto de estar com aquelas pessoas que precisavam de mim […] foram elas que me fizeram aguentar até ao fim". (EA_8)

"…aquela pessoa fez-me sentir pior «tu não vais ser uma boa enfermeira», […] fez-me pensar. O estágio seguinte correu às mil maravilhas […] reconheci que sou boa naquilo que estou a fazer, estou a fazer bem […] tenho todas as razões para continuar e […] atingir excelência em enfermagem". (EA_8)

"…que sei que tenho o apoio, pelo menos, dos meus colegas,..". (EA_3)

"…tinha um colega de estágio e a orientadora,..". (EA_9)

"*…que eu tive um orientador que via tudo e mais alguma coisa…".* (EA_5)

As estratégias de *coping* correspondem às respostas dadas pelos estudantes e têm por finalidade diminuir a carga física emocional e psicológica ligada aos acontecimentos indutores de stresse no ensino clínico, ajudando-os a lidar com o problema e a regular as emoções. Neste sentido, evidenciaram que recorrem aos supervisores, aos enfermeiros, à família e ao próprio doente/utente, mobilizando recursos internos de ordem cognitiva. As estratégias de *coping* são eficazes quando têm como propósito dos estudantes reduzir a tensão ocasionada pelo acontecimento stressante, de forma a conseguirem adaptar-se à situação (Vinay, Esparbès-Pistre & Tap, 2000).

As intensas e marcantes experiências de ensino clínico, levam os estudantes a sentir a necessidade de apoio e a recorrer às estratégias de *coping*, por eles significativamente expressas. Descreveram situações em que, através do diálogo com os enfermeiros, se sentiram acolhidos e apoiados para exporem os seus sentimentos em relação a situações difíceis que tiveram de enfrentar. Contudo, também existiram situações em que os supervisores não estiveram presentes ou foram mesmo fonte de stresse. Ao não serem identificados como elementos de suporte, os estudantes tendem a reprimir os seus

sentimentos e a não solicitar a ajuda de que necessitam para a resolução dos seus problemas, desenvolvendo defesas pessoais, para aliviarem a sobrecarga emocional, sentindo-se muitas vezes sós nas suas decisões, o que consequentemente se vai traduzir em retraimento emocional pouco compatível com o bem-estar psicológico (Costa & Leal, 2006).

Esta subcategoria permitiu conhecer os recursos e estratégias que os estudantes utilizam para superar as situações de crise no ensino clínico. Durante a prática clínica, os estudantes necessitam de se ajustar a um conjunto de experiências complexas, que por vezes lhes causam sofrimento, normalmente acompanhadas de sentimentos de ansiedade e frustração. Para ultrapassar estados emocionais negativos parece ser decisivo o apoio encontrado junto dos colegas de curso e família (Machado & Almeida, 2000), embora aqueles nem sempre sejam suficientes para a resolução de situações mais problemáticas, como referiu um estudante *"o simples facto de estar com aquelas pessoas (os doentes) que precisavam de mim [...] foram elas que me fizeram aguentar até ao fim"* (EA_8).

Ao analisar-se as estratégias indicadas pelos estudantes, estes destacaram o apoio do supervisor, o apoio familiar, o apoio dos amigos e colegas, a força interior pelo estímulo de ajudar os doentes, isolando-se às vezes, procurando fundamentos teóricos e procurando sentimentos positivos de esperança e confiança em si mesmos. Ao discutir-se a dimensão relacionada com as estratégias de *coping*, pode inferir-se que as utilizam com frequência e que as consideram como necessárias para facilitar a aprendizagem dos cuidados.

Neste sentido, pensa-se que os estudantes devem aprender a desenvolver capacidades individuais de controlo do stresse, nomeadamente as competências para lidar com situações difíceis, no sentido de os tornar mais resilientes à sobrecarga emocional. Os estudos apontam para a necessidade de a formação inicial privilegiar o desenvolvimento curricular de mecanismos de suporte individual, relacional e social que, numa perspectiva multidisciplinar, ajudem os estudantes a aperfeiçoar os mecanismos mais eficazes para lidar e ultrapassar as situações difíceis e de stresse.

Quadro Síntese 5. Opinião dos estudantes sobre os recursos mobilizados

Estudantes	Recursos mobilizados pelos estudantes	
	Apoio contextuais	Estratégias de *coping*
A1	x	
A2	x	x
A3	x	x
A4		
A5	x	
A6	x	
A7		
A8		x
A9		x
A10		
A11		x
A12		
B1		
B2		
B3		
B4		
B5	x	
B6		
B7		
B8		
B9		
B10	x	
B11	x	
B12		

2.2.6. Necessidades percepcionadas pelos estudantes no ensino clínico

Paulino (2007), num estudo que realizou constatou que as necessidades mais sentidas foram: o tempo livre, os meios técnicos e informáticos, a falta de cooperação interdisciplinar, a necessidade de uma maior duração do estágio, a falta de tempo para os trabalhos escritos.

Macedo (2004), realizou outro estudo onde aponta sugestões para a melhoria do ensino clínico que se relacionam com a supervisão, a importância de um horário menos sobrecarregado, os estágios em sintonia com o ano de leccionação da disciplina, a presença mais assídua dos docentes nos campos de estágio e a melhor gestão da calendarização do período de ensino clínico com as actividades extra-escolares.

Assim, do ponto de vista destes estudantes, torna-se oportuno conhecer as necessidades sentidas, pelo que definiu-se como objectivo: Identificar as necessidades sentidas pelos estudantes durante o ensino clínico.

Quadro 9. Necessidades sentidas pelos estudantes durante o ensino clínico

Categoria	Subcategorias
Necessidades identificadas	. Preparação dos Supervisores . Formação Pessoal

Para a categoria *"Necessidades identificadas",* os discursos dos estudantes orientaram-se para duas subcategorias: *"Preparação dos supervisores*" e *" Formação pessoal".*

A subcategoria "*Preparação dos supervisores*" agrupa a opinião dos estudantes relativamente à preparação dos profissionais de enfermagem e dos supervisores, como pode observar-se pelas citações seguintes:

"...em relação aos orientadores é o tal apoio que no início dos ensinos clínicos dizem-nos assim: «vocês estão aqui, tem aqui os orientadores para vos apoiar, para vos ensinar aquilo que vocês precisarem», e nós não sentimos isso…". (EB_{11})

"...eu fui-lhe pedir ajuda, e ela [a enfermeira] disse-me, que se eu não sabia que fosse procurar que ela não tinha nada que me dizer". (EB_{10})

"...experiência profissional, […] essa parte que nós não temos, mas temos cá as competências que foram desenvolvidas ao longo destes quatro anos". (EB_{12})

"...uma pessoa repara muito na enfermagem, […] é a falta de humildade que os enfermeiros têm […] acham que sabem tudo e não querem saber mais, ou acham que é uma ofensa alguém lhes ensinar alguma coisa". (EB_{11})

"...acontece com bastante frequência, infelizmente, […] os orientadores […]. Ridicularizarmo-nos em frente ao doente, os coordenadores […] da escola, têm que estar um bocadinho mais despertos para isso…". (EA_2)

"...a selecção dos orientadores deve ser um caso a pensar, porque eu tive um orientador que não atinou comigo […] acho que nós somos muito atingidos, mais a nível psicológico, por causa desse tipo de situações". (EA_8)

"...quem nos está a orientar não nos dar o devido apoio, porque se nós temos um orientador ele devia ser o nosso primeiro apoio, muitas vezes isso não acontece". (EA_1)

> *"…isso era um ponto a ter em conta, haver mais uniformidade de critérios, tanto na avaliação como na orientação…".* (EA_1)

> *"…há excesso de pessoas nos campos de estágio, o serviço de medicina […], chega a ter 30 pessoas dentro de uma sala de enfermagem, numa passagem de turno […], considero muito importante resolver isso".* (EB_1)

As necessidades mencionadas pelos estudantes durante o ensino clínico estão relacionadas com a actuação dos enfermeiros e supervisores. Os estudantes destacaram a preparação inadequada destes profissionais para o processo de ensino-aprendizagem, traduzindo-se na falta de companheirismo e apoio, indiferença, passividade, e pouco implicados na aprendizagem no contexto da prática clínica. Evidenciam a falta de humildade dos profissionais que não se mostram receptivos às opiniões fundamentadas dos estudantes. Num estudo efectuado, Rodrigues (2007) refere que os enfermeiros supervisores são apontados como a variável de maior importância no êxito da formação em ensino clínico.

De facto, as necessidades percepcionadas como mais relevantes, são a falta de apoio por parte do supervisor docente e supervisor enfermeiro, como exemplifica o discurso *"…. Ridicularizarmo-nos em frente ao doente, os coordenadores […] da escola, têm que estar um bocadinho mais despertos para isso…"* (EA_2). Outro estudante manifestou a necessidade de ser repensado o número de estudantes nos diferentes contextos de aprendizagem clínica, *"…há excesso de pessoas nos campos de estágio, o serviço de medicina […], chega a ter 30 pessoas dentro de uma sala de enfermagem, numa passagem de turno […], considero muito importante resolver isso"* (EB_1). O supervisor, segundo Simões e colaboradores (2008), deve estar atento às necessidades formativas, às motivações, às capacidades e competências profissionais do estudante, de forma a adequar a sua intervenção e comunicação às necessidades que percepciona.

A próxima subcategoria *"Formação Pessoal"* resulta da percepção que os estudantes formulam relativamente às suas necessidades de formação durante o ensino clínico:

> *"…eu fui para Valência, a minha colega foi para um serviço de oncologia. Nós nunca passamos. É claro que vamos ter que estudar, […] as formações contínuas, as formações em serviço são para isso […], as pessoas vão-se actualizar e temos necessidade disso".* (EB_4)

"...imagine que para a semana vamos trabalhar, eu acho que estou preparada apesar de saber [...], se amanhã disserem, vais trabalhar para um serviço de [...], cirurgia, eu vou ter que aprender muita coisa de novo mas, [...], isso é em todo o lado". (EB_3)

"...estive na mobilidade, e acho que isso é muito importante, porque conhecemos outro País, outra cultura [...] outras [...] outras maneiras de trabalhar outras técnicas, [...] deviam investir a esse nível [...] na mobilidade!". (EB_4)

"...no 4º ano poder escolher, poder propor-se a um serviço, [...] acho que seria importante, por exemplo, [...], eu gostava muito de fazer uma especialidade em obstetrícia e ginecologia e gostava de poder passar algum tempo no bloco de partos". (EB_3)

"...sempre disse que a primeira vez que me morresse um doente eu ia desistir do curso, porque não estava [...] e aqui na escola não temos muita formação [...] não há preparação psicológica para lidarmos com uma situação de morte...". (EA_2)

"...A escola peca um bocadinho [...] quando se fala em cuidados paliativos, [...], fala-se assim muito ao de leve. A escola deveria investir, em comunicação e lidar com uma situação de morte". (EA_2)

"...eu não me senti preparada para [...] dar medicação, [...], não tive essa disciplina, farmacologia para mim foi zero, zero". (EA_6)

"...tive farmacologia, um mês, dois meses, [...] farmacologia, foi aquela cadeira mesmo que só estudamos para a frequência, mais nada, se calhar também é culpa nossa não investirmos, mas acho que não estamos a ter esse apoio, e por isso termos tanto medo de errar". (EA_3)

"...essa parte de oncologia, [...] é fundamental, saber lidar com essas situações, [...] não nos prepara para isso...". (EA_4)

"...falta-nos muito experiência em termos de lidar com doentes oncológicos [...] é parte a desenvolver". (EA_4)

"...para mim não tive essa disciplina, farmacologia para mim foi zero, zero". (EA_6)

Dos excertos dos discursos acima identificados, pode inferir-se que os estudantes sentem que para o seu desenvolvimento profissional existem vertentes de formação inicial para as quais sentem necessidade: de uma maior experiência em cuidados oncológicos, paliativos, a falta de conteúdos teóricos na preparação e administração de medicação (unidade curricular de farmacologia*)*. Aproveitaram para reforçar uma vez mais que a escola *"deveria investir, em comunicação e lidar com uma situação de morte".* (EA_2).

É valorizada a experiência no âmbito dos programas de mobilidade de estudantes como oportunidade de conhecer e praticar os cuidados de enfermagem em realidades socioculturais diferentes. Apesar de tudo, os estudantes do 4º ano sentem-se suficientemente preparados para enfrentarem o mercado de trabalho, manifestando um sentimento de que a formação em alternância promove a eficácia profissional, apesar de considerarem que o ensino clínico não os prepara para todas as situações dos cuidados de enfermagem.

Quadro Síntese 6. Opinião dos estudantes sobre as necessidades sentidas

Estudantes	Necessidades sentidas pelos estudantes	
	Preparação dos supervisores	Formação Pessoal
A1	x	
A2	x	x
A3		x
A4		x
A5		
A6	x	x
A7		
A8	x	
A9		
A10		
A11		
A12		
B1	x	
B2		
B3		x
B4		x
B5		
B6		
B7		
B8		
B9		
B10	x	
B11	x	
B12	x	

2.2.7. Expectativas dos estudantes em relação ao ensino clínico

Nesta categoria, solicitou-se aos estudantes que nos apresentassem as suas expectativas em relação ao ensino clínico e ao seu futuro profissional.

Segundo Pieron (1977), a expectativa é uma atitude de espera com um certo grau de esperança, conceito que se relaciona com os projectos pessoais e profissionais. Assim, pode referir-se que as expectativas "são percepções do comportamento adequado ao

nosso próprio papel ou posição ou as percepções que temos dos papéis dos outros no âmbito da organização" (Hersey & Blanchard, 1986, p. 157). Segundo estes autores, as expectativas influenciam o comportamento das pessoas em resultado da percepção ou interpretação da realidade, referindo como realidade aquilo que é percepcionado pela pessoa.

Na expectativa, a ênfase centra-se nos resultados esperados, que condicionam a expectativa e a acção em si. Para Hersey e Blanchard (1986), "a expectativa é uma probabilidade percebida de satisfazer uma determinada necessidade por um indivíduo, com base na experiência do passado" (p. 29). Neste sentido, o termo "expectativa" é utilizado sempre com um sentido de projecção no futuro, no entanto, reporta-se sempre a experiências passadas. A expectativa refere-se a previsões, a curto prazo, de resultados numa tarefa relativamente circunscrita. Traduz, de acordo com Fontaine (1988), a confiança que o sujeito tem nas suas possibilidades de sucesso, assim como a sua tolerância à frustração caso as suas previsões não se realizem.

Na categoria *"Expectativas dos estudantes em relação ao ensino clínico"* procurou-se conhecer as expectativas que os estudantes de enfermagem têm quando iniciam o ensino clínico, tendo como objectivo: Identificar as expectativas dos estudantes em relação ao ensino clínico. Esta categoria gerou três subcategorias como pode visualizar-se no quadro 10.

Quadro 10. Expectativas dos estudantes em relação ao ensino clínico

Categoria	Subcategorias
Expectativas	. Preparação profissional . Consolidação de conhecimentos . Perspectivas pessoais

A categoria *"Expectativas para o ensino clínico"* gerou três subcategorias "*Preparação profissional*", *"Consolidação de conhecimentos"* e *"Perspectivas pessoais"*.
No tocante à subcategoria "*Preparação profissional*", verificou-se que o ensino clínico satisfaz as expectativas dos estudantes quanto à qualidade da formação oferecida e da preparação para a profissão, conforme indicam os discursos seguintes:

> *"...quando sairmos daqui do 4º ano estamos mesmos preparados para exercer o que quer que seja e por onde for..."* . (EB_5)

"...Acho que vamos adquirindo cada vez mais competências, [...], temos de sermos capazes de o fazer". (EB_{10})

"...às vezes os ensinos clínicos não são tão ricos em experiências quanto deveriam ser, [...] quanto mais experiências melhor, [...], depois para a nossa prática profissional". (EB_2)

"...o estágio de 4º ano prepara-nos muito bem para o que vem a seguir, isso, e conseguimos ter todas as experiências, conseguimos ter tudo para trabalhar". (EB_5)

"...a experiência profissional, é que nos vai dar a segurança e que nos vai fazer trabalhar como os enfermeiros que nós vemos nos serviços...". (EB_3)

"...o que nos dá os ensinos clínicos, é a diversidade de situações, uns mais outros menos, equiparadas àquelas que nós vamos ter na vida profissional". (EB_{11})

"...já podemos ser chamados para trabalhar, [...] sentimo-nos capazes de trabalhar onde for, não sabemos tudo, [...] mas acho que o estágio de 4º ano prepara-nos muito bem para o que vem a seguir, [...], conseguimos ter todas as experiências, [...] ter tudo para trabalhar". (EB_5)

"...neste momento, sentimo-nos inseguros para ir trabalhar para um serviço, como é evidente, nós nunca trabalhamos, nunca fomos enfermeiros [...] precisamos de [...] desenvolver [...] a nossa prática". (EB_3)

"...eu acho que uma pessoa sai do 4º ano com uma ideia muito bem formada do que é ser enfermeiro...". (EB_1)

"...o ensino clínico é importante e a nível profissional, futuramente para nós desenvolvermos a nossa profissão, [...], adquirirmos competências para desenvolvermos bem a profissão de enfermagem...". (EA_5)

"...saltamos para a vida profissional, [...] somos responsabilizados, mais responsabilizados pelos nossos actos, enquanto que nós antes ainda tínhamos algum suporte por trás...". (EA_5)

"...ensino clínico dá-nos as ferramentas essenciais para a gente iniciar a nossa vida profissional, mas depois de a iniciarmos cabe-nos a nós também investir [...] nada na nossa profissão é estático...". (EA_7)

"...É assim, eu acho que o ensino clínico que nos prepara, por isso é que nós o temos, senão [...] é assim, claro que nos dá as bases, mas não nos dá tudo...". (EA_1)

"...acho que é a imagem profissional de enfermagem que se ganha no estágio...". (EA_1)

"...4º ano, o grau de autonomia, o grau de responsabilidade é completamente diferente, por isso eu não me encontro em ponto de dizer até que ponto nos prepara para o futuro...". (EA_2)

> *"...o ensino clínico, [...] permite-nos adquirir as competências necessárias para desenvolvermos a actividade profissional de enfermagem..."*. (EA_5)

As expectativas dos estudantes relativamente aos ensinos clínicos, estão directamente associadas com a quantidade e qualidade das experiências de aprendizagem que os preparem para as exigências da vida profissional. As suas expectativas direccionam-se para o atingir dos objectivos preconizados para o ensino clínico e, para isso, esperam que o contexto clínico lhes proporcione uma diversidade e complexidade de situações dos cuidados de enfermagem, semelhantes àquelas com que se vão deparar na vida profissional, com o máximo de autonomia possível.

Revelam, também, expectativas de experiências profissionais que lhes permitam adquirir confiança e segurança na prestação de cuidados de modo a sentirem-se suficientemente preparados para a prática de cuidados profissionais. Este tipo de expectativas é mais evidente nos estudantes do 4º ano, pela proximidade com o mundo do trabalho, as expectativas são em torno da aprendizagem que os ajude a construir o seu próprio conhecimento. E são estes estudantes os que mais satisfeitos se encontram com o ensino clínico ao experimentarem um sentimento de eficácia, de terem confiança em si próprios, de se sentirem mais seguros nos cuidados que prestam, isto acontece porque a percepção da própria eficácia vai sendo construída ao longo dos ensinos clínicos.

Neste sentido, consideram que o ensino clínico lhes permite a aquisição das bases de aprendizagem e têm consciência da necessidade de investir na formação contínua ao longo da vida. As suas expectativas de preparação profissional são positivas e optimistas, como é exemplo a afirmação de um estudante *"...o estágio de 4º ano prepara-nos muito bem para o que vem a seguir, e conseguimos ter todas as experiências, conseguimos ter tudo para trabalhar"* (EB_5), revelando implicitamente as expectativas de socialização profissional com vista ao ambiente de trabalho futuro. Como refere Dubar (1991), a formação recebida durante a aprendizagem profissional permite a estruturação da identidade profissional, e esta é resultante de um subsequente processo de retradução e reajustamento, no confronto com as experiências concretas nos contextos de trabalho.

A subcategoria seguinte *"Consolidação de conhecimentos"* evidencia a aquisição e consolidação dos conhecimentos no ensino clínico, de que são exemplos:

"...quando vamos para estágio temos sempre um objectivo, [...], o de correr bem o estágio e conseguirmos sair de lá, aprender o máximo possível". (EB_3)

"...saímos daqui com competências pessoais [...], olhamos e temos muito a aprender [...], e temos que aprender a fazê-lo, [...] mesmo em termos profissionais...". (EB_{12})

"...temos objectivos em relação ao próprio serviço, em relação às actividades que se desenvolvem lá, [...] em relação a tudo que envolve o próprio serviço, e é gratificante no fim do estágio, saber [...] que valorizaram a nossa prestação naquele serviço e que conseguíamos dar resposta aquilo que era necessário, àqueles, àqueles doentes". (EB_3)

"...oportunidades, ter o máximo de oportunidades [...] acho que é tentar aprender o mais possível, [...], nós definimos no início, sairmos de lá mais capazes de fazer mais coisas e aproveitar todas as oportunidades que surjam". (EB_{10})

"...consoante as nossas dificuldades vamos estabelecendo novos objectivos e tentar superá-los...". (EB_8)

"...é aprender o máximo possível, sair de lá e sentir-se que é capaz de enfrentar inúmeras situações, [...] sempre evoluir positivamente...". (EB_9)

"...deparar-nos com as situações que na vida profissional vamos ter [...] as situações que na vida profissional vamos ter...". (EB_{11})

"...eu acho que uma pessoa sai do 4º ano com uma ideia muito bem formada do que é ser enfermeiro...". (EB_{11})

"...temos cá as competências que foram desenvolvidas ao longo destes quatro anos". (EB_{12})

"...imagine que para a semana vamos trabalhar, eu acho que estou preparada [...], apesar de saber [...], eu vou ter que aprender muita coisa de novo mas, [...], isso é em todo o lado". (EB_3)

- *"...o que me interessa mais é aprender bem, prestar bom serviço, sempre do melhor e ter uma nota boa".* (EA_4)

"...começar bem, acabar muito melhor...". (EA_4)

"...expectativas são sempre boas, uma pessoa pensa sempre que quer estabelecer uma boa relação com a equipa, desenvolver bem o ensino clínico [...] eu ponho-as sempre, num nível superior, depois elas podem é manter-se ou ir decrescendo, [...], as minhas acções sempre feitas da melhor maneira possível...". (EA_5)

"...a primeira semana é uma semana de muita ansiedade, [...], na fase de habituação não só ao serviço mas também ao estilo de orientação do orientador e do coordenador, e mediante isso depois é que vamos vendo se podemos evoluir mais [...] e mediante o decorrer do estágio é que os objectivos se vão colocando". (EA_2)

"...então o ensino clínico tem que obrigatoriamente nos dar responsabilidade [...], para a nossa vida profissional ...". (EA_3)

"...acho que a escola e o ensino clínico nos oferece as oportunidades, cabe agora a cada um de nós agarrar ou não". (EA_4)

"...dás o salto [...] tens uma autonomia muito grande e preparas-te, e depois começas a fazer coisas que tu não fazias antes [...], eu acabei este estágio a dar opiniões sobre como devia funcionar o serviço...". (EA_5)

"...no 4º ano começam-te a ver quase como profissional mas ainda te falta alguma coisa, não é, ainda falta um bocadinho, [...] em termos de autonomia, é um bocadinho grande, [...] ao ser profissionais, aí já [...] temos uma responsabilidade muito diferente ...". (EA_5)

"...para mim vou sair daqui com umas luzes, acabado o curso saio com umas luzes, [...], claro que tenho muito para aprender...". (EA_6)

Para os estudantes, as expectativas de ensino clínico também se centram na aquisição e ampliação de conhecimentos, no sentido de poderem compreender melhor a realidade dos contextos clínicos, além de poderem adquirir, através deste conhecimento, uma visão crítica e reflexiva sobre os cuidados de enfermagem. Criam expectativas em relação às oportunidades de aprendizagem para, em determinado contexto clínico, desenvolverem as competências necessárias para prestarem cuidados com responsabilidade e autonomia. Nesta perspectiva, consideram que, no 4º ano, a consolidação de conhecimentos é manifestamente mais significativa, como refere um estudante *"...dás o salto [...] tens uma autonomia muito grande e preparas-te, e depois começas a fazer coisas que tu não fazias antes [...], eu acabei este estágio a dar opiniões sobre como devia funcionar o serviço..."* (EA_5).

Das suas expectativas fazem parte aprender o máximo possível em cada ensino clínico, no sentido de uma evolução positiva em termos de consolidação de conhecimentos, como é expresso por um estudante *"...expectativas são sempre boas, uma pessoa pensa sempre que quer estabelecer uma boa relação com a equipa, desenvolver bem o ensino clínico [...] eu ponho-as sempre, num nível superior, depois elas podem é manter-se ou ir decrescendo, [...], as minhas acções sempre feitas da melhor maneira possível..."* (EA_5).

As expectativas de consolidação de conhecimentos incitam os estudantes a mobilizar saberes e a procurar o desenvolvimento de competências em situação clínica ou nos contextos de vida quotidiana, de modo a atender à pluralidade de situações de cuidados e à diversidade de contextos culturais subjacentes a cada caso da prática clínica.

Relativamente à subcategoria *"Perspectivas pessoais",* emergem sentimentos positivos de realização pessoal, que extrapolam para a futura vida profissional da qual pensam que vão fazer parte a curto prazo, como enfermeiros de cuidados gerais:

"…em termos de perspectivas de vida […] se calhar quando viemos para cá no 1º ano tínhamos umas e agora neste momento temos outras". (EB_3)

"Os objectivos para o ensino clínico acho que é uma pessoa mostrar o seu valor…". (EB_6)

"Quando começa o ensino clínico espero que ele corra bem!". (EA_9)

"…a minha principal expectativa é será que vou gostar? Será que não vou gostar?". (EB_4)

"…[Evoluir] […] começar aqui [e aponta a mão um pouco acima da mesa] e depois com o tempo conseguir chegar aqui [aponta a mão ao nível dos olhos] […] e ter um reconhecimento disso…". (EB_5)

"…sabia que era um serviço que era muito mais rico em experiências e, […], não ia ser fácil tirar boa nota ali, tinha que escolher entre oportunidades e a boa nota, isso também depende dos objectivos e expectativas de cada um". (EB_2)

"…permite-nos decidir muito bem que rumo, […], queremos dar à nossa vida, que é que queremos ser, que é que queremos fazer no futuro, que é muito importante o ensino clínico para nós decidirmos se gostamos o que estamos a fazer e se queremos continuar com, se queremos ser enfermeiros…". (EA_5)

"…o ensino clínico, […], a nível pessoal… permitir-nos saber se é isto que queremos ser…". (EA_5)

No tocante às expectativas pessoais, os excertos das opiniões dos estudantes permitem inferir que a satisfação de carácter pessoal é algo que esperam da sua formação em ensino clínico. E neste sentido criam expectativas relativamente ao seu processo de formação integral e satisfação pessoal, de modo a contemplar harmoniosamente as expectativas pessoais e profissionais mais orientadas para a vertente humanística da sua formação, enquanto pessoa. De facto, estes dados estão em consonância com o estudo de Paulino (2007), no qual os estudantes revelaram expectativas de crescimento pessoal,

de ganhos pessoais e afirmaram que o principal ganho obtido situou-se ao nível do desenvolvimento psico-social, isto é, depois do ensino clínico sentem-se mais humanos, com melhor atitude "cuidativa".

Pelos discursos, constata-se que as experiências que lhes proporcionam os ensinos clínicos geram neles expectativas de aquisição de competências que promovam o crescimento pessoal e constatam que estas experiências, complexas e multifacetadas, têm contribuído para o seu crescimento e amadurecimento, na medida em que acrescentam algo à sua bagagem pessoal, mas gostariam de ter o reconhecimento desse crescimento.

As expectativas pessoais são criadas durante o ensino clínico, um pouco de acordo com a representação que os estudantes têm da profissão. Os resultados revelam as expectativas dos estudantes em torno da formação inicial integral, em que as acções e/ou interacções lhes permite decidir em termos pessoais se é esta a profissão que querem exercer, bem como da percepção que têm dos contributos que a profissão pode oferecer em termos pessoais e profissionais.

Como expectativas futuras, apresentam aspirações de melhoria pessoal e profissional e o desejo de conseguir competência e uma carreira de enfermagem consolidada. Entretanto, alguns expressam dúvidas quanto à obtenção de emprego quando concluírem o curso. A maior oportunidade de conseguir emprego também aqui é apontada com sendo um factor de grande importância, é uma expectativa para os estudantes do 4º ano, que percebem que se podem preparar para a oportunidade de se qualificarem melhor como profissionais para actuarem com competência no mercado de trabalho. Parece poder concluir-se que as expectativas criadas durante o ensino clínico, relativamente à profissão, são entendidas pelos estudantes como ajustadas à realidade profissional.

Quadro Síntese 7. Expectativas dos estudantes em relação aos ensinos clínicos

Estudantes	Expectativas dos estudantes		
	Preparação profissional	Consolidação de conhecimentos	Perspectivas pessoais
A1	x		
A2	x	x	
A3		x	
A4	x	x	
A5	x	x	x
A6		x	
A7	x		
A8			
A9			x
A10			
A11			
A12			
B1	x		
B2	x		x
B3	x	x	x
B4			x
B5	x		x
B6			x
B7			
B8		x	
B9		x	
B10	x	x	
B11	x	x	
B12		x	

3. CONCLUSÕES

Neste capítulo deu-se conta do processo de investigação conduzido. Agora, de uma forma sucinta e sistemática, pretende-se destacar as conclusões e inferências que se foram retirando desta da abordagem qualitativa. A leitura cuidadosa dos dados, baseada no enquadramento teórico, poderá explicitar de modo mais claro as questões que foram emergindo no processo de interpretação dos resultados e, com isso, explanar tanto a compreensão que os estudantes têm sobre o ensino clínico, como também as suas dificuldades, necessidades e expectativas para o ensino clínico e para a profissão.

Nesta perspectiva, o *focus group* revelou-se uma técnica de recolha de dados bastante adequada face aos objectivos do estudo. Salienta-se que no final da entrevista muitos estudantes demonstraram grande satisfação por terem participado neste grupo de discussão, considerando ter sido muito positiva a troca de experiências entre os colegas

do 3º e 4º anos do CLE, assim como a partilha com as entrevistadoras sobre assuntos que lhes dizem respeito e que os preocupam. Foi sugerido por alguns estudantes que a metodologia de *focus group,* com a necessária adaptação, seria a ideal para as reuniões intercalares que se realizam no decurso dos ensinos clínicos.

Acerca dos resultados da análise dos discursos produzidos pelos estudantes, evidenciam-se as conclusões mais relevantes, tendo como eixo organizador os temas categoriais das entrevistas.

A Escola é vista pelos estudantes de enfermagem nas dimensões física, afectiva e social. Na perspectiva socioafectiva, a mais evidenciada das subcategorias, a escola é considerada como um espaço de socialização indutor da apropriação dos valores de interajuda, solidariedade e amizade, sentindo eles uma forte identificação com esses valores. Sublinham a qualidade da formação pessoal e profissional e o reconhecimento que é atribuído à escola pela marca de exigência que imprime ao desenvolvimento de competências. Em termos da estrutura física, ela é descrita como um espaço pequeno, simpático e acolhedor, com belos jardins, identificando como factor de maior constrangimento aos processos de interacção com outros estudantes, o distanciamento do *campus* universitário.

A satisfação com o curso de enfermagem decorre da concepção do plano de estudos que privilegia a formação em alternância desde o 1º ano do CLE e pelas características que estão associadas ao curso de enfermagem. No contacto com o ser humano, enquanto objecto de cuidados, os estudantes vão gradualmente identificando-se com a natureza dos cuidados de enfermagem e construindo o sentido profissional na relação de ajuda e nas relações interpessoais.

Na perspectiva dos estudantes, o ensino clínico assume uma grande abrangência e profundidade na formação, reconhecendo-lhe uma dimensão altruísta, assim como um contexto de aprendizagem significativa para o desenvolvimento de competências/ capacidades e integrador da teoria/prática. Os estudantes consideram que é no ensino clínico que efectivamente contactam com a pessoa humana, e que esta relação com os outros os sensibiliza para a dimensão altruísta do cuidar, neste sentido, promove uma maior adesão às situações de aprendizagem. Por outro lado, é no ensino clínico, ao

necessitarem de dar uma resposta rápida e adequada às situações, que desenvolvem a destreza, o sentido crítico, que mobilizam os conhecimentos e capacidades, permitindo-lhes progredir no sentido de um agir competente e incutindo-lhes grande sentido de responsabilidade, entendido como necessário para exercer a profissão. E, finalmente, no ensino clínico, a teoria, ao ser transferida e aplicada nas situações práticas quotidianas, começa a proporcionar uma prática clínica mais fundamentada, suportando a reflexão crítica e a tomada de decisão; os estudantes aprendem a construir a prestação de cuidados em contextos marcados pela sua singularidade, complexidade e imprevisibilidade.

No tocante à aprendizagem durante o ensino clínico, os conteúdos atitudinais relativos ao *"saber-ser"* e ao "*saber-estar"* são os mais valorizados pelos estudantes do 3º e 4º anos do curso, decorrentes da importância que atribuem às intervenções de enfermagem, estruturadas na comunicação e na relação de ajuda com a pessoa alvo dos cuidados e sua família. Por outro lado, na aprendizagem clínica, são destacados os conteúdos procedimentais com maior relevância para os conteúdos heurísticos, que permitem ao estudante progredir de um saber-fazer predominantemente técnico, ligado ao domínio sensorio-motor, conotado com a destreza manual de âmbito mais algorítmico, para um saber-fazer que se alicerça na capacidade de reflectir, analisar e integrar os conhecimentos nas diferentes experiências do cuidar. Apesar de menos referenciados, os conteúdos verbais afectos ao *saber* são considerados estruturadores nos cuidados de enfermagem e, como tal, adquiridos predominantemente durante o ensino teórico, cuja responsabilidade é a de promover uma enfermagem científica que alimente a prática clínica. A realidade difere um pouco de como se apresenta na teoria, como resultado de um processo vivo e dinâmico. Na prática clínica, os estudantes procuram um maior desenvolvimento e aprofundamento das dimensões atitudinais e procedimentais. As afirmações feitas pelos estudantes permitem considerar que os conteúdos verbais, procedimentais e atitudinais são necessários, constituindo-se como fortes aliados para a enfermagem se afirmar como disciplina e como ciência do conhecimento.

O ensino clínico é mencionado como essencial à construção identitária, ao aprenderem na interacção com os profissionais, os elementos caracterizadores (atitudes, comportamentos, valores, normas), com os quais se vão paulatinamente identificando e integrando no desempenho expectável para o grupo profissional.

Na aprendizagem durante o ensino clínico, os estudantes identificam como factores que interferem na consecução do seu desempenho as competências pedagógicas, científicas e relacionais dos supervisores. Deste modo, valorizam a actuação dos supervisores durante o ensino clínico, no sentido de serem agentes facilitadores e promotores da aprendizagem. A criação de um ambiente pedagógico sustentado na perspectiva construtivista do sujeito é entendida pelos estudantes como um elemento essencial ao êxito, neste contexto da formação. Também o ambiente clínico surge como factor que interfere na aprendizagem dos estudantes, nas vertentes das relações *interpessoais* e do *crescimento pessoal.* Consideram que o ambiente clínico é facilitador da aprendizagem quando promove a integração e participação dos estudantes na equipa de cuidados e, por outro lado, se apresenta como um espaço de reflexão e partilha em que os seus contributos possam ser considerados no processo de cuidar. Subscrevem com pertinência a ideia de que as interacções que ocorrem em contexto clínico, permitem desenvolver os processos de crescimento pessoal, ligados à construção progressiva da responsabilidade e autonomia no desenvolvimento profissional.

As situações geradoras de stresse estão relacionadas com o ambiente clínico e a supervisão clínica. No que concerne ao ambiente clínico, a relação com o doente e a família em aspectos particulares, como o lidar com a dor e comunicar a morte a um familiar, são os mais frequentemente mencionados como geradores de maior tensão emocional. A segurança dos cuidados, mais valorizada pelos estudantes do 3º ano, diz respeito aos acidentes de trabalho e erros com a medicação, com repercussões para a pessoa, na medida em que o erro na administração da medicação pode pôr em risco a vida da pessoa e, por outro lado, a sua própria vida, com a possibilidade de ocorrer um acidente de trabalho. Outros factores ainda identificados como geradores de stresse foram a sobrecarga de trabalho, causada pelo excesso de cuidados e pela necessidade de darem resposta a diferentes solicitações em tempo útil, a que se associam as vivências relativas aos sentimentos de impotência e incerteza nas situações de dor, sofrimento e morte.

No que se refere à supervisão clínica, o foco de maior pressão é devido ao processo de avaliação. De facto, este processo constitui uma forte matriz numa aprendizagem que valoriza mais as ocorrências de insucesso e o erro, em prejuízo de uma valorização dos reforços positivos nas situações de cuidados. Com efeito, o carácter punitivo na

avaliação sumativa, é considerado pelos estudantes como factor inibidor do desenvolvimento harmonioso de competências e, até, do seu crescimento pessoal. São também elementos stressores as relações que estabelecem com os supervisores, quando estas são marcadas pela falta de apoio, tolerância e consideração dos supervisores para com o estudante. De modo mais específico, são mencionadas as situações em que o supervisor repreende e adverte os estudantes diante do doente.

Os recursos mobilizados pelos estudantes, durante o ensino clínico, para ultrapassar as dificuldades dizem respeito aos apoios contextuais e as estratégias de *coping.* Destacaram a ajuda que recebem do supervisor, família, amigos e colegas e, de modo particular, a força interior que advém do estímulo de ajudar os doentes. Outras vezes, é no isolamento, na fundamentação teórica e na procura de sentimentos positivos de esperança e confiança em si mesmos, que aliviam e suportam as situações de pressão a que estão sujeitos no processo de aprendizagem.

As necessidades identificadas relacionam-se com a necessidade de formação dos supervisores e de formação pessoal. Na opinião dos estudantes, as necessidades de formação dos supervisores centram-se na vertente relacional, especificando que a sua função de apoio, com base na comunicação, precisa ser consumada durante o ensino clínico. Ao fazê-lo, os estudantes sentem-se mais seguros e melhor preparados para enfrentar as dificuldades nas situações a que estão submetidos, para que possam evoluir na sua aprendizagem. As necessidades de formação pessoal circunscrevem-se ao défice de conhecimentos em alguns domínios curriculares, como sejam a farmacologia, cuidados oncológicos e paliativos. Reforçam a ideia de que as experiências no âmbito dos programas de mobilidade de estudantes, pelo enriquecimento socioprofissional e pessoal que promovem, deveriam ter uma maior expressão no número de estudantes envolvidos.

As expectativas dos estudantes em relação ao ensino clínico são de ordem pessoal, profissional e de consolidação de conhecimentos. As expectativas relativas à preparação para a vida profissional são dirigidas à qualidade e diversidade de situações de aprendizagem durante os ensinos clínicos e, por conseguinte, a aquisição de experiência e o desenvolvimento de competências que permitam o seu desempenho como futuros profissionais. Das suas expectativas constam, ainda, a possibilidade de aprenderem cada

vez mais nos diferentes ensinos clínicos ao longo do curso, no sentido de uma progressiva consolidação de conhecimentos, a par de uma evolução pessoal que se traduza numa visão mais amadurecida da realidade e numa atitude mais segura e autónoma no exercício profissional.

PARTE III

CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apresentados e reflectidos os resultados da abordagem quantitativa e qualitativa que integraram o desenvolvimento desta investigação, acresce notar que, com os resultados deste estudo de cariz exploratório, embora não permita generalizações por se tratar de um grupo de estudantes circunscrito a uma determinada escola, foi possível iniciar a compreensão sobre as vivências da aprendizagem durante o ensino clínico por parte dos estudantes. Apresenta-se, em seguida, uma breve síntese das principais conclusões obtidas neste estudo, as implicações para a intervenção e as limitações desta investigação.

Torna-se agora importante sublinhar os aspectos mais relevantes, de modo a perspectivar a sua integração no planeamento dos diferentes ensinos clínicos e propostas de mudança nesta vertente da formação inicial em enfermagem. Dado que o estudo se prende com o nosso próprio desempenho, relativo às funções de supervisão clínica, a problemática da formação dos estudantes de enfermagem no decurso desta fase de aprendizagem será um vector a consolidar em futuras investigações.

Da abordagem quantitativa, numa amostra de 268 estudantes, maioritariamente do sexo feminino (79,5%), com uma média de idades de 20,9 anos, em que se pretendia conhecer a expressão do nível de stresse dos estudantes ao longo do curso e a sua

relação com o género e o ano de licenciatura, foi possível constatar que os estudantes de enfermagem experimentam stresse durante este período de desenvolvimento de competências. Dos seis factores, os que revelaram maior nível de stresse pelos estudantes foram "*Ser magoado na relação com o doente"*, "*Falta de competência; c*om menor nível de stresse, o "*Contacto com o sofrimento"* e a "*Relação com o doente e sobrecarga de trabalho"*.

Verificou-se a influência da variável género nos factores "*Falta de competência*", "*Contacto com o sofrimento*" e "*Impotência/incerteza*", cujo nível de stresse foi significativamente mais elevado no género feminino. Quanto às situações mais stressantes, com diferenças estatisticamente significativas, foram "*Confundir a medicação*", "*Receio de errar*", "*Ver morrer um doente/utente*", "*A importância da minha responsabilidade no cuidado do doente/utente*", "*Trabalhar com doentes/utentes agressivos*", "*Não encontrar o médico quando a situação requer a sua presença*", "*Estar com um doente terminal*", "*Que o doente/utente toque certas partes do meu corpo",* obtendo os elementos do sexo feminino valores mais elevados.

Quanto ao ano curricular, as diferenças significativas encontradas referem-se ao factor "*contacto com o sofrimento"*, decrescendo o valor médio deste factor à medida que vai aumentando o ano de curso frequentado. Relativamente às situações stressantes, constatou-se que existiam diferenças estatisticamente significativas nas seguintes situações: "*Afectarem-me as emoções do doente/utente*", "*O doente que estava a melhorar comece a piorar*", "*Ver morrer um doente/utente*", "*Envolver-me demasiado com o doente/utente*", "*A relação com o enfermeiro orientador da prática clínica*", "*Estar com a família do doente quando este está moribundo*", "*A relação com os colegas (estudantes de enfermagem)*", e "*Realizar procedimentos que causam dor ao doente",* obtendo os estudantes do primeiro ano valores mais elevados".

Da abordagem qualitativa, com base em dois *focus group,* que integrou uma amostra de 24 estudantes do 3º e 4º anos do CLE, dos quais 8 eram do sexo masculino e 16 do sexo feminino, com a média de idades de 22 anos, pretendia-se conhecer a sua opinião em relação à aprendizagem no ensino clínico. De acordo com a análise de conteúdo aos discursos produzidos pelos estudantes, evidenciou-se a satisfação daqueles com a escola, o curso e o ensino clínico. Das aprendizagens durante o ensino clínico, os

estudantes valorizam os conteúdos atitudinais, procedimentais, verbais e os processos de construção da identidade profissional.

Quanto aos factores que influenciam a aprendizagem, os estudantes relevam a importância da supervisão clínica nas suas dimensões científica, pedagógica e sobretudo relacional. De igual modo, o ambiente clínico na vertente das relações interpessoais e como contexto promotor do crescimento pessoal, emergiram como aspectos indispensáveis à aprendizagem clínica.

Quando questionados sobre as situações mais stressantes durante o ensino clínico, os estudantes salientaram as características do ambiente clínico, nomeadamente, "*A relação com o doente e família*", "*A segurança dos cuidados*", "*A sobrecarga e a impotência e incerteza*". Acrescentaram, ainda, factores relativos ao processo de avaliação, evidenciando a sua matriz sumativa e punitiva e a dimensão relacional inerente às actividades de supervisão clínica. Na realidade, da intensidade de stresse percepcionada pelos estudantes ressalta a importância das estratégias de *coping* e dos apoios contextuais como recursos mobilizados pelos estudantes durante as situações mais difíceis do ensino clínico.

As necessidades identificadas dizem respeito à preparação dos supervisores no que concerne à vertente relacional, imprescindível para um ambiente acolhedor propício à aprendizagem e às necessidades de formação dos estudantes, reforçando as suas competências para lidar com os problemas e aumentando a sua confiança na prestação de cuidados.

Das expectativas que os estudantes colocam para o ensino clínico, constam a preparação profissional, a consolidação de conhecimentos e o desenvolvimento pessoal, assente na diversidade de situações de aprendizagem proporcionadas, perspectivando-se a consolidação de uma atitude mais segura e autónoma.

Em termos gerais, a utilização conjunta das duas abordagens metodológicas revelou-se bastante positiva. Porém, o tempo e o esforço despendidos neste processo e a quantidade de informação obtida, se por um lado se apresentaram como dificuldades ao

desenvolvimento do estudo, por outro, permitiram uma compreensão mais aprofundada sobre a problemática do ensino clínico na formação em enfermagem.

No *terminus* desta dissertação, impõe-se uma reflexão em torno das suas principais limitações, nomeadamente nas que dizem respeito à utilização de instrumentos de auto-relato e, como tal, sujeitos a erros de interpretação e de desejabilidade social, merecendo alguma precaução na interpretação dos resultados obtidos. Outra fragilidade a mencionar, relaciona-se com a impossibilidade de triangular a informação proveniente das entrevistas com a dos questionários, exigindo uma redefinição dos objectivos do estudo e uma maior adequação das técnicas de investigação utilizadas.

Tratando-se de um estudo transversal, e dada a existência de poucos trabalhos realizados no nosso país sobre a temática do ensino clínico, seria importante considerar a possibilidade de replicações em outras escolas e de estudos longitudinais que, com base na ampliação do tamanho amostral e na inclusão de outros instrumentos e variáveis de estudo, permitam aumentar a precisão e generalização dos resultados e comparar as fontes, intensidade e respostas de stresse de estudantes de enfermagem submetidos a diferentes *curricula* de licenciatura em enfermagem.

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 de este se apresentar como proposta pedagógica de qualidade. No entanto, a investigação, ao permitir constatar a presença de elevados níveis de stresse, decorrente das particularidades inerentes aos cuidados de enfermagem, a que se juntam elevados níveis de exigência no ensino clínico e a transição para o ensino superior, nem sempre representando um potencial para o processo de adaptação e desenvolvimento do estudante, justifica a implementação de programas de intervenção. Assim, reconhece-se a pertinência de estratégias multifacetadas, dirigidas quer ao estudante, quer ao curso e ao ensino clínico, que visam promover nos estudantes as competências que lhes permitam lidar, de forma mais equilibrada, com as tarefas associadas ao ensino clínico.

2. SUGESTÕES

De acordo com os resultados obtidos no presente estudo, delineiam-se algumas sugestões que se passam a expor:

1. Criar de espaços de partilha, por exemplo por parte dos pares (*Peer Support Programes*), que permitam fomentar redes de apoio dentro da própria escola para reavaliar positivamente as fontes de stresse e verbalizar sentimentos associados a esses acontecimentos, de forma a combater activamente ou reduzir o impacto negativo dos factores de stresse.

2. Realizar programas de gestão de stresse que visem a aquisição de competências para a resolução de problemas. Actividades como a expressão dramática, dinâmicas de grupo, *role-playing*, técnicas de relaxamento, treino de competências de comunicação (assertividade, empatia), verbalização de sentimentos e partilha de experiências, promovem a edificação de expectativas mais realistas em relação ao ensino clínico e minimizam o impacto das suas exigências e o fortalecimento dos mecanismos de *coping*.

3. Redimensionar o campo de intervenção do Gabinete de Apoio aos Estudantes (2006), especificamente criado para aconselhamento psicossocial individualizado, no sentido de apoiar os estudantes que percepcionem as situações de aprendizagem clínica como stressantes e que colocam dificuldades ao nível do rendimento académico, do relacionamento interpessoal, desenvolvimental e até dos estilos de vida saudáveis.

4. Investir em propostas formativas direccionadas para docentes e supervisores enfermeiros no campo da supervisão clínica, provendo a habilitação pedagógica e didáctica. A especificidade do ensino clínico exige estratégias de aprendizagem que, alicerçadas na perspectiva construtivista, colocam a importância dos reforços positivos de modo a que os estudantes se sintam mais seguros e confiantes, favorecendo a aprendizagem e minimizando o impacto das situações stessantes.

5. Reequacionar o número de estudantes pelos contextos clínicos para que os supervisores no processo de aprendizagem possam desempenhar diferentes papéis: *1)*

o de enfermeiro detentor de conhecimentos e competências específicas da área; 2) o de supervisor, criando oportunidades para os estudantes exercerem os cuidados de enfermagem; *3)* o de professor, pela preocupação que deve ter em promover a actualização constante, trazendo para os cuidados novos conhecimentos e em responder às dúvidas que vão surgindo; 4) e finalmente, como pessoa, estabelecendo um vínculo com os estudantes que permita a construção de um relacionamento de confiança entre o professor/supervisor e o acompanhamento das preocupações e problemas, para uma maior proximidade, facilitando a discussão de casos clínicos, a realização dos procedimentos e ampliando o sentimento de segurança dos estudantes.

6. Reforçar a aprendizagem e o treino clínico em simulação, pelo que se impõe a existência de um laboratório de enfermagem arquitectonicamente adequado e devidamente apetrechado em equipamento. Deste modo, é possível assegurar aos estudantes a aprendizagem, treino e avaliação de um conjunto mínimo de "*clinical nursing skills*" (WHO, 2001), salvaguardando a segurança do cliente.

7. Aprofundar, no desenvolvimento curricular do CLE, os conteúdos relativos ao sofrimento e ao processo de morte, profundamente enraizados no sistema de valores da sociedade e na consequente desvalorização dos cuidados que se prestam aos doentes que se encontram na fase final da vida. Assim, é desejável o delineamento de estratégias de aprendizagem que tenham como propósito dar significado, construindo e reconstruindo estes processos dentro do cenário de prestação de cuidados.

8. Redefinir o conteúdo programático da unidade curricular de farmacologia, no que respeita à farmacodinâmica e farmacocinética na administração de medicamentos, nomeadamente efeitos bioquímicos e fisiológicos, mecanismos de absorcão, biotransformação, de modo a responder às exigências colocadas aos estudantes durante o ensino clínico, minimizando os erros neste campo de intervenção e garantindo uma maior segurança do utente.

9. Estimular e introduzir nas práticas de ensino-aprendizagem, a elaboração de "Diários de Aprendizagem", permitindo ao estudante decidir o seu conteúdo de uma forma autónoma e pessoal, explicitando aspectos tais como, pensamentos, sentimentos, acontecimentos significativos, competências, saberes mobilizados, dificuldades e

facilidades encontradas, dilemas éticos, de modo a que, reflectindo sobre eles, possa proporcionar conforto, minimizar o stresse e ajudar no desenvolvimento de estratégias de *coping*.

10. Escolher locais adequados ao ensino clínico, de acordo com o estádio de aprendizagem dos estudantes, ao nível dos conhecimentos, capacidades relacionais e competências adquiridas até aquele momento, fomentando o envolvimento das instituições envolvidas (escolas/contextos de ensino clínico), no sentido do planeamento e desenvolvimento de estratégias para aquele ensino clínico em particular, permitindo dar continuidade ao processo ensino-aprendizagem em articulação directa com os contextos de trabalho.

Em jeito de síntese, importa referir que, ao reflectir-se de modo crítico sobre a problemática que envolveu esta investigação, que foi profunda, acredita-se que as propostas de intervenção sugeridas constituem oportunidades para melhorar os ensinos clínicos no tocante ao processo de desenvolvimento de competências e nível de desempenho dos estudantes. Sublinham-se as alterações estruturais a nível curricular, onde deveriam constar estratégias para gerir o stresse, cuja identificação pode permitir formas de apoio mais estruturadas. Reforça-se, portanto, a convicção de que o processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, para além da formação profissional rigorosa que tem de possibilitar, deve também preocupar-se em enfatizar o desenvolvimento psicossocial e a promoção de estilos de vida mais saudáveis nos estudantes, ao longo da sua formação.

BIBLIOGRAFIA

Aaker, D. A., Kumar, V. D., & George S. (2001). *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Atlas.

Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde*? Coimbra: Formasau.

Admi, H. (1997). Nursing student´s stress during the initial clinical experience. *Journal of Nursing Education, 7* (36), 323-327. [PubMed]

Alarcão, I, & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto e Contexto em Enfermagem, 14* (3), 373-382.

Alarcão, I. (1991). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. *Cadernos CIDINE, 1*, 5-22.

Alarcão, I. (1995). *Supervisão de professores e inovação profissional*. Aveiro: CIDINE.

Alarcão, I., & Roldão, M. C. (2008). *Supervisão: Um contexto de desenvolvimento profissional dos professores*. Mangualde: Edições Pedago.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed.). Coimbra: Livraria Almedina.

Alarcão, I., & Tavares, J. (2007). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem* (2ª ed. rev. e act.). Coimbra: Almedina.

Allmark, P. (1995). A classical view of the theory-practice gap in nursing. *Journal of Advanced Nursing, 1* (22) 18-23.

Almeida, M. A. (2004). Concepções de discentes e docentes sobre competência na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 25* (2), 184-193.

Almeida, T., Pereira, A., & Pedrosa, H. (2006). Sintomas de stresse e impacto na saúde no ensino clínico de enfermagem. In I. Leal, J. P. Ribeiro & S. N. Jesus (coords.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Lisboa: ISPA.

Altet, M. (1999). *As pedagogias da aprendizagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Alves, M. J., Cardoso, A. L., Ciríaco, M., Ferreira, M., Lopes, M., & Silva, M. (2004). *Níveis de ansiedade e depressão nos estudantes de enfermagem: O caso particular dos alunos da Escola Superior de Enfermagem de Portalegre.*

Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Anshel, M. H, & Kaissidis, A. N. (1997). Coping style and situational appraisals as predictors of coping strategies following stressful events in sport as a function of gender and skill level. *British Journal of Psychology, 88* (2), 263-276.

Antunes, L. (2007). Processos e trajectórias de socialização em enfermagem. Uma reflexão sociológica sobre a construção de identidades sociais e profissionais dos estudantes. In A. Rodrigues, C. Nascimento, L. Antunes, M. G. Mestrinho, M. Serra, R. Madeira, R, *et al.*, *Processos de formação na e para a prática de cuidados: Ciclo de colóquios* (pp. 93-123). Loures: Lusociência.

Antunes, M. C. Q (2006). *Evolução diferencial da auto-estima e do autoconceito académico na adolescência*. Tese de doutoramento não-publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Porto.

Araújo, B. R., Almeida, L. S., & Paúl, M. C. (2003). Transição e adaptação académica dos estudantes à escola de enfermagem. *Revista Portuguesa de Psicossomática, 5* (001), 56-64.

Arndt, M. J., & Underwood, B. (1989). Learning style theory and patient education. *Journal of Continuing Education in Nursing, 21* (1), 28-31.

Ausubel, D. P. (1982). *A aprendizagem significativa: A teoria de David Ausubel*. São Paulo: Moraes.

Bacaro, T. A. (2007). *A influência da escolha vocacional no processo de socialização profissional de estudantes de enfermagem*. Dissertação de mestrado não-publicada. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 344-358.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.

Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review, 85*, 191-215.

Bardin, L. (1991). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barroso, I., Vilela, I., Rainho, C., Correia, T. & Antunes, C. (2008). Adaptação para a língua portuguesa do questionário KEZKAK. Instrumento de medida dos factores de stress dos estudantes de enfermagem no ensino clínico. *Revista de Investigação em Enfermagem, 17*, 34-40.

Beck D., & Srivastava, R. (1991). Perceived level and source of stress in baccalaureate nursing students. *Journal of Nursing Education, 30*, 127-132. [PubMed]

Beehr, T. A. (1981). Role etnes and attitudes towards cowokers. *Group and Organization Studies, 6*, 201-210.

Bell, M. L. (1991). Learning a complex nursing skill: Student anxiety and the effect preclinical skill evaluation. *Journal of Nursing Education, 30* (5), 222-226.

Belo, A. (2003). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: Perspectiva do aluno*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade de Aveiro, Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa, Aveiro.

Benbunan-Bentata, B., Cruz Quintana, F., Roa Venegas, J. M., Villaverde Gutiérrez, C., & Benbunan-Bentata, B. R. (2007). Afrontamiento del dolor y muerte en es estudiantes de enfermería: Una propuesta de intervención. *Internacional Journal of Clinical and Health Psychology, 7* (1), 197-205.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Beyea, S. C., & Nicoll, L. H. (2000). Learn more using focus groups. *AORN Journal*, *71* (4), 897-900.

Bigge, M. L. (1977). *Teorias da aprendizagem para professores*. São Paulo: EPU, 1977.

Bishop, G. D. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Singapore: Allyn and Bacon.

Bloom, B. S. (1979). *Taxionomia de objectivos educacionais*. Porto Alegre: Editora Globo.

Boss, P. (2002). *Family stress management: A contextual approach* (2nd ed.). California : Thousand Oaks, CA: Sage.

Le Boterf, G. (1995). *De la compétence: Essai sur une attracteur étrange*. Paris: Les Éditions D'Organisation.

Le Boterf, G. (2003). *Contributo para a definição do perfil de competência do licenciado em enfermagem*. In Conferência. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Bissaya Barreto.

Brownell, A., & Shumaker, S. A. (1984). Social support: An introduction to a complex phenomenon. *Journal of Social Issues, 40*, 1-9.

Bruner, S. J. (1972). *O processo da educação*. São Paulo: Editora Nacional.

Burns, R. B. (1986). *The self-concept* (4rd ed.). London: Longman.

Burnstein, J. C. (1998). Recalling sources of student anxiety. *Nurse Education, 23*, 11-19.

Burr, W., & Klein, S. (1994). *Reexamining family stress: New theory and research*. London: Sage Publications.

Burton, D. (1998). Measuring competitive state anxiety. In J. Duda (ed.), *Advances in sport and exercise psychology* (pp. 129-148). Morgantown, WV: Fitness Informational Technology.

Cabrito, B. G. (1995). *Formações em alternância: Conceitos e práticas*. Lisboa: Educa.

Caires, S. (2006). Vivências e percepções do estágio pedagógico: Contributos para a compreensão da vertente fenomenológica do "Tornar-se professor". *Análise Psicológica, 24* (1), 87-98.

Campbell, C. (1985). *Stress survey. Disturbing findings*. *Nursing Mirror 160* (26), 16-25.

Canário, R. (2005). Ser enfermeiro hoje. *Caderno CE - Currículo e Ensino, 8*, 9-24.

Candau, V. M., & Lelis, I. A. (1999). A relação teoria-prática na formação do educador. In V. M. Candau (org.), Rumo a uma nova didática (10ª ed., pp. 56-72). Petrópolis: Vozes.

Carapinheiro, G., & Lopes, N. M. (1997). *Recursos e condições de trabalho dos enfermeiros portugueses: Estudo sociográfico de âmbito nacional*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Carnevale, A. P., Gainer, L. J., & Meltzer, A. S. (1990). *Workplace basic: The essential skills employers want*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.

Carvalhal, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.

Carvalho, A. C. C. (2007). Competências: Paradigma oficial do ensino superior português. *Servir, 55* (3), 78-85.

Carvalho, A. L. (2005). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.

Carvalho, A. L. R. F. (1996). *Factores que influenciam a aprendizagem do aluno de enfermagem*. Dissertação de mestrado não-publicada. Instituto de Ciências Biomédicas

Carvalho, M. D. B., Pelloso, S. M., Valsecchi, E. A. S. S., & Coimbra, J. A. H. (1999). Expectativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 33* (2), 200-206.

Carvalho, R., Farah, O. G. D., & Galdeano, L. E. (2004). Níveis de ansiedade de alunos de graduação em enfermagem frente à primeira instrumentação cirúrgica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12* (6), 918-923.

Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. *Estudos de Psicologia, 10* (3), 413-420.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine, 38*, 300-314.

Coll, C. (1986). Aprendizagem escolar e construção do conhecimento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

Coll, C. (1996). *Psicologia e currículo: Uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar*. São Paulo: Ática.

Coll, C., & Valls, E. (1998). A aprendizagem e o ensino de procedimentos. In: C. Coll, J. L. Pozo, B. Sarabia, Valls, E. (orgs.), *Os conteúdos na reforma: Ensino e aprendizagem de conceitos, procedimentos e atitudes* (pp. 73-118). Porto Alegre: Artmed.

Coll, C., Martín, E., & Onrubia, J. (2004). A avaliação da aprendizagem escolar: Dimensões psicológicas, pedagógicas e sociais. In Desenvolvimento psicológico da educação (370-385). Porto Alegre: Artmed, 2004.

Collins, M. A. (1996). The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. *J Nurs Staff Dev., 12*, 81-85. [Medline]

Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin, 101*, 393-403.

Comrey, A. L. (1973). *A first course in factor analysis*. New York: Academic Press.

Conselho Internacional de Enfermeiras (2006). *Classificação internacional para a prática de enfermagem: CIPE Versão 1.0*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Correia, M. A. B. (1996). Formar para cuidar. *Informar, 2* (4). 5-10.

Costa, A. P. (2004). *Avaliação: Como avaliar o "Aprender a" (competências) e o "Aprender que" (conteúdos)*. Conferência seguida de debate no VI Encontro de Didáctica da Filosofia da APF. Faculdade de Letras da Universidade do Porto.

Costa, E. S., & Leal, I. P. (2006). Estratégias de coping em estudantes do ensino superior. *Análise Psicológica, 24* (2), 189-199.

Costa, M. A. S. M. (1995). Formação prática dos enfermeiros. *Enfermagem, 6*, 6-16.

Costa, M.A. (1998). *Enfermeiros. Dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.

Cottrell, S. (2000). *A comparision of the roles of leader, manager and clinical supervisor*. [on-line]. Disponível em http:\\www.clinical_supervision.com/role% 20comparison.htm. Acedido em 11 Novembro 2008.

Coulon, A. (2005). *Le métier d'étudiant*. Paris: Économica Anthropos.

Courtois, B. (1992). La formation en situation de travail: Une formation expérientielle ambiguë. *Education Permanent*, *112*.

Crandal, R., & Perrewé, P. (1995). *Occupational stress: A handbook*. New York : Taylor & Francis.

Cruz, Q. F., García, C. M. P., Schmidt, R. J., Navarro, R. M. C., & Prados P. D. (2001). Enfermería, familia y paciente terminal. *Revista Rol de Enfermería, 24* (10), 9-12.

De La Cuesta Benjumea, C. (2006). Estrategias cualitativas más usadas en el campo de la salud. *Nure Investigación, 25*, [on-line]. Disponível em www.nureinvestigacion.es/ FICHEROS.../F.../ FMetod_25.

Decreto-Lei 569/73 (1973, 30 de Outubro). Diário da República, Série I.

Decreto-Lei nº 100/90 (1990, 20 de Março). Modifica o regime de equivalência do curso de enfermagem geral ao bacharelato. Primeira alteração ao Decreto-Lei nº 480/88 de 23 de Dezembro. Diário da República nº 66, Série I.

Decreto-Lei nº 120/2002 (2002, 3 de Maio). Aprova a Lei Orgânica do XV Governo Constitucional. Diário da República nº 102, Série I-A.

Decreto-Lei nº 161/96 (1996, 4 de Setembro). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República nº 205, Série I-A.

Decreto-Lei nº 175/2004 (2004, 21 de Julho). Procede à reorganização da rede de ensino superior politécnico na área da saúde. Diário da República nº 170, Série I-A.

Decreto-Lei nº 185/81 (1981, 1 de Julho). Aprova o Estatuto da Carreira do Pessoal Docente do Ensino Superior Politécnico. Diário da República nº 148, Série I.

Decreto-Lei nº 205/95 (1995, 8 de Agosto). Define o regime de autonomia e de gestão aplicável às escolas superiores de enfermagem. Diário da República nº 182, Série I-A.

Decreto-Lei nº 305/81 (1981, 12 de Novembro). Aprova a carreira de enfermagem. Diário da República nº 261, Série I.

Decreto-Lei nº 320/87 (1987, 27 de Agosto). Transpõe para o direito interno a directiva do Conselho das Comunidades sobre matéria de liberdade de estabelecimento e de prestação de serviços em Portugal por nacionais de outros Estados membros relativa à actividade dos enfermeiros responsáveis por cuidados gerais (Directiva nº 77/453/CEE, de 27 de Junho de 1977). Diário da República nº 196, Série I.

Decreto-Lei nº 32612 (1942, 31 de Dezembro). Diário da República nº 302, Série I.

Decreto-Lei nº 353/99 (1999, 3 de Setembro). Fixa as regras gerais a que está subordinado o ensino da enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico. Diário da República nº 206, Série I-A.

Decreto-Lei nº 36219 (1947, 10 de Abril). Diário da República nº 81, Série I.

Decreto-Lei nº 38884 (1952, 28 de Outubro). Diário da República nº 190, Série I.

Decreto-Lei nº 42/2005 (2005, 22 de Fevereiro). Aprova os princípios reguladores de instrumentos para a criação do espaço europeu de ensino superior. Diário da República nº 37, Série I-A.

Decreto-Lei nº 480/88 (1988, 23 de Dezembro). Estabelece a integração do ensino superior de enfermagem no ensino superior politécnico. Diário da República nº 295, Série I.

Decreto-Lei nº 74/2006 (2006, 24 de Março). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei n.º 46/86 de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo), bem como o disposto no n.º 4 do artigo 16.º da

Lei n.º 37/2003 de 22 de Agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Diário da República nº 60, Série I-A.

Decreto-Lei nº 99/2001 (2001, 28 de Março). Coloca as escolas superiores de enfermagem e de tecnologia da saúde pública sob a tutela exclusiva do Ministério da Educação e procede à reorganização da sua rede, bem como cria os Institutos Politécnicos da Saúde de Coimbra, de Lisboa e do Porto. Diário da República nº 74, Série I-A.

Delongis, A., & Preece, M. (2000). Coping skills. In G. Fink (ed), *Encyclopedia of stress* (Vol. 2, pp. 515-523). New York: Academic Press.

Delors, J., Al Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F. *et al*. (1996). *Educação, um tesouro a descobrir. Relatório da comissão internacional sobre educação para o século XXI*. Lisboa: Asa.

Despacho Normativo nº 51/99 (1999, 4 de Novembro). Homologa os Estatutos da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. Diário da República nº 257, Série I-B.

Directiva 2005/36/CE, do Parlamento Europeu e do Conselho, de 7 de Setembro de 2005.

Directiva do Conselho da Comunidade Europeia, 77/453 de 10 de Outubro de 1989.

Ditkofsky, N. G. (2004). *Stress and the student McMaster University*. [on-line]. Disponível em http://www.mcmaster.ca/health/hwc/Student%20Writers/stress_ and_students.htm. Acedido em 11 Novembro 2008.

Duarte, J. (2003). Learning environments. A conceptual approach. *Estudos pedagógicos, 29*. [on-line]. Disponível em <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid= S0718070520030029 00007&l ng=en&nrm=iso>. ISSN 0718-0705 Acedido em Novembro 2008.

Dubar, C. (1991). *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin.

Dubar, C. (1997). *A Socialização: Construção das identidades sociais e profissionais*, Porto: Porto Editora.

Dunn, J. G. H., & Nielsen, A. B. (1993). A between-sport comparison of situational threat perceptions in ice hockey and soccer. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 15*, 449-465.

Edwards, D. C. (1999). Motivation and emotion: Evolutionary, physiological, and social influences. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.

Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. (1999). *Plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem.* Vila Real: Autor.

Eseverri, C. C. (2002). La sociedad ante la muerte. Un acercamiento desde la filosofía, la historia y la literatura. *Revista Index de Enfermería Digital, 39*, 35-39.

Espadinha, A, & Reis, M. (1997). A colaboração escola-serviços. *Nursing, 10* (114), 31-34.

Eysenck, M. W. (1992). *Anxiety: The cognitive perspective.* Howe: Lawrence Erlbaum.

Farah, O. G. D. (2001). *Stress e coping no estudante de graduação em enfermagem: Investigação e atuação*. Tese de mestrado não-publicada. Escola de Enfermagem/USP; São Paulo.

Faria, S. (2007). *Supervisão clínica na enfermagem no caminho da excelência*. [on-line]. Disponível em http://supervisaoclinica.wikidot.com/supervisao-clinica. Acedido em 2 Outubro 2008.

Fernandes, O. (2006). *Entre a teoria e a experiência: Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.

Fernández, C. N. (2004). Refletindo sobre o aprendizado do papel de educador no processo de formação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 12* (4), 691-693.

Ferreira, M. M. C. (2004). Formar melhor para um melhor cuidar. [Versão electrónica]. *Millenium – Revista ISTV, 30*, 123-137

Ferreira, T. J. R. (1997). Factores de stress nos enfermeiros de unidades especializadas em toxicodependência. Dissertação de mestrado não-publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Figueiredo, M. C. B. (1995). Do ensino à prática. *Enfermagem em Foco, 5*, Especial Dezembro, 16-19.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior, 21*, 219-239.

Fonseca, M. J. L. (2006). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: Perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau.

Fontaine, A. M. (1988). Motivação e realização escolar em função do contexto social. *Revista Portuguesa de Educação, 22*, 313-336.

Franco, J. J. S. (2000). Orientação dos alunos em ensino clínico de enfermagem: Problemáticas específicas e perspectivas de actuação. *Revista de Investigação em Enfermagem, 1*, 32-49.

Frasquilho, M. A. (2005). Medicina, médicos e pessoas: Compreender o stresse para prevenir o burnout. *Acta Médica Portuguesa, 18*,443-444.

Friedman, M., & Ulmer, D. (1984). *Treating type A behavior and your heart*. New York: Knopf.

Garcia, L. (1997). O stresse no enfermeiro, nos primeiros anos de vida profissional. *Revista Sinais Vitais*, *14,* 37-39.

Garrido, A. F. S., & Simões, J. F. L. (2007). Supervisão de alunos em ensino clínico: Uma reflexão. *Nursing, 17* (218), 7-11.

Gil-Monte, P. R., & Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: Sínteses.

Glickman, C. (1985). *Supervision of instruction: A developmental approach*. Boston: Allyn & Bacon, Inc.

Goetz, C. S. (1998). Are you prepared to SAVE your nursingstudent from suicide? *Journal of Nursing Education, 37* (2), 92-95.

Graveto, J. M. G. N. (2005). *Construcción y validación de una escala de percepción personal de competencias profesionales del prelicenciado en enfermería*. Tese de doutoramento. Universidad de Extremadura, Departamento de Psicología y Sociología de la Educación, Badajoz.

Gray-Toft, P., & Anderson, J. G. (1981). Stress among Hospital Nursing Staff: Its causes and effects. *Social Sciences Medicine*, 15 A, 639-647.

Greenbaum, T. L. (1993). *The handbook of focus group research*. New York: Lexington Books.

Guimarães, L. A. M. (2000). Saúde mental, estresse e qualidade de vida no trabalho. In J. C. Souza (org.), *Interdisciplinaridade em saúde mental*. Campo Grande: UCDB.

Hamill, C. (1995). The phenomenon of stress as perceived by Project 2000 student nurses: a case study. *Journal of Advanced Nursing, 21*(3), 528-536.

Hardy, L., (1990). A catastrophe model of performance in sport. In J. G. Jones & L. Hardy (eds.), *Stress and performance in sport* (pp. 81-106). New York: John Wiley & Sons.

Hartley, J., Jacobson, D., Klandermans, B., & Van Vuuren, T. (1991). *Job insecurity: Coping with jobs at risk.* London: Sage Publications, 1991.

Harvey-Jordan, S., & Long, S. (2002). Focus groups for community practitioners: A practical guide. *Community Practitioner, 75* (1), 19-21.

Heidegger, M. (1995). *Ser e tempo*. Parte I (5ª ed.). Petrópolis: Vozes.

Hersey, P., & Blanchard, K. H. (1986). *Psicologia para administradores* (6ª ed.). São Paulo: EPU.

Holmes, T. & Rahe, R. (1967). The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res, 11*, 213-218.

Jenkinson, T. P. (1997). Adolescents as reflective practitioners: Implications for nurse education. *Nurse Education Today, 17*, 58-61.

Jesus, E. H. (2006). *Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem*. Coimbra: Formasau.

Jesus, S. N. (1993). Promoção de competências cognitivo-motivacionais e de investigação nos professores. *Revista Portuguesa de Pedagogia, 27* (3), 439-456.

Johanson, N., & Lally, T. (1991). Effectiveness of a death-education program in reducing death anxiety of nursing students. *Omega Journal of Death and Dying, 22*, 25-33.

Jones, F., & Bright, J. (2001). Stress: Myth, theory and research. Essex: England, Pearson Education Limited.

Jones, M. C., & Johnston, D. W. (1997). Distress, stress and coping in first-year student nurses. *Journal of Advanced Nursing, 26*, 475-482.

Kiger, A. M. (1994). Student nurses' involvement with death: The image and the experience. *Journal of Advanced Nurse, 20*, 679-686.

Kimmel, D. C., & Weiner, I. B. (1998). *La adolescencia: Una transición del desarrollo*. Barcelona: Ariel.

Kling, K. C., Hyde, J. S., Showers, C. J., & Buswell, B. N. (1999). Gender differences in self-esteem: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 125*, 470-500.

Kobasa, S., Maddi, S., & Puccetti, M. (1984). Personality. In R. Barnett, L. Bierner & G. Baruch (eds.), *Gender and stress* (pp. 309-329). New York: The Fress Press.

Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión: Guía práctico para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.

Krueger, R. A. (1994). *Focus groups: A practical guide for applied research*. California: Sage Publications.

Krueger, R. A. (1998a). *Moderating focus groups.* Thousand Oaks: SAGE Publications.

Krueger, R. A. (1998b). *Analyzing & reporting focus group results.* Thousand Oaks: SAGE Publications.

Landers, M. (2000). The theory-practice gap in nursing: The role of the nurse teacher. *Journal of Advanced Nursing, 6* (32), 1550-1556.

Larsen, R. (2000). Personality processes. In: G. Fink (ed.), *Encyclopedia of stresss* (Vo. 3, pp. 149-154.). New York: Academic Press.

Lazarus, R. S. (1993). Why we should think of stress as a sugest of emotion. In L. Goldberg & S. Bredmitz (eds), *Handbook of stress, theoritical and clinical aspects* (pp. 21-39). New York: Free Press.

Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: A new synthesis*. New York, NY: Oxford University Press.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lazarus, R. S., & Monat, A. (1991). *Stress and coping*. New York. Columbia University Press.

Lazarus, R., & De Longis, A. (1983). Psychological stress and the coping in aging. *American Psycologist, 38*, 245-254.

Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springler.

Lei nº 104/98 (1998, 21 de Abril). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto. Diário da República nº 93, Série I-A.

Lei nº 115/97 (1997, 19 de Setembro). Alteração à Lei nº 46/86 de 14 de Outubro (Lei de Bases do Sistema Educativo). Diário da República nº 217, Série I-A.

Lima, J. (2003). *Supervisão em ensinos clínicos de enfermagem: Perspectiva dos enfermeiros cooperantes*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade de Aveiro.

Lipp, M. N. (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Loff, A. (2003). Avaliação de níveis de stresse em enfermagem. *Revista Sinais Vitais, 23*, 13-15.

Loftus, L. A. (1998). Student nurses' lived experience of the sudden death of their patients. *Journal of Advanced Nursing, 27*, 641-648.

Lopes, M. J., & Lourenço, O. (1998). Concepções de enfermagem e desenvolvimento sócio-moral: Alguns dados e implicações. *Análise Psicológica, 16* (4), 655-665.

Loureiro, E. M. F. (2006). Estudo da relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de medicina. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade do Minho, Braga. Acessível on-line em repositorium.sdum.uminho.pt.

Macedo, A. P. (2004). *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar*. Actas dos ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Sociedade Contemporânea: Reflexividade e Acção Atelier: Educação e Apendizagens. [on-line]. Disponível em www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628 bb4a557a5_1.pdf, acedido em Julho de 2007.

Machado, C., & Almeida, L. (2000). Vivências académicas: Análise diferencial em estudantes dos 1º e 4º anos do ensino superior. In J. Tavares & R. A. Santiago (orgs.), *Ensino superior: (In)sucesso académico* (pp. 133-145). Porto: Porto Editora.

Madeira, R., & Lopes, V. (2007). Necessidades de formação em enfermagem ao nível das competências relacionais e de continuidade de cuidados. In *Processos de formação na e para a prática de cuidados* (pp. 47-76). Loures: Lusociência.

Magalhães, C. M. S. (2004). *Stresse dos alunos de enfermagem em ensino clínico: Estudo exploratório descritivo*. Tese de mestrado não-publicada. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Magnusson, D. (1982). Situational determinants of stress: an interactional perspective. In L. Goldberger & S. Breznitz (eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects*. New York: Free Press.

Mahat, G. (1996). Stress and coping: First year nepalese nursing students in clinical settings. *Journal Nursing Education, 35*, 163-169.

Martens, R., Burton, D., Vealey, R. S., Bump, L. A., & Smith, D. E. (1990). Development and validation of the Competitive State Anxiety Inventory - 2. In R. Martens, R. S. Vealey & D. Burton (eds.), *Competitive anxiety in sport* (pp. 117-232). Champaign, IL: Human Kinetics.

Martens, R., Burton, D., Vealey, R. S., Smith, D. E., & Bump, L. A. (1983). *The development of the Competitive State Anxiety Inventory, 2*. Champaign, IL: University of Urbana.

Martin, C. (1996). *Cuidados de enfermagem, uma disciplina: Condições e desafios*. Lausane: ESEI.

Martins, A. C. (2004). *Tempo de todas as incertezas. Expresso: Guia do estudante*. [on-line]. Disponível em http://piano.dsi.uminho.pt/disciplinas/PAED/mansobre/ vdest.htm. Acedido em 19 de Março de 2008.

Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996). The Maslach Burnout Inventory: Test manual (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psycologist Press.

Matos, E. T. (1997). A colaboração escola-serviços. *Nursing, 10* (114), 31-34.

Mattar, F. N. (1993). *Pesquisa de marketing*. São Paulo: Atlas.

McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for "intelligence." *American Psychologist, 28*, 1-14.

McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Clinical assessment can benefit from recent advances in personality psychology. *Journal of Personality, 54*, 385-405.

McIntyre, T, McIntyre, S. E., & Silvério, J. (1999). Respostas de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica, 17* (3), 513-527.

McIntyre, T. (1994). Stress e os profissionais de saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica, 12* (2-3),193-200.

Monteiro, C. F. S., Freitas, J. F. M., & Ribeiro, A. A. P. (2007). Estresse no cotidiano dos alunos de enfermagem da UF Piauí. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 11* (1), 66 -72.

Moreira, J. M. (2000). *Stress e coping em estudantes de enfermagem: Influência do apoio social e do estilo de vinculação*. Comunicação apresentada no V Congresso Galaico-Português de Psicopedagogia, Santiago de Compostela.

Morgan, D. L. (1988). *Focus group as qualitative research*. Beverly Hills: Sage Publications.

Morgan, D. L. (1997). *Focus groups as qualitative research* (2nd ed.). Londres: Sage.

Morgan, D. L. (1998a). *Planning focus groups.* Thousand Oaks: SAGE Publications.

Morgan, D. L. (1998b). *The focus group guidebook.* Thousand Oaks: SAGE Publications.

Morris, L. W., Davis, M. A., & Hutchings, C. H. (1981). Cognitive and emotional components of anxiety: Literature review and a revised worry-emotionality scale. *Journal of Educational Psychology, 73*, 541-555.

Munson, C. E. (2002). *Handbook of clinical social work supervision* (3rd ed.). Binghamton: The Haworth Press, 2002.

Nascimento, C. (2007). Docentes de enfermagem: Necessidades de formação em supervisão clínica. In *Processos de formação na e para a prática de cuidados, Ciclo de Colóquios* (pp. 1-46). Loures: Lusociência.

Nogueira-Martins, M. C. F. (2002). *A experiência de supervisão de hospitais em um programa de humanização*. Anais do I Congresso Brasileiro: Psicologia, Saúde e Profissão. São Paulo.

Not, L. (1987). *Enseigner et fair apprendre, sciences de l'homme*. Toulouse : Privat.

Nóvoa, A., & Finger, M. (1988). *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: MS/DRHS.

Nunes, L. A. S. (1999). *O sentido de coerência: Operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e qualidade de vida*. Tese de mestrado não-publicada. Universidade Nova de Lisboa.

Nunes, M. O. (1995). *Communautes therapeutiques charismatiques et personnalisation (DEA)*. Toulouse: Université Toulouse le Mirael.

Nunnaly, J. (1978). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.

Oliveira, C. (1998a). *O stress e o coping nos estágios. A experiência dos alunos e a relação com o cliente*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas, Lisboa.

Oliveira, C. M. S. (1998b). O stress e coping: E a formação em enfermagem? *Servir, 46* (6), 288-296. (Procurar revista, p. 215 da tese)

Oliveira, I. & Neves, L. (1995). Fosso teoria/prática na formação de enfermagem: Mito ou realidade? *Informar, 1*, 7-10.

Oliveira, J. H. B., & Oliveira, A. M. B. (1996). *Psicologia da educação escolar I: Aluno – aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Oliveira, J. H. B., & Oliveira, A. M. B. (1996). *Psicologia da educação escolar II: Professor – aprendizagem*. Coimbra: Livraria Almedina.

Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências do enfermeiro de cuidados gerais. *Revista da Ordem dos Enfermeiros, 10*, 49-59.

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro*. Lisboa: Autor.

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Regulação profissional. Um pilar para o desenvolvimento da enfermagem e instrumento de promoção da qualidade dos cuidados. *Separata da Revista da Ordem dos Enfermeiros, 26*, 4-8.

Pacheco, S. (2008). Stress e mecanismos de *coping* nos estudantes de enfermagem. *Referência, 7*, 2ª Série, 89-95.

Paiva, L. A. R. (2008). *Supervisão em ensino clínico de enfermagem. O stresse dos tutores e o apoio percebido pelos estudantes*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade de Aveiro.

Parasuraman, A. (1986). *Marketing research*. Toronto: Addison-Wesley Publishing company.

Parker, J. D. A., & Endler, N. S. (1996). Coping and defense: A historical review. In M. Zeidner & N. S. Endler (eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 3-23). New York, NY: John Wiley & Sons, Inc.

Parkes, K. R. (1980). Occupational stress among student nurses: A comparison of medical and surgical wards. *Nursing Times, 6* (76), 117-119.

Parkes, K. R. (1985). Stressful episodes reported by first year student nurses: A descriptive account. *Journal of Social Science and Medicine, 20* (9), 945-953.

Paulino, M. N. S. (2007). Vivências e percepções do estágio nos estudantes de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem, 16*, 24-31.

Payne, S., Dean, S., & Kalus, C. (1998). A comparative study of death anxiety in hospice and emergency nurses. *Journal of Advanced Nursing 28*, 700-706.

Peirce, A. (1991). Preceptorial students'view of their clinical experience. *Journal of Nursing Education. 30* (6), 244-250.

Peiró, J. M. (1993). *Desencadeantes del estrés laboral*. Salamanca: Endema.

Peña Guerrero, L. E. (2003). *Características requeridas en el docente de enfermería según opinión de la comunidad educativa de la Universidad Metropolitana San Marcos*. Recuperado em 1 de Outubro 2008, de http://www.sisbib.com/.

Pereira, M. A. G. (1996). *Percepção da relação professor aluno na prática clínica de enfermagem: Comunicação e assertividade*. Dissertação de mestrado não-publicada. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.

Perrenoud, P. (1997). *Práticas pedagógicas profissão docente e formação. Perspectivas sociológicas*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.

Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Phaneuf, M. (2003). Tendências actuais da formação em enfermagem. In C. Gadbois, *Gestão, formação e investigação em enfermagem: Partilha de experiências* (vol. 2). Coimbra: Direcção de Enfermagem dos HUC.

Phillps, A. P. (1998). Reducing nursing students anxiety level and increasing retention of materials. *Journal of Nursing Education, 27*, 35-41.

Pieron, H. (1977). Dicionário de psicologia (5ª ed.). Porto Alegre: Editora Globo S.A.

Pimentel, M. H. (2008). *Representações dos alunos de enfermagem sobre profissão*. [on-line]. Disponível em Conferênciaswww.eselx.ipl.pt/cied/.../M.%20Pimentel. htm. Acedido em Janeiro de 2008.

Pires, R. M., Morais, E. J., Santos, M. R. S., Kock, M. C., Sardo, M. D., & Machado, P. A. P. (2007). Supervisão clínica de alunos de enfermagem. *Revista Sinais Vitais, 54*, 15-17.

Pires. E. L. (1987). *Lei de bases do sistema educativo. Apresentação e comentários*. Porto: Porto Editora.

Pla, O., Hernández, A., Orquín, J., & Sanz de Galdeano, F. J. (1999). La enfermería y el estrés laboral: Amistades peligrosas. *Enfermería Integral, 48*, 15-18.

Portaria 195/90 (1990, 17 de Abril). Regulamenta o Curso de Bacharelato em Enfermagem, a que se refere o Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro. Diário da República nº 64, Série-I.

Portaria 720/2000 (2000, 5 de Setembro). Aprova os planos de estudos do curso de licenciatura em Enfermagem e do ano complementar de formação em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real. Diário da República nº 205, Série I-B.

Portaria 799-D/99 (1999, 20 de Setembro). Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Diário da República nº 219, Suplemento Série I-B

Portaria nº 239/94 (1994, 16 de Abril). Estabelece a regulamentação genérica dos cursos de estudos superiores especializados na área da enfermagem. Diário da República nº 89, Série I-B.

Portaria nº 268/2002 (2002, 13 de Março). Aprova o Regulamento Geral de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem. Diário da República nº 61, Série I-B.

Portaria nº 821/89 (1989, 15 de Setembro). Reconverte as escolas de enfermagem em escolas superiores de enfermagem. Diário da República nº 213. Série I.

Pozo, J. I. (1998). A aprendizagem e o ensino de fatos e conceitos. In: C. Coll, J. I. Pozo, B. Sarabia & E. Valls (orgs.), *Os conteúdos na reforma: Ensino e aprendizagem de conceitos, procedimentos e atitudes* (pp. 17-72). Porto Alegre: Artmed.

Pozo, J. I. (2002). *Aprendizes e mestres: A nova cultura da aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed, 2002.

Queirós, A. A., Silva, L. C., & Santos, E. M. (2000). *Educação em enfermagem*. Coimbra: Quarteto.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (1992). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

Raglin, J. S. (1992). Anxiety and sport performance. *Exercise and Sport Sciences Reviews, 20*, 243-274.

Ramos, S. I. V., & Carvalho, A. J. R. (2007). Nível de stress e estratégias de coping dos estudantes do 1º ano do ensino universitário de Coimbra. *Psicologia.com.pt*.

Rebelo, H., & Alarcão, M. (2003). Transição para o ensino superior: As narrativas de pais e filhos. In *V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia: Livro de Resumos* (pp. 88-89). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Rebelo, M. T. S. (1996). *Os discursos nas práticas de cuidados de enfermagem: Contributos para a análise das representações sociais de enfermagem*. Tese de mestrado não-publicada. Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Lisboa.

Reboul, O. (1982). *O que é aprender*? Coimbra: Almedina.

Regueiras, B. (2001). Actividades de lazer como forma de aliviar o stress nos grupos de enfermeiros. *Nursing, ??? (*155), p.18-21.

Reis, A. (1990). Comunicação e relação pedagógica. *O Professor, 2*, 42-61.

Rhead, M. M. (1995). Stress among student nurses: Is it practical or academic? *Journal of Clinical Nursing, 4*, 369-376.

Ribeiro, L. C. (1990). *Avaliação da aprendizagem*. Lisboa: Texto Editora.

Robinson, J., Shaver, P. R., & Wrightsman, L. S. (orgs.). (1991). *Measures of personality and social psychological attitudes*. San Diego, CA: Academic Press.

Rodrigo, M. (1995). Estrés de los professionales de enfermería: Sobre qué o quién repercute? *Revista Rol de Enfermería, 18* (201), 65-68.

Rodrigues, A. (2007). *Processos de formação na e para a prática de cuidados: Ciclo de colóquios*. Loures: Lusociência.

Rodrigues, C., & Veiga, F. H. (2006). Stresse em estagiários de enfermagem e sua influência na relação de ajuda ao doente. In Tavares, J., Pereira, A., Fernandes, C., & Monteiro, S. (orgs.), *Activação do desenvolvimento psicológico: Actas do Simpósio Internacional* (pp. 353-359). Aveiro: Universidade de Aveiro.

Rodrigues, L. (2001). *Psicologia social: Os fundamentos sócioculturais do comportamento. Psicologia*. Lisboa: Plátano Editora.

Sá, L. O. (2002). *Burnout e controlo sobre o trabalho em enfermagem oncológica*. Dissertação de mestrado não-publicada. Universidade do Porto.

Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, conhecimento e supervisão. Contributos nas áreas de formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Edições CIDInE.

Sá-Chaves, I. (2002). Formação de professores: Modelos de referência na Universidade de Aveiro. *Revista de Educação, 11* (1), 150-153.

Sánchez, M. (1992). Estrés de los estudientes de enfermería en el período prático. *Enfermería Científica, 127*, 43-46.

Sarabia, B. (1998). A aprendizagem e o ensino das atitudes. In C. Coll, J. I. Pozo, B. Sarabia & E. Valls (orgs.), *Os conteúdos na reforma: Ensino e aprendizagem de conceitos, procedimentos e atitudes* (pp. 119-178). Porto Alegre: Artmed.

Sarnadas, L. L. (2000). *Factores desencadeantes de ansiedade de stress durante o ensino clínico*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Scarinci, I., Utyama, I., Guariente, M., Ohnishi, M, & Miyamoto, N. (1989). Apoio psicológico: Uma necessidade dos alunos de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem, 10* (1), 39-44.

Schleich, A., Righi, L., Polydoro, S. A. J., & Santos, A. A. A. (2006). Escala de satisfação com a experiência académica de estudantes do ensino superior. *Aval. psicol. [online], 5* (1). Disponível em http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167704712006000100003&lng=pt&nrm=iso. Acedido em 11 Dezembro 2008.

Schön, D. (1983). *The reflective practitioner. How professionals think in action*. New York: Basic Books.

Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Ediciones Paidós.

Sellek, T. (1982). Satisfying and anxiety creating incidents for nursing students. *Nursing Times, 78*, 137-140. [PubMed]

Selye, H. (1980). The stress concept today. In I. Kutash & B. Schlesinger (eds.), *Handbook on stress and anxiety* (pp. 127-129). Jossey: Bass Publishers.

Selye, H. (1994) Selye, H. (1994). *The stress of life*. New York: The McGraw-hill Companies, Inc.

Serra, M. (2004). *Aprender a ser doente. Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar.* Dissertação de mestrado não-publicada. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Serra, M. N. (2008). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Revista de Ciências da Educação, 5*, 69-80.

Sharif, F., & Masoumi, S. (2005). A qualitative study of nursing student experiences of clinical practice. *BMC Nursing 4*, 6.

Shinyashiki, G. T., Trevizan, M. A., Mendes, I. A. C., & Day, R. A. (2006). Socialização profissional: Estudantes tornando-se enfermeiros. *Revista Latino-Americana de Enfermagem, 14* (4), 601-607.

Silva, A. V. A., Macedo, E. M. C. M., Garcia, E. M. B., Marques, M. F. M., Pedroso, M. H. M, & Costa, M. L. G. P. V. (2007). *Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara. Pioneira no passado, actuante no presente, inovadora no futuro… 121 anos de história*. Loures: Lusociência.

Silva, D., & Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium – Viseu: Revista do ISPV, 30*, 103-118.

Silva, M. (2001). *Stresse na profissão docente: Estudo com professores dos 2º e 3º ciclos do ensino básico*. Dissertação de mestrado não-publicada. Instituto da de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, Braga.

Simões, J. F. F. L., & Garrido, A. F. S. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto e Contexto em Enfermagem, 16* (4), 599-608.

Simões, J. F., Alarcão, I., & Costa, N. (2008). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: A perspectiva dos enfermeiros cooperantes. *Referência, 6*, II. Série, 91-108.

Smith, R. E., Smoll, F. L. & Wiechman, S. A. (1998). Measuring trait anxiety in sport. In J. L. Duda (ed.), *Advances in sport and exercise psychology measurement* (pp. 105-127): Morgantown, WV: Fitness Information Technology.

Snyder, C., & Dinoff, B. (1999). *Coping: Where have you been? Coping: The psychology of what works*. Oxford: Oxford University Press.

Soares, A. P., Vasconcelos, R. M., & Almeida, L. S. (2002). Adaptação e satisfação na universidade: Apresentação e validação do Questionário de Satisfação Académica. In A. S. Pouzada, L. S. Almeida & R. M. Vasconcelos (eds.), *Contextos e dinâmicas da vida académica* (pp. 153-165). Guimarães: Conselho Académico, Universidade do Minho.

Sordes-Ader, F., Fsian, H., Esparbès, S., & Tap, P. (1996). Stratégies de coping et désirable sociale. *Aprendizagem e Desenvolvimento, 4* (15/16), 165-173.

Speck, B. J. (1990). The effect of guided imagery upon first semester nursing students performing their first injections. *Journal of Nursing Education, 29*, 346-350.

Spielberger, C. D. (1966). Theory and research on anxiety. In C. D Spielberger (ed.), *Anxiety and behaviour* (pp. 3-20). New York: Academic.

Spielberger, C. D. (1989). Stress and anxiety in sports. In D. Hackfort & C. D. Spielberger (eds.), *Anxiety in sports: An international perspective* (pp. 3-17). New York: Hemisphere.

Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., Lushene, R., Vagg, P. R., & Jacobs, G. A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo Alto CA: Consulting Psychologists.

Tahka, V. (1988). *O relacionamento médico-paciente*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Taylor, S., Hegelson, V., Reed, G., & Skokan, L. (1991). Self-generated feeling of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues, 47*, 91-109.

Taylor, S., Klein, L., Lewis, B., Gruenewald, T., Gurung, R., & Updegraff, J. (2000). Behavioral responses to stress in females: Tend and befriend, not fight or flight. *Psychological Review, 107*, 441-429.

Turner, J., & Roszell, P. (1994). *Psychological resources and the stress process*. New York: Plenum Press.

Tzresniewski, K. H., Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2003). Stability of self-esteem across life span. *Journal of Personality and Social Psychology, 84*, 205-220.

Valadas, A. M. C. F. (1995). *Ansiedade nos alunos e experiência dos estágios*. Tese de mestrado não-publicada. Universidade Católica, Lisboa.

Vaz Serra, A. (1986a). A importância do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica, 7* (2), 57-66.

Vaz Serra, A. (1986b). O inventário clínico do auto-conceito. *Psiquiatria Clínica, 7* (2), 67-84.

Vaz Serra, A. (1987). Um estudo sobre coping: O Inventário de Resolução de Problemas. *Revista Psiquiatria Clínica, 9* (4), 301-316.

Vaz Serra, A. (1992). *Um modelo descritivo de stress*. Trabalho apresentado em 11 de Maio de 1992, em Praga, durante o Workshop sobre Stress Managent in the Community Settings.

Vaz Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Vaz Serra, A. (2000). Construção de uma escala para avaliar a vulnerabilidade ao stress: a 23 QVS. *Psiquiatria Clínica, 21* (4), 279-308.

Vaz Serra, A. (2005). As múltiplas facetas do stress. In A. M. Pinto & A. L. Silva (eds.), *Stress e bem-estar* (pp. 17-42). Lisboa: Climepsi Editores.

Vaz Serra, V., & Pochinho, F. (2001). Auto-conceito, coping e ideias de suicídio. *Psiquiatria Clínica, 22* (1), 9-21.

Vergara, S. C. (2000). *Gestão de pessoas* (2ª ed.). São Paulo: Atlas.

Vichas, R. P. (1982). *Complete handbook of profitable marketing Research Techniques*. New Jersey: Englewood Cliffs e Prentice-Hall.

Vinay, A., Esparbès-Pistre, S., & Tap, P. (2000). Attachement et stratégies de coping chez l'individu résilient. *La Revue Internationale de l'Éducation Familiale, 4* (1), 9-35.

Vives, J. (1994). Respuesta emocional al estrés laboral. *Revista Rol de Enfermería, 17* (186), 31-39.

Vygotsky, L. S. (1983). *Pensamento e linguagem*. São Paulo: Martins Fontes.

Watson, J. (1992). Filosofía y teoría de los cuidados humanos en enfermería de Watson. In J. Riehl-Sisca, *Modelos conceptuales de enfermería* (pp. 179-192). Barcelona: Ediciones Doyma.

World Health Organization. (2001). *Nurses and midwifes for health*. WHO European Strategy for Nursing and Midwifery Education. Section 1-8: Guidelines for the implementation of the strategy. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.

Zaballa, A. (1999). *Como trabalhar os conteúdos procedimentais em aula* (2ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Zalon, M. L. (1995). Pain manegement instruction in nursing curricula. *Journal of Nursing Education, 34*, 2622-2627.

Zarifian, P. (1999). *Objectif compétence: Pour une nouvelle logique*. Paris: Editions Liaisons.

Zryewskyj, T., & Davis, L. (1987). Sources of stress in third year baccalaureate nursing students. *AARN-News-Lett, 43* (3), 24-25.

Zupiria Gorostidi, X., Uranga Iturriotz, M. J., Alberdi Erize, M. L., & Barandarian Lasa, M. (2003). KEZKAK: Cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de Enfermería en las prácticas clínicas. *Revista GAC Sanit, 17* (1), 37-51.

ANEXOS

Anexo I

Questionário KEZKAK aplicado aos estudantes

I Parte

Identificação

1 – Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐
2 – Idade: ☐☐ anos
3 – Ano que frequenta: ☐

II Parte

(Instruções)

De acordo com a sua opinião, seleccione a opção de resposta que melhor se adequa a cada uma das situações, assinalando com um círculo o respectivo número 0,1,2,3, de acordo com a seguinte escala de resposta:
0 – Nada (N); 1 – Algo (A); 2 – Muito (M), 3 – Muitíssimo (MT)

Ao preenchê-lo **não mencione seu nome ou assine a folha**, para assim assegurar seu anonimato. Agora que sabe como proceder, por favor, responda ao questionário, não deixando nenhuma das afirmações sem resposta.

No desenvolvimento do questionário encontra um conjunto de situações que pretendem responder à questão: **"No Ensino Clínico/ Estágio até ponto o preocupam as seguintes situações?"**

	N	A	M	MT
01 – Não me sentir integrado na equipa de trabalho	0	1	2	3
02 – Fazer mal o meu trabalho e prejudicar o doente/utente	0	1	2	3
03 – Sentir que não posso ajudar o doente/utente	0	1	2	3
04 – Causar dano psicológico ao doente/utente	0	1	2	3
05 – Não saber como responder às expectativas do doente/utente	0	1	2	3
06 – Causar dano físico ao doente/utente	0	1	2	3
07 – Não saber como responder ao doente/utente	0	1	2	3
08 – Afectarem-me as emoções do doente/utente	0	1	2	3
09 – Comunicar más noticias	0	1	2	3
10 – Falar com o doente do seu sofrimento	0	1	2	3
11 – Que o doente/utente me trate mal	0	1	2	3
12 – A relação com os profissionais de saúde	0	1	2	3
13 – Contagiar-me, sendo a fonte de contágio doente/utente	0	1	2	3
14 – O doente que estava a melhorar comece a piorar	0	1	2	3
15 – Picar-se com uma agulha infectada	0	1	2	3
16 – Confundir a medicação	0	1	2	3
17 – Receio de errar	0	1	2	3
18 – Ver morrer um doente/utente	0	1	2	3
19 – A relação com o professor	0	1	2	3
20 – Deparar com alguma situação sem saber o que fazer	0	1	2	3
21 – Envolver-me demasiado com o doente/utente	0	1	2	3
22 – A importância da minha responsabilidade no cuidado do doente/utente	0	1	2	3
23 – Não conseguir atender todos os doentes/utentes	0	1	2	3
24 – Que o doente/utente não me respeite	0	1	2	3
25 – A relação com o enfermeiro orientador da prática clínica	0	1	2	3
26 – Ser alvo de uma queixa de um doente/utente	0	1	2	3
27 – Estar com a família do doente quando este está moribundo	0	1	2	3
28 – A relação com os colegas (estudantes de enfermagem)	0	1	2	3
29 – Estar perante uma situação de urgência	0	1	2	3
30 – Estar com um doente/utente que tem dificuldades em comunicar	0	1	2	3
31 – Estar com um doente/utente ao qual se ocultou uma má noticia	0	1	2	3
32 – Realizar procedimentos que causam dor ao doente	0	1	2	3
33 – Não saber como terminar o diálogo com o doente/utente	0	1	2	3
34 – Trabalhar com doentes/utentes agressivos	0	1	2	3
35 – A sobrecarga de trabalho	0	1	2	3
36 – Receber ordens contraditórias	0	1	2	3
37 – Que um doente/utente de outro sexo "se insinue"	0	1	2	3
38 – Não encontrar o médico quando a situação requer a sua presença	0	1	2	3
39 – Estar com um doente terminal	0	1	2	3
40 – Que o doente/utente toque certas partes do meu corpo	0	1	2	3
41 – As diferenças entre o que aprendemos na escola e o que vemos na prática	0	1	2	3

Obrigada pela colaboração

Anexo II

Fotocópia do comprovativo das autorizações para aplicação dos instrumentos de colheita de dados

– Para reunião do Conselho Científico

2007/02/14

Exmo. Sr.
Presidente do Conselho Directivo da
Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

– Autorização do processo! de acordo com a decisão em CC.

2007/02/20

Isabel Maria Antunes Rodrigues da Costa Barroso, assistente, a exercer funções no Departamento de Saúde Mental e Comunitária, na escola Superior de Enfermagem de Vila Real, vem por este meio solicitar a vossa excelência, que lhe seja autorizada a aplicação de um questionário aos alunos desta Escola, que se encontrem, presentemente, a realizar o ensino clínico e estágio.

O objectivo da aplicação do questionário é a adaptação para os alunos portugueses de Enfermagem do questionário **"KEZKAK: cuestionario bilingüe de estresores de los estudiantes de enfermería en las prácticas clínicas"**. Trata-se de um questionário composto por 41 itens, que mede alguns dos factores que interferem no desempenho dos alunos durante o ensino clínico/estágio. Este questionário foi traduzido com a autorização dos autores e neste momento pretende-se validá-lo para a população portuguesa, dado que poderá ser um instrumento que pode, eventualmente, vir a ser integrado no estudo que será desenvolvido no âmbito da dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. O preenchimento deste questionário demora em média 15 minutos e serão respeitados os procedimentos éticos.

Junto se anexa o questionário.

Pede Deferimento

Isabel Costa Barroso

Vila Real, 13 de Fevereiro de 2007

Ao
Presidente c/)
18.06.08
A Chefe Secção
Alegretti

Exmº Sr. Presidente do Conselho Directivo
da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real

- Autorizado a marcação das entrevistas no fim do ano.
- Uma vez que a Escola tem meios próprios, deve ser contactado o Sr. Armando para o efeito.

09/06/18

No âmbito do meu trabalho de Mestrado e no seguimento do pedido anteriormente efectuado para aplicação dos instrumentos de recolha de dados, vou realizar entrevistas de focus group a dois grupos de alunos do 3º e 4º ano do CLE da Escola Superior de Enfermagem de Vila Real – UTAD. Para que, posteriormente, seja possível fazer uma análise mais detalhada é conveniente que as entrevistas sejam video-gravadas. Assim, venho por este meio solicitar a V. Ex. que se digne autorizar que as entrevistas sejam realizadas numa das salas de aulas desta escola e ainda que seja efectuado o pedido de solicitação do apoio dos Serviços de Audiovisuais da UTAD a gravação das referidas entrevistas, previstas para o dia 27 de Junho de 2008.

Com os melhores cumprimentos

Pede deferimento

Vila Real, 17 de Junho de 2008

Isabel Costa Barros

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE VILA REAL
ENTRADA
000626 | 2008-06-18

TOMEI CONHECIMENTO
Isabel Costa Barros
19.06.2008

Anexo III

Guião das entrevistas de *focus group*

Guião para as Entrevistas de *Focus Group*

Introdução

- Dar as boas vindas a todos os presentes.
- Pedir para desligar telemóveis.
- De forma breve descrever o objectivo do estudo.

Hoje estamos aqui para ouvir a vossa opinião sobre o ensino clínico, os cuidados de enfermagem, as vossas expectativas, de forma a contribuir para uma melhor compreensão dos fenómenos educativos e socioprofissionais e consequentemente aperfeiçoar estratégias de ensino-aprendizagem.

Apresentação

- Iniciar o *focus groups* com a nossa apresentação, a moderadora e a co-moderadora.
- Questionário de caracterização do grupo.
- Perguntar-lhes novamente se querem participar no estudo.

Portanto, é importantíssima a vossa opinião, pois só vocês é que nos podem a ajudar a melhor o ensino clínico e consequentemente a aprendizagem de todos os estudantes desta escola.

Antes de começarmos, vou explicar como vai funcionar esta entrevista, tentem falar um de cada vez para que se consiga depois entender as gravações. Os DVD's vão ser destruídos depois de serem ouvidas, portanto tudo é confidencial.

Não há respostas certas ou erradas, mas sim diferentes opiniões. Estejam à vontade para partilhar as vossas opiniões mesmo que sejam diferentes.

Ninguém é obrigado a falar, e se por qualquer razão se não estiver a sentir-se bem pode sair, sem ter que dar explicação.

O nosso papel aqui é o de ouvir e fazer perguntas para aprender, não vamos participar nas discussões, pois só nos interessa a vossa opinião, mas vocês podem conversar uns com os outros.

Uma coisa muito importante é que **todos têm que ser ouvidos**, portanto, eu posso ter que interromper algum de vocês que esteja a falar muito para pedir a opinião dos outros.

Guião da Entrevista

1. O que pensam do curso de enfermagem e da escola?

2. Que importância atribuem ao ensino clínico na formação em enfermagem?

3. Que situações/experiências consideram como gratificantes? E as menos gratificantes?

4. Na aprendizagem em ensino clínico que aspectos (ex: atitudinais) são, por vocês mais valorizados?

5.Que factores consideram que interferem na vossa aprendizagem em ensino clínico?

6. Quais as situações que são vivenciadas como preocupantes?

6.1. Como superam essas situações? A que recursos/apoios costumam recorrer?

7. Na vossa opinião, que benefícios pode representar o ensino clínico para o vosso desenvolvimento pessoal e como futuros profissionais?

8. Vamos falar um pouco sobre as vossas expectativas em relação ao ensino clínico.

8.1. O que esperam dos ensinos clínicos? Traçam objectivos? Como os concretizam?

8.2. Na vossa opinião como é que o ensino clínico pode responder às exigências do exercício profissional?

Conclusão

Para terminar, acham que nos esquecemos de alguma coisa importante e que vocês gostassem de falar?

O que acharam daquilo que fizemos hoje?

De tudo o que abordamos hoje o que acharam mais interessante?

Este encontro foi muito importante para nós e para o trabalho que estamos a fazer……

Muito obrigada pela vossa colaboração, foi muito bom estar convosco……

Anexo IV

Modelo de análise das entrevistas de *focus group*

Modelo de Análise para o *Focus Group*

Objectivo	Questões Orientadoras	Categoria	Subcategorias
1. Conhecer a satisfação dos estudantes do CLE.	Qual a satisfação dos estudantes com o seu percurso de formação?	Nível de satisfação.	- Escola - Curso - Ensino clínico
2. Identificar conteúdos de aprendizagem em ensino clínico.	Quais os conteúdos de aprendizagem valorizados pelos estudantes?	Aprendizagem.	- Conteúdos verbais - Conteúdos atitudinais - Conteúdos procedimentais: Procedimentos heurísticos e algorítmicos
3. Reconhecer os factores que influenciam a aprendizagem em ensino clínico.	Quais os factores que influenciaram a aprendizagem?	Influência dos factores.	- Modelo de acompanhamento - Contextos de aprendizagem/ ambientes clínicos - Processo de avaliação
4. Identificar as situações geradoras de stresse durante o ensino clínico.	Quais as situações consideradas preocupantes pelos estudantes durante o ensino clínico?	Situações geradoras de stresse.	- Falta de competência - Contacto com o sofrimento - Relação com os professores e colegas - Impotência e incerteza - Não controlar a relação com o doente - Envolvimento emocional - Ser magoado na relação com o doente - Relação intima com o doente - Sobrecarga de trabalho
5. Identificar os Recursos que os estudantes mobilizam durante o ensino clínico.	Que tipo de recursos são mobilizados pelos estudantes para superar as dificuldades?	Recursos mobilizados.	- Características individuais - Características contextuais - Percepção da situação - Estratégias de *coping*
6. Identificar as necessidades sentidas pelos estudantes durante o ensino clínico.	Quais as necessidades percepcionadas pelos estudantes no ensino clínico?	Necessidades identificadas.	- Necessidades explícitas de formação teórica - Autonomia - Preparação do ensino clínico
7. Identificar as expectativas dos estudantes em relação ao ensino clínico.	Quais as expectativas dos estudantes em relação ao ensino clínico?	Expectativas	- Aplicar os conhecimentos adquiridos - Preparação para a vida profissional

Anexo V

Grelha de Categorização

SATISFAÇÃO

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Análise
Escola	**Dimensão Física**	- *"…quando cheguei aqui, eu senti que esta escola era mais pequena que a minha própria escola secundária, e isso no fundo é óptimo…"* **(EA_3)** - *"É uma escola pequenina…"* **(EA_1)** - *"…parte física […] é espectacular! […] adoro este jardim […] é uma das coisas que mais gosto desta escola…"* **(EA_9)** - *"Em espaço físico é mesmo o jardim"* **(E A_9)** - *"A escola - Acho que é boa"* **(EB_{11})** - *"Ser pequenina, é mais acolhedora…"* **(EA_{10})** - *"…eu sinto-me melhor a estudar, a fazer qualquer coisa quando o ambiente ajuda"* **(EA_9)** - *"…senti que era pequena demais, até porque estamos um pouco afastados da UTAD e isso […] não é prejudicar-nos, mas coloca-nos mais à parte"* ***(EA_3)*** - *"…estarmos distanciados da UTAD também acho que pode influenciar negativamente"* **(EA_8)** - *"…estar distanciada da UTAD, acho que também é uma desvantagem, estamos um bocado à parte, […] muito afastados"* **(EA_{10})** - *"…estamos um bocadinho isolados, sermos inseridos na UTAD se calhar não era má ideia…"* **(EB_2)**
	Dimensão Afectiva	- *"…vão ser pessoas que vão estar sempre na nossa memória, […]. Estabelecemos uma relação muito diferente, muito próxima, quer com professores, quer com as pessoas que trabalham na escola"* **(E A_5)** - *"…não contava que as relações entre professor e aluno fossem muito próximas"* **(EA_4)** - *"…é uma relação muito próxima, é uma escola pequena"* **(EA_{11})** - *"…a escola funciona mesmo como uma segunda casa, […] passamos mais tempo na escola […] do que em casa, é muito importante que nos sintamos bem…"* **(EA_{11})** - *"…é a exigência, que caracteriza esta escola"* **(EA_4)** - *"…a uma relação assim tão próxima relação próxima com os colegas, professores, […] as pessoas todas que estão dentro da escola […], pensava que ia ser uma coisa muito mais distante, muito mais impessoal…"* **(EB_5)** - *"Estabelecemos uma relação muito diferente, muito próxima, quer com professores, quer com as pessoas que trabalham na escola"* **(EA_3)** - *"…acho que saímos daqui mais bem formados a nível pessoal"* **(EA_3)** - *"…uma relação mais próxima […] não tão distanciada como aquela do professor-aluno, […] os professores são bastante acessíveis […] cria-se uma relação não só de profissionais mas também de amizade, entre alunos, professores e funcionários, o que é bastante bom"* **(EA_2)** *"…temos uma relação muito próxima entre alunos, […] professores e funcionários…"* **(E A_8)** - *"…sou de fora e senti-me bastante acolhido aqui"* **(EA_1)** - *"…normalmente as pessoas têm que ir estudar para fora […] de onde moram, e portanto […] este acolhimento que nós temos, […] estarmos próximos uns dos outros, seja com professores, funcionários, com toda a gente, […] é bastante importante, porque ajuda a que nós nos sintamos melhores e nos adaptemos melhor a outra realidade que é completamente diferente"* **(EA_1)** - *"…a escola ser pequena, foi muito mais fácil a integração, sentimos que aqui se encontrou, […], a família, uma nova família…"* **(E A_7)** - *"…começamos a sentir que esta é a nossa escola"* **(EA_7)** - *"…as pessoas tentam sempre ajudar-nos no que podem"* **(EB_9)** - *"…a escola tem um ambiente muito familiar, toda a gente se conhece"* **(EB_8)** - *"…toda a gente foi excelente comigo, […] esta escola vai ficar marcada para mim durante muito e muitos anos"* **(EB_1)** - *"…se temos um problema ou […] alguma coisa a tratar, podemo-nos dirigir a qualquer pessoa, […] ela diz-nos «Vá, vamos […] então resolver isso»"* **(EA_{10})**
	Dimensão Social	- *"…acho quem sai daqui, sai bem formado […] as pessoas que estão aqui são exigentes […] e exigem de nós […] competências […] só sai daqui quem as possui…."* **($EA4_4$)** - *"…a nossa escola é tão bem conceituada"* **(EB_9)** - *"… a exigência, caracteriza esta escola"* **(EA_7)** - *"… a escola também tem alguma dificuldade na mudança"* **(EB_7)** - *"a escola está bem conceituada e nós dizemos que somos de Vila Real e as pessoas dizem […] é uma boa escola […] cria-se uma expectativa elevada sobre nós…"* **(EB_5)** - *"…a nossa escola que é tão bem conceituada…"* **(EB_9)**

Curso	**Plano de Estudos**	- *"…no 1º ano temos oportunidade da prática clínica, de passarmos pelo centro de saúde, […] aquele contacto directo com a pessoa, que precisa de nós, que queremos cuidar […]. é uma grande vantagem da nossa escola…"* **(EA_8)** - *"…fiquei muito satisfeita por tirar o curso aqui em Vila Real. Não era a minha primeira opção, mas estou muito contente, […] está bem estruturado…"* **(EA_8)** - *"…naquela parte do ano que é mais teórica, […] acaba por ser um bocado saturante, é uma grande carga horária"* **(EA_8)** - *"…está bem estruturado"* **(EA_1)** - *"…no 1º ano, o ensino clínico […] é muito importante"* **(EA_1)** - *"…ter logo ensino clínico no 1º ano é muito vantajoso"* **(EA_{10})** - *"…o facto de termos todos os anos ensino clínico e relacionado com o que demos na teoria, […] é muito importante* **(EA_1)** - *"…este curso não pode ser um debitar de informação […] os quatro anos a debitar informação […] e chegar ao fim […] ter o estágio"* **(EA_{10})** - *"…se chegarmos ao estágio e não gostarmos, perdemos quatro anos fundamentais da nossa vida…"* **(EA_{10})** - *"…temos uma carga horária imensa de enfermagem […] e para a farmacologia não temos"* **(EB_5)** - *"…o curso está mais ou menos bem estruturado [...] algumas cadeiras não têm tanta importância como aquelas que são mais precisas, e temos uma carga horária muito elevada"* **(EB_{10})** - *"…no 3º ano há muita repetição de conteúdos…"* **(EB_8)** - *"…o 1º ano realmente não nos dá muitas bases para podermos ir para o ensino clínico"* **(EB_2)** - *"…ensinos clínicos desde o 1º ano, […] é importante"* **(EB_{12})** - *"…é muito bom que ao longo dos anos tenhamos ensinos clínicos, finalizando com o estágio, vai acompanhando a teoria…"* **(EB_{11})** - *"…uma coisa boa é ter ensino clínico nos 4 anos…"* **(EB_6)** - **"***Eu acho que é uma profissão de coragem, nós temos um estatuto a defender, que eu acho que é […] nós temos um estatuto muito alto, na sociedade, eu considero isso"* **(EA_{10})** - *"…a forma como é dada a teoria não é muito comparável com o que nos exigem no ensino clínico"* **(EB_{11})**
	Características do Curso	- *"… a universidade exige mais responsabilidade, mais empenhamento.."* **(EA_4)** - *" para mim foi sempre a enfermagem que quis, desde criança […] um curso que tem muito a ver com as relações humanas e com a proximidade"* **(EA_4)** - *"…além de destreza manual, […] boa comunicação, […] é mais dar muito aos outros e também dar muito de nós"* **(EA_4)** - *"…é muito desgastante […] exige muitas competências psicológicas, além de físicas…"* **(EA_4)** - *"…relações que nós temos que ter com as pessoas, […] como falamos, como estamos com elas"* **(EA_5)** - *"…é um curso que […] se uma pessoa não gostar, é muito difícil […] desempenharmos bem as nossas funções […] até podemos ser muitos bons tecnicamente, […] mas o que é que nos interessa fazer tudo e mais alguma coisa […] e não sabermos dizer «bom dia» ou não sabermos falar com um doente?* **(EA_5)** - *"…estarmos com o doente, falarmos com o doente"* **(EA_5)** - *"…conversar, […] sobre a preocupação que deixou lá fora, sobre os filhos, […] desenvolve-nos muito, a nível pessoal e emocional"* **(EA_2)** - *"…sinto-me muito bem ao poder ajudar as pessoas e é muito gratificante ter as pessoas […] que nos acham uns anjos"* **(EA_3)** - *"…queria ser enfermeira […] não foi uma coisa […] desde pequena, só a partir de uma certa idade é que me apercebi […], porque eu precisava de alguma coisa que me […] permitisse ter um contacto directo com as pessoas"* **(EA_8)** - *"…é um curso com muita parte humana, daí o meu interesse pelo curso.."* **(EB_{11})** - *"… é um bom curso, […] relacionado com a humanidade, com o humanismo das pessoas, mas está um bocado desvalorizado…"* **(EB_7)** - *"…em relação ao curso […] é um balancear entre a perfeição e a frustração"* **(EA_9)** - *"…neste curso se errarmos causamos dor a uma pessoa"* **(EA_{10})** - *"…enfermagem […] é sem dúvida ser humano …"* **(EA_9)** - *"Enfermagem […] foi o único curso que escolhi"* **(EA_{10})** - *"Requer muito […] aquela relação de proximidade com as pessoas e […] treinar bem a […] comunicação"* **(EA_{11})** - *"…foi a minha primeira opção, […], adoro este curso […] da parte humana […], da prática, gosto muito de tudo o que se faz no hospital, no centro de saúde…"* **(EB_1)** - *"O curso, […] é mesmo a minha vocação"* **(EB_2)**

Ensino clínico	**Dimensão altruísta (Apoio/Carinho/Cuidar)**	- *"…sabe-me muito bem quando posso ajudar uma pessoa e ela dá-me um sorriso […] das coisas melhores que podemos ter […] dói mesmo muito quando […] já dá para fazer mais nada, só lhe podemos segurar a mão"* **(EA_9)** - *"…todos já tivemos noites em que não pudemos dormir a pensar naquele doente pelo qual não pudemos fazer nada…"* **(EA_9)** - *"…em todos os ensinos clínicos […] gratificante é o que posso fazer bem […] e ajudei a pessoa a quem o fiz…"* **(EA_5)** - *"…o mais gratificante, […] essas palavras que às vezes os doentes nos dizem, […] é muito importante, […] é das coisas mais agradáveis que uma pessoa pode sentir…"* **(EA_5)** - *"…eu acredito que de alguma maneira, se o que fiz, fiz bem, acho que a pessoa vai ficar contente com o que fiz"* **(EA_5)** - *"…fazermos bem as nossas coisas e vermos que o que fizemos é bom para o doente, que o doente ficou contente com aquilo que fizemos, e mesmo que nos mande dar uma volta, […] nós sabemos que fizemos bem, […] acho que é o mais importante"* **(EA_5)** - *"…É tão bom quando a enfermeira entra o doente dizer «Não esteve cá no fim-de-semana […] sentimos saudades suas! […] essas palavras nunca me vão sair da memória, […] e dizer que nós somos, […] Anjos […] foi arrepiante"* **(EA_3)** - *"É bom saber que se presta um cuidado e a pessoa se sente melhor, […] é construtivo […] porque ir fazer por fazer, não vale a pena..."* **(EA_{10})**
	Desenvolvimento de Competências/Capacidades	- *"…é o ensino clínico que realmente desenvolve as nossas capacidades…"* **(EA_5)** - *"…a quantidade de ensinos clínicos […] e estágio vacina-nos, prepara-nos para a vida profissional"* **(EA_{10})** - *"…é a base […] para nos desenvolvermos […] para sermos bons enfermeiros"* **(EA_7)** - *"…o ensino clínico dá-nos responsabilidade"* **(EA_5)** - *"…cada doente é um doente com as suas características próprias […] e ajuda-nos também a perceber […] aquilo que estamos a fazer"* **(EA_7)** - *"…aprendi muito mais, testando, experimentando, vendo […] com os orientadores, outros enfermeiros e até os próprios colegas […] é fundamental"* **(EA_9)** - *"…o ensino clínico todos os anos aperfeiçoa-nos […] temos que ser mesmo muito perfeitos, a nível técnico […] teórico, e nesse sentido, faz-nos errar menos"* **(EA_{10})** - *"…o ensino clínico é o que nos dá confiança […] o ensino clínico é o ganhar de confiança"* **(EA_3)** - *"…aprendemos com as experiências boas e más, e para isso serve o ensino clínico […] para nos dar experiência"* **(EB_7)** - *"…os ensinos clínicos permitem-nos aprender […] com os erros"* **(EB_{12})** - *"…o ensino clínico faz-nos crescer muito, com essas […] experiências…"* **(EB_7)**
	Contexto Integrador da Teoria /Prática	- *"…a gente vê no papel […] está aqui, vê o papel, isto é assim, etc. As feridas, caracterizam as feridas, depois aparece lá por exemplo, o "cheiro fétido"; não nos cheira a nada…"* **(EA_{10})** - *"Tem toda a importância! […] por muito que […] até podemos saber toda a teoria do mundo, mas chegamos a estágio é […] apercebemo-nos que muitas das coisas não são como aprendemos…"* **(EA_5)** - *"…se nós não praticarmos, se não pusermos em prática […] é como se na realidade não soubéssemos […] não soubéssemos nada"* **(EA_5)** - *"…só depois de fazermos, de pormos em prática é que temos uma verdadeira noção […] em que é que consiste as coisas que fazemos"* **(EA_7)** - *"…o ensino clínico é realmente importante"* **(EA_7)** - *"O ensino clínico é a base da nossa prática […] a teoria é uma coisa, a prática é outra, […] se não tivermos a prática, a teoria acaba por não fazer sentido.* **(EA_1)** - *"…é a base da nossa vida profissional […] ajuda-nos realmente a perceber o que é que será a nossa vida profissional"* **(EA_7)** - *"…preparar com exemplos reais"* **(EA_9)** - *"…se não tivermos a teoria às vezes vai ser mais complicado fazer a prática mas […] a prática é o que vai mostrar se a teoria está certa ou não"* **(EA_9)** - *"…temos a sala de práticas mas não tem nada a ver com aquilo que depois se passa na prática, na realidade"* **(EB_{12})** - *"…ensino clínico é muito importante, é lá que se vão consolidar os conhecimentos"* **(EB_4)** - *"…muitas vezes não é muito compatível a parte teórica e a parte prática"* **(EB_6)** - *"…no ensino clínico, realmente pomos em prática tudo o que aprendemos"* **(EB_4)** - *"…com a prática é que se aprende…"* **(EB_5)**

APRENDIZAGEM

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Análise
Conteúdos de Aprendizagem	**Verbais**	- *"…aprende-se sempre um monte de coisas […] a comunicar…"* **(EA_4)** - *"…aprendi este ano a saber lidar com familiares de utentes"* **(EA_4)** - *"…no 1º ano […] é essencialmente a parte humana, […]. Conversar com o doente, saber dos problemas, deixar falar, escutar o doente..."* **(EB_3)** - *"…não podemos dar uma resposta torta, porque então (doente) vai-se sentir mais inseguro em relação à sua doença […] ao seu estado, foi algo com que eu cresci muito…"* **(EA_2)** - *"…ensina-nos, a lidar com pessoas, […] no internamento, na consulta externa, na comunidade porque cada pessoa é uma […] pessoa…"* **(EA_3)** - *"…temos saber estar, […] aprendemos muito em relação ao saber-estar, ao saber-ser, saber também ouvir e falar…"* **(EA_3)** - *"…não somos uma linha de produção […] eu valorizo muito a comunicação […] porque a técnica aperfeiçoa-se …"* **(EA_{10})**
	Procedimentais	- *"…fazermos as coisas melhor, […] as nossas técnicas, […], a maneira como organizamos o trabalho […] e como estabelecer prioridades no trabalho"* **(EA_5)** - *"…no 1º ano aquilo que mais valorizava eram as técnicas"* **(EA_9)** - *"É pensar no plano de cuidados, saber aquilo que tenho que fazer […] no final, fazer a avaliação do desempenho"* **(EA_9)** - *"Valorizo o estabelecimento de prioridades"* **(EA_3)** - *"…no 2º ano […] temos tempo […], para fazer planos de cuidados bem feitos, para conseguir avaliar tudo no doente…"* **(EB_3)** - *"…nós no ensino clínico aprendemos mais a prática do que a parte humana…"* **(EB_2)**
	Atitudinais	- *"…é no ensino clínico que tomamos a realidade das coisas, que aprendemos a trabalhar e a saber-estar"* **(EA_3)** - *"…a maneira de estarmos com o doente"* **(EA_5)** - *"…qualquer pessoa de nós é incapaz de sair do estágio inerte"* **(EA_4)** - *"…e desenvolvemos muitas competências nossas, a nível psicológico…"* **(EA_4)** - *"…aprende-se muito […] pessoalmente é como lidar com os outros"* **(EA_4)** - *"…permitiu-me saber mais lidar com as pessoas, como profissional […] lidar com utentes em sofrimento"* **(EA_4)** - *"…a relação que uma pessoa estabelece com o doente"* **(EA_5)** - *"…sabermo-nos relacionar com o doente, se não for bem consolidado desde o início…"* **(EA_5)** - *" …valorizo muito a minha forma de estar com o doente […]. E fico contente por ser assim…"* **(EA_3)** - *"O que se aprende mais em ensino clínico, é o estar com o doente"* **(EB_7)** - *"…relação com o doente […] é o que se aprende mais no ensino clínico"* **(EB_7)** - *"…aprende-se essencialmente a lidar com as diferentes formas de estar e de pensar de cada doente…"* **(EB_6)** - *"…temos que nos adaptar às situações, às diferentes personalidades, culturas"* **(EB_8)** - *"…ensina-nos a estar […] perante várias situações […] a crescer, quer como pessoas, quer a nível de atitudes …"* **(EB_3)** - *"…nós entramos […] muito crianças e saímos daqui pessoas feitas…"* **(EB_2)** - *"…a relação que estabelecemos com o doente, […] agirmos e defendermos o doente da melhor maneira…"* **(EA_5)** - *"…aprender […], que imagem transmitir às pessoas, não é, o simples facto de irmos bem limpinhos com a farda toda arrumadinha, penteados […] acho que isso é muito importante […] aprende-se a […] saber-ser…"* **(EA_4)** - *"…o ensino clínico, […] transforma-nos, de certa forma cria-nos, permite-nos adquirir as competências"* **(EA_5)** - *"…no ensino clínico, desenvolvi […] o saber-ser e o saber-estar […] sempre fui muito impulsiva, e sempre reivindiquei […] eu aprendi […] a calar e a controlar muitas emoções, […] a controlar-me, […] diante do doente mas também do orientador…"* **(EA_2)** - *"…na mobilidade! Acho que se aprende muito mesmo […] sai-se de lá […] Maior"* **(EB_4)**

Conteúdos de Aprendizagem	**Trajectória de Socialização Profissional**	- *"…lidamos mais de perto com a classe que escolhemos […], podemos escolher os nossos exemplos…"* **(EB_7)** - *"Construirmos uma […] identidade profissional cada vez melhor, mais competente"* **(EA_5)** - *"… a relação com a profissão é o que se aprende mais no ensino clínico"* **(EB_7)** - *"…escolhemos os melhores exemplos e tentamos segui-los […] é o que se aprende mais…"* **(EB_7)** - *"…tanto no centro de saúde como no hospital, […], aprendemos a ser como enfermeiro, aprendemos o que vamos ser daqui a uns meses"* **(EB_1)** - *"…cresce, mas cresce […] profissionalmente, a gente sai um enfermeiro…"* **(EB_1)** - *"…saímos daqui como enfermeiras com uma postura que devemos ter daqui a uns tempos…"* **(EB_{12})** - *"…as aulas são todas dadas […] não se dava tanta importância, não sabíamos o que era ser enfermeiro, só agora é que aprendi a ser enfermeiro"* **(EB_1)** - *"…saímos do 4º ano […] com uma ideia muito bem formada do que é ser enfermeiro…"* **(EB_{11})** - *"…na prática podemos ver o tipo de conduta que devemos tomar, como na vida profissional, […] é a imagem profissional de enfermagem que se ganha no estágio…"* **(EA_4)** - *"…o ensino clínico […] estamos em contacto muito próximo, do que é ser enfermeiro…"* **(EA_5)**

FACTORES QUE INFLUENCIAM A APRENDIZAGEM

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Análise
Factores que Influenciam a Aprendizagem	**Supervisão Clínica Competências Pedagógicas**	- *"…os orientadores deviam, […] dar reforços positivos, não negativos"* **(EA_3)** - *"…ensinam-nos coisas e tentam que nós consolidemos conhecimentos que têm lógica, que nós aprendemos na escola"* **(EA_4)** - *"…tivemos vários tipos de orientadores […] orientadores que são muito severos e muito exigentes e outros que até deixam andar à vontade"* **(EA_4)** - *"…não estão tão despertos […] ridicularizarmo-nos em frente ao doente. Tudo bem que nós estamos ali e erramos, temos que ter humildade e aceitar que erramos, […] ser repreendidos, mas não em frente ao doente […], sentimo-nos mal por estarmos em frente do doente, e perdemos credibilidade […], amanha não nos vai aceitar"* **(EA_2)** - *"…quem está connosco nos estágios só foca os aspectos negativos […] se faz mal ou se fez menos bem é logo recriminado; e muitas das vezes isso depois vai-se repercutir no nosso desempenho, […] tivemos um colega […] que aconselharam-no a desistir do curso […] deviam incentivá-lo a continuar e não repreendê-lo"* **(EA_1)** - *"A motivação […], pela satisfação dos doentes, […] do nosso orientador; […] dão-nos os parabéns pelo trabalho bom que fazemos…"* **(EA_4)** - *"…tenho uma dúvida […] coloquei aos professores e eles ajudam-me […]. Só essa disposição que eles têm tudo isso contribui para a nossa motivação […] sabermos que estão dispostas a ajudar se tivermos alguma dificuldade"* **(EA_4)** - *"…somos muito direccionados, […], avaliados, como foi feito o penso, se cumpriu a assepsia, se algaliou bem […] não se preocupam tanto como a gente aborda o Sr. Manuel"* **(EB_{12})** - *"…o processo de avaliação […] é preocupante […] o modo de orientar os alunos é completamente diferente […] querem que a nota também reflicta um bocadinho o trabalho deles, […] as notas são dadas consoante o trabalho do orientador […] deveria haver critérios uniformes […] e saber avaliar adequadamente…"* **(EA_4)** - *"…se não tivermos um orientador dentro do nosso campo de estágio que nos dê o apoio que nós precisamos, eu também não o tinha da parte do professor, porque ele também não aparecia no campo de estágio"* **(EA_6)** - *"…a nível de professores, […] em 4 anos, viram-me fazer, quê, um penso, um injectável, não viram fazer nada, […], quase nem sabia quem era o professor orientador, não aparecia, […], nem nos aparecia à frente…"* **(EA_6)** - *"…eu tive um orientador que via tudo e mais alguma coisa, e até o que eu pensava que não via, viu…"* **(EA_5)** - *"…o meu orientador era especial, não nos deixava administrar nada, sem antes percebermos o que íamos administrar, o que é que ia acontecer, e o que poderia acontecer, […] foi uma ajuda muito grande…"* **(EA_3)** - *"…na medicação […] não conseguimos relacionar farmacologia e fisiopatologia […] aprendíamos com o orientador […] mas ao mesmo tempo éramos prejudicados porque não tínhamos conhecimentos […] não sabíamos, ficávamos naquele impasse, então o que é que fazemos?" era um pau de dois bicos …"* **(EA_3)**
	Supervisão Clínica Competências Científicas	- *"…os orientadores serem competentes […]. Se estivermos a ser orientados por pessoas que não sabem nós em princípio pouco vamos retirar dessa experiência…"* **(EA_5)** - *"…a base, […] da aprendizagem é nos compararmos, […] o que é bom e o que é mau […], ensinam-nos coisas e tentam que nós consolidemos conhecimentos que têm lógica, que nós aprendemos na escola […] as coisas que aprendemos na escola correspondem"* **(EA_5)** - *"…com os bons aprende-se sempre qualquer coisa […] com toda a gente aprende-se um bocadinho de tudo, aquilo que eles têm de bom nós aproveitamos para aprender mais"* **(EA_4)** - *"…tive essa experiência, […] eu estou a fazer isto assim e isto não é assim; o correcto é fazer isto, isto e isto, mas devido a estas situações eu vou fazer assim porque não há possibilidade de fazer da maneira correcta"* **(EA_5)** - *…as pessoas fazem mal, e quando não tentam fazer bem, e não nos dizem como é que se faz bem, nós tiramos conclusões"* **(EA_5)**

Factores que Influenciam a Aprendizagem	**Supervisão Clínica Competências Relacionais**	- *"…a exigência [dos orientadores] para connosco seja de forma mais suave, […] que exijam, sem nos causar stresse […]. Isso também ajuda na nossa aprendizagem"* **(EA_7)** - *"…temos que receber alguma coisa de quem nos está a orientar, dos profissionais. Se eles não nos recebem […] de braços abertos, não vamos gostar. Se estamos sempre a ser chamados à atenção, se não recebemos uma palavra de incentivo, vamos abaixo, […] não gostamos"* **(EA_{10})** - *"…tratarem-me de maneira igual, […] Claro que me tratam como aluna mas é aquela coisa de colega «Olha, ó colega, vai ali», ou «Ó enfermeira […], vai ali», […] reconhecerem-nos como tal e isso parecendo que não dá-nos muita autonomia e aumenta ainda mais a responsabilidade"* **(EA_7)** - *"…uma enfermeira que simplesmente não atinou comigo desde o primeiro dia e fez-me a vida negra até ao fim"* **(EA_8)** - *"…no 3º ano, eu tinha medo de puncionar, […] pavor, este ano perdi o medo porque tive um orientador que me pôs muito calma, disse faz […] é assim […], não foi lá com as mãos […] e a partir daí perdi o medo, […] não é um bicho de sete cabeças"* **(EB_{11})** *"…o facto dos orientadores às vezes […] não falarem da forma mais correcta com alguns colegas…"* **(EB_3)** - *"…se alguma coisa corre mal, […] depende do orientador, […], deixa-nos ali em frente ao doente numa situação um bocadinho má, […], era um aspecto que os professores podiam falar com os orientadores, […], de forma a que eles, nos chamem à parte e não nos deixem numa situação um bocadinho complicada"* **(EB_{10})** - *"…a escola diz que nós sabemos tudo ou que temos que saber e não nos pode faltar nada […] e nos orientadores exigem-nos, ou seja, não nos permitem que nós tenhamos dúvidas ou que não saibamos as coisas"* **(EB_{11})**
	Ambiente clínico e Relações Interpessoais	- *"…a integração na equipa influencia muito o nosso desempenho, […], se com a equipa facilmente expomos as nossas dúvidas […], evoluímos […], influencia a nossa motivação que é fundamental, para a nossa aprendizagem"* **(EA_7)** - *"Faz-nos sentir parte da equipa, porque nós quando estamos lá somos parte da equipa"* **(EA_{10})** - *"…já vi desde enfermeiros, médicos, outros técnicos que trabalham em meio hospitalar, em centros de saúde, […] a forma como nós por vezes ouvimos as pessoas a falar com os doente […] acho que ultrapassa aquela falta de competência…"* **(EA_5)** - *"…é a más relações que se estabelecem entre os profissionais, […], às vezes têm inveja uns dos outros, […], naquela situação não sabemos como é que havemos de ficar; […] saímos prejudicados por causa do ambiente que se vive …"* **(EA_4)** - *"Uma situação positiva […] é a forma como a equipa de enfermagem nos recebe"* **(EA_2)** - *"…na relação que estabelecemos com o paciente, com algumas equipas […] realmente tratavam-nos como alunos, não nos viam como futuros colegas"* **(EA_6)** - *"…éramos profissionais para eles […], receberam-nos de braços abertos; […] tivemos que demonstrar que sabíamos fazer […], dão muita autonomia […] é claro que exige muito mais responsabilidade mas é muito bom, […] confiarem no nosso trabalho…"* **(EA_6)** - *"…é a desvalorização que a nossa profissão tem, […] nós sentimos mais isso no 4º ano, […] quando vemos conviver os médicos, com a equipa de enfermagem…"* **(EB_3)** - *"…a nossa integração na equipa influencia muito o nosso desempenho, […] se com a equipa facilmente expomos as nossas dúvidas […] evoluímos […] influencia a nossa motivação que é fundamental, para a nossa aprendizagem"* **(EA_7)** - *"Faz-nos sentir parte da equipa, porque nós quando estamos lá somos parte da equipa"* **(EA_{10})** - *"…já vi desde enfermeiros, médicos, outros técnicos que trabalham em meio hospitalar, em centros de saúde, auxiliares […] acho que ultrapassa aquela falta de competência. A forma como nós por vezes ouvimos as pessoas a falar com os doentes…"* **(EA_5)** - *"…é um completo degredo, […], não há respeito, pela passagem de turno, é capaz de alguém atender o telemóvel, […] de haver conversas paralelas…"* **(EB_2)** - *"…preocupa-me a integração nos serviços, tanto com a equipa como nas rotinas dos serviços. Às vezes acho que temos orientadores e não temos orientação"* **(EB_6)**

Factores que Influenciam a Aprendizagem	**Ambiente clínico e Crescimento Pessoal**	- *"…na mobilidade! Acho que se aprende muito mesmo […] sai-se de lá […] Maior"* ***(EB_4)*** - *"…interessa ter uma boa avaliação […] para mérito pessoal, saber que o que fiz foi bem feito, que mereci aquela nota, que fui correspondida, […] em termos de crescimento pessoal é muito importante…"* ***(EA_4)*** - *"…temos determinadas acções […] se nós fazemos isso mal, é muito perigoso para o doente […] temos que ter muita consciência do que fazemos, da importância das nossas acções […] temos que ter muita responsabilidade naquilo que fazemos"* ***(EA_5)*** - *"…tenho colegas […] a evolução que eles tiveram ao longo dos quatro anos é brilhante, […] desenvolveram-se muito, […], a evolução foi tão brutal […] acho que saímos daqui pessoas muito melhores"* ***(EA_4)*** - *"…teve que ser um investimento que começou do 1º ano até agora, e nosso, porque se eu não investisse, […], era uma aprendizagem por repetição, e não conhecimento consolidado com alguma sustentação"* ***(EA_5)*** - *"…nós é que construímos os objectivos […] de acordo com esses objectivos investimos naquilo que falta, […] nas lacunas que temos"* ***(EA_9)*** - *"…para mim o que me interessa mais é […] aprender bastante, mesmo errar, […], aprender com os erros […], mostrar aquilo que nós valemos, […] para mérito pessoal, saber que o que fiz foi bem feito, […], porque em termos de crescimento pessoal é muito importante […] e no futuro sermos quem somos"* **(EA_4)** - *"…nós (4º ano) já temos a responsabilidade, tenho que preparar rapidamente a medicação não me posso enganar, ninguém está a olhar para mim, tenho que fazer isto direitinho porque, está em jogo a saúde do doente"* **(EB_4)** - *"…é mesmo a responsabilidade, o facto de ir dar medicação sozinha e não estar lá ninguém, […], tinha muito medo de trocar e às vezes voltava para traz para vir confirmar, […] no início aconteceu muitas vezes […] fui ultrapassando com a segurança que se vai ganhando ao longo deste estágio"* **(EB_3)** - *"…tens a tua própria pressão, a pressão que pões sobre ti, […] que nos obriga a trabalhar […] a melhorar…"* **(EB_5)** - *"…este ano tínhamos muito mais autonomia e isso faz-nos aprender muito porque é fazendo as coisas sozinho e apercebendo-nos dos nossos erros que nós conseguimos aprender,…"* **(EB_3)** - *"…é a responsabilidade que nos é incutida"* **(EB_4)** - *"Em todos os anos nos é incutida responsabilidade"* **(EB_{11})** - *"…no 3º ano tens uma orientação mais presente […] no 4º, não deixa de estar lá, mas […] és tu própria que geres o turno à tua maneira"* **(EB_4)** - *"Acho que vamos adquirindo cada vez mais competências, que somos mais capazes, e […] interiormente crescemos, temos de ser capazes de o fazer"* **(EB_{10})** - *"…a experiência profissional, não é, é que nos vai dar a segurança e nos vai fazer trabalhar como os enfermeiros que nós vemos nos serviços…"* **(EB_3)** - *"Os nossos objectivos vêm-se muito no poder de decisão no 4º ano […] nos anos anteriores nós temos os campos de estágio e são aqueles e não outros, no 4º ano nós temos que os seleccionar…"* **(EB_2)**

SITUAÇÕES GERADORAS DE STRESSE

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Análise
Situações Geradoras de Stresse	**Ambiente Clínico e Relação Doente/Família**	- *"...há turnos em que não temos possibilidade de disponibilizar tempo para o doente [...] é um bocado angustiante [...]. Nós queríamos investir [...] fazer o bem, sem ser aquela da técnica e de tratar, [...] e não há mesmo possibilidade, ... "* **(EB_{12})** - *"...é das piores coisas que se pode ter que fazer [...] ter que dizer que um familiar faleceu"* **(EB_5)** - *"...a família, se acontece alguma coisa, cai sempre sobre nós, não é sobre os médicos [...] é mesmo sobre os enfermeiros"* **(EB_{10})** - *"...uma situação de morte, [...], comunicarmos à família [...] a minha preocupação era [...] o que é que eu faço agora? Como é que eu digo aos familiares? [...] não há formas correctas e formas ideais de se dizer [...] o seu ente querido morreu"* **(EA_2)** - *"...é sempre difícil estabelecer uma relação ajustada àquela pessoa saber o que a preocupa mais, e conseguir responder aos medos, às expectativas [...] é uma parte muito complicada desta profissão [...] nunca vamos estar completamente preparados ..."* **(EA_8)**
	Ambiente Clínico e Segurança dos cuidados	- *"...são os acidentes de trabalho, [...], o simples picar de uma agulha pode mudar a nossa vida naquele momento [...], a aflição da pessoa que se picou [...] porque nós estamos ali a dar o nosso melhor, ..."* **(EB_2)** - *"..o medo de me enganar na medicação [...] pode sempre acontecer..."* **(EB_5)** - *"...a medicação é o que me preocupa mais [...], erros de medicação, para mim, tenho medo! E fico muito stressada"* **(EB_{11})** - *"...o que me preocupa [...] é por exemplo acidentes de trabalho [...] manter um clima de segurança tanto para o doente como para mim"* **(EB_4)** - *"...preparamos [...] administramos a medicação sozinhos, claro que com uma certa supervisão, mas, quando [...] adquirimos uma certa autonomia e somos responsáveis por aquilo que fazemos, [...] essa parte da medicação [...] é uma coisa que me preocupa [...] conferia, duas ou três vezes para ver se era aquela dose, [...] forma de administração, [...] ao longo destes anos todos preocupa-me e vai continuar a preocupar..."* **(EA_8)** - *"...na parte das técnicas, [...] picar-me e ficar contaminada, claro que são preocupações do dia-a-dia, são situações stressantes [...] que só com o tempo vamos ultrapassá-las..."* **(EA_8)** - *"...cometer um pequeno erro, [...], relativamente à medicação, [...] uma pequena falha, [...] mesmo depois de ver e rever, às vezes na distribuição da medicação pode haver um engano, são coisas que realmente nos preocupam, o bem-estar do doente, [...] que possa por em causa, a vida do doente..."* **(EA_7)** - *"...(preocupação) errar, e também pôr em causa a vida do doente..."* **(EA_{11})** - *"...[erros] medicação, [...] é dos principais* [erros que a preocupam]*"* **(EA_{11})** *"...é preocupante nós administrarmos um medicamento mal, [...], muitas vezes nós estamos a administrar porque ele está prescrito, nem sabemos se ele está certo ou não..."* **(EA_5)**
	Ambiente Clínico e Sobrecarga	- *"...no 4ºano a parte humana, [...] nós precisávamos de ter tempo para isso, não há tempo [...] porque as coisas tinham que ser feitas..."* **(EB_3)** - *"...acho que não se faz mais, porque não há tempo e não há oportunidade para isso"* **(EB_3)** - *"...*[Orientador] *diz têm que aprender a desenrascar-se, [...], mais despachados, têm que ser tudo,.."* **(EB_{10})** - *"...há uma pressão da parte do orientador, [...], temos que esperar por ele para ir fazer notas, [...] para ir puncionar..."* **(EB_3)** - *"...vamos tentar fazer tudo, [...] chegávamos a um ponto [...] não conseguíamos fazer tudo, [...] gerir tempo, muitos doentes, muita coisa para fazer, uma pessoa começa [...] a desatinar, [...] eu quero mas não consigo"* **(EB_1)** - *"...tudo estava calmo, depois as coisas começavam a atrasar e ela* [orientadora] *começava a ficar stressada [...] a tentar adiantar e éramos oito pessoas a querer mostrar notas, [...] tirar dúvidas, depois aquele stress, [...], chega a um ponto..."* **(EB_9)** - *"...ainda não aprendemos muito bem a gerir o tempo, [...] as prioridades, [...] e então no princípio estamos assim um bocadinho às aranhas, e é a pressão ..."* **(EB_4)** - *"...é o stress, [...] é estarmos numa fase difícil. É acordarmos cedo quando nos deitamos tarde porque estivemos a pesquisar qualquer coisa [...] não se conseguir dormir [...] é estarmos a pôr em prática alguma situação e estarmos a ser tão pressionados que simplesmente não conseguimos fazê-la"* **(EA_3)**

Situações Geradoras de Stresse	**Ambiente Clínico: Impotência e Incerteza**	- *"…eu não sou muito de ficar a pensar nas coisas […], mas houve um momento […], assisti à morte do senhor […], não se mexia não sei onde é que arranjou força para se sentar na cama, dar um grito e deitar para trás […] morreu. Tocou-me […], não sai de cá de dentro, há-de ficar cá sempre […], essa imagem…"* **(EA_{10})** - *"…o colega chega à tua beira […] a queixar-se! Uma pessoa também sente impotência […], não é só em relação aos doentes, […] ao orientador, mas, também aos teus colegas…"* **(EB_5)** - *"…as pessoas com quem te dás todos os dias, com quem convives a quem tu queres ajudar e queres que eles te ajudem"* **(EB_5)** - *"Cuidados pos-morte, […], uma das situações onde tive mais dificuldade, mesmo em prestar cuidados, porque nós estamos a cuidar dos doentes para promover o bem-estar, […], lidar com estas situações, são complicadas de ultrapassar…"* **(EB_3)** - *"…a impotência que sinto muitas vezes, […] nomeadamente, […] as pessoas que estão lá têm alguma idade, […] estão numa situação clínica má, […], nós temos que prestar os cuidados às pessoas e sabemos que, […], não vão melhorar…"* **(EB_5)** - *"…dói! mesmo muito quando nós não podemos fazer mais nada…"* **(EA_9)** - *"…reanimar uma pessoa por paragem […], sem sequer olharem para o processo […] disseram a patologia […]. Então pronto, não vamos investir mais. […] E se tivéssemos investido? Não temos a liberdade de dizer não. Vamos continuar […] temos aquela opinião reprimida, […], eu nessas situações resguardei-me e fiquei sentado a pensar…"* **(EA_9)** - *"…a primeira vez que me morresse um doente eu ia desistir do curso, porque não […] há preparação psicológica para lidarmos com uma situação de morte […]. Fui acompanhando a degradação física e psicológica do doente […], no dia em que ele faleceu esse doente foi-me atribuído […] a minha primeira reacção foi […]. Não pode ser, ele faz apneias muito longas […], avaliamos os sinais vitais e constatámos, de facto, que ele estava morto […] faleceu comigo […] era um estado terminal, não havia mais a fazer […] foi um choque muito grande …"* **(EA_2)** - *"…Nunca lidei com uma situação de morte, e sempre que pude […] sou sincera, escapei. Não sei porquê […] não consigo explicar […], não é medo mas […] tanto medo […] a primeira coisa que eu fazia era ver se [o doente] respirava…"* **(EA_3)** - *"…qualquer profissional de enfermagem banaliza a morte […] com uma descontracção que eu não compreendo, não entendo […] e a última vez que tive essa oportunidade não consegui entrar na sala de tratamento"* **(EA_3)**
	Supervisão Clínica – Processo de Avaliação	- *"…pelo facto de sabermos que estamos a ser avaliados, […], e aquela pressão, […], isso vai alterar o nosso comportamento, ficamos ansiosos..."* **(EB_{10})** - *"…a pressão da avaliação é o que mais influencia na nossa maneira de estar, mesmo só com um orientador […] consegue influenciar a nossa maneira de actuar, de fazer os nossos procedimentos de enfermagem…"* **(EB_7)** - *"…podemos saber a técnica toda, […] ter feito milhares de vezes […] centenas, que sabemos que está ali um olhar atento atrás de nós e isso faz tremer por dentro, […] é o mais difícil"* **(EB_7)** - *"…estava sempre em cima de mim (orientadora) não me deixava fazer nada, […] respirar, […] são as pressões negativas que nos fazem mais mal…"* **(EB_4)** - *"…Se me enganar numa medicação […], a quem me hei-de dirigir, […]. Digo […], não digo […], temos sempre que dizer, […]. Mas sei que vou me prejudicar muito"* **(EB_5)** - *"…O estágio é sempre um momento stressante para todos […], porque estamos a ser avaliados…"* **(EA_4)** - *"…foi quando me piquei, com uma agulha de um doente […], fiquei muito preocupado porque estava muito ansioso, não queria ser prejudicado no estágio, […], a culpa não foi minha, […] [orientadora] disse "tem calma! Mesmo que a culpa fosse tua é toda minha. Tu não tens culpa, tu és aluno, estás a aprender…"* **(EA_9)** - *"…há reuniões para haver uma uniformidade de critérios, […] da experiência que eu tenho ao longo destes 4 anos, é que não se verifica essa uniformidade e então há professores que […] orientam de uma forma outros de outra, […] nos campos de estágio no mesmo ano só se pode dar até 16, noutros dão 18, quer se dizer não há uma uniformidade…"* **(EA_1)** - *"…Preocupante, […], a avaliação e também a orientação, […], há professores e orientadores que são muito exigentes, há outros que são exigentes e há outros que não são nada exigentes…"* **(EA_1)**

Situações Geradoras de Stresse	**Supervisão Clínica – Dimensão Relacional**	- *"…uma enfermeira que simplesmente não atinou comigo […], fez-me a vida negra até ao fim. Uma repressão psicológica! Todos os dias entrar naquele serviço era um sacrifício…"* **(EA_8)** - *"…havia um mau ambiente entre os profissionais de enfermagem e depois […] eu ali fui a ovelha negra […], até ao fim…"* **(EA_8)** - *"Os orientadores ligam mais à parte de estarem em cima de nós e fazer pressão nas técnicas do que propriamente na parte humana…"* **(EB_{10})** - *"É no 4º ano que nós não sentimos tanta pressão do enfermeiro…"* **(EB_2)** - *"…vou-me embora [orientador] que é para não te sentires nervosa, que é para ficares à vontade, corre muito melhor, é melhor do que ter alguém atrás de nós, […] como eu já tive em alguns estágios, […] a preparar a medicação, […], [o orientador] mesmo em cima, e eu [a tremer]* **(EB_2)** - *"…acho que mesmo o pior de tudo é a pressão a que estamos sujeitos…"* **(EB_5)** - *"…no 4º ano não se sente tanta pressão, na realidade não se sente a pressão do enfermeiro…"* **(EB_5)** - *"…como aluna do 3º ano, […] é o stress do enfermeiro orientador, quando uma pessoa está a fazer registos, […] e ele (diz), não […] olha ali, não, clica aqui, […], nós basicamente estamos a seguir as ordens dele, não estamos a fazer os nossos próprios registos…"* **(EB_8)** - *"…a personalidade do orientador, […] tudo estava calmo […] depois as coisas começavam a atrasar e ela começava a ficar stressada…"* **(EB_9)** - *"…a relação que há entre a equipa de enfermagem com os alunos do 3º ano, e os alunos do 4º ano é completamente diferente […] e se nós somos alunos do 4º ano, se calhar até ouvem o que nós estamos a dizer, se for um aluno do 3º ano, nós estamos a passar o turno para o ar…"* **(EB_2)** - *"…a minha orientadora achou que eu estava a despachar trabalho, humilhou-se mesmo! [a voz denota muita emoção…] à frente dos doentes"* **(EB_9)** - *"…é realmente muito mau, […] chegar junto do orientador e são humilhados, […], não é bem humilhados, não é essa a palavra porque que a intenção de certeza não é essa […] mas, a pessoa fica a sentir-se mal"* **(EB_5)** - *"…o facto dos orientadores às vezes […] não falarem da forma mais correcta com alguns colegas…"* **(EB_3)** - *"…punha as dúvidas e sentia que ao colocar uma dúvida, não sabia, e era péssima ou era má, aluna"* **(EB_{11})** - *"…infelizmente não conseguimos controlar o nosso nível de ansiedade, […], deviam não estar a baixar a pessoa mas sim a olhar nos olhos, […], porque nós também devemos olhar o doente, olhar nos olhos […] são as mais infelizes dos nossos ensinos clínicos"* **(EA_3)** - *"…o estágio é seis semanas, se essa situação ["rebocada em frente ao doente"] nos acontece na primeira semana vamos andar as restantes cinco com os níveis de ansiedade no máximo"* **(EA_2)** - *"…Uma coisa que nos demove é […], durante o ensino clínico somos chamados à atenção «Fizeste mal isto, é assim que se faz…Vai para casa e estuda porque não é assim». Passa uma semana, passam duas semanas e os orientadores só nos chamam à atenção; começamos a pensar […], afinal eu não sou bom em nada […] o que é que estou aqui a fazer? Porque que é que não nos dizem «fizeste bem, tu és bom, fazes bem isso»"* **(EA_{10})** - *"A pressão, acho que não deve ser exigida tanta pressão. Devem-nos tornar mais independentes com supervisão, […] estarem ali a pressionar e a dizer, que tinha feito mal, e que o resguardo estava dois centímetros abaixo ou acima […]. Acho que isso nos deixa tão mal"* **(EA_3)** - *"…há uma compressão […] que é aquela fase em que nos fazem sentir […] «muito bem! Conseguiste superar estas dificuldades»". Mas há aquela parte […] em que é comprimir ao máximo e chega a uma altura que explode …"* **(EA_5)** - *"…a minha primeira situação de morte […] para os orientadores ou para outros profissionais […], ter morrido uma pessoa é uma coisa normal e não se preocupam se o aluno está bem […], ficamos a pensar naquilo. No dia seguinte podiam-se preocupar em perguntar ao aluno se está tudo bem, […], se dormiu bem, se pensou naquilo […] nunca mais se fala nisso"* **(EA_1)** - *"…diante do doente […] estar ali a levar uma descascadela [do orientador] e conter-me, muitas vezes a nossa vontade é chorar, irmos embora […] levamos um sermão às 8 da manhã e temos que ficar até às 15…"* **(EA_2)**

RECURSOS MOBILIZADOS

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Análise
Recursos Mobilizados	**Apoios Contextuais**	- *"…não é muito com a ajuda dos orientadores, […] vou chatear os colegas…"* **(EB_{10})** - *"…Uma situação muito má quando um aluno não tem o apoio do orientador …"* **(EB_5)** - *"…aprende-se muito melhor, confrontando os orientadores, tendo uma conversa…"* **(EB_{11})** - *"…ultrapassei o meu maior medo do curso […] morrer um doente. Para mim foi uma situação marcante […] recorri ao orientador […] foi bastante receptivo. Comunicou à família, depois explicou-me «Olha, deves dizer isto […] aquilo"* **(EA_2)** - *"…as nossas bengalas, (são) os nossos melhores amigos porque, apesar de tudo, nós protegemo-nos muito uns aos outros, estamos…"* **(EA_3)** - *"…se temos um orientador ele devia ser o nosso primeiro apoio, muitas vezes isso não acontece"* **(EA_1)**
	Estratégias de *Coping*	- *"…a nossa vontade é chorar! […] controlar-me […] conter-me, deixar os problemas à porta do serviço […] gerir as emoções todas que se formam […] para não prejudicarmos o doente e a nossa relação com ele, […], mas nós somos seres humanos […] foi algo com que cresci muito…"* **(EA_2)** - *"…não valia de nada o apoio dos meus colegas, […], o apoio da família, não valia de nada!" só […] o simples facto de estar com aquelas pessoas que precisavam de mim […] foram elas que me fizeram aguentar até ao fim"* **(EA_8)** - *"…aquela pessoa fez-me sentir pior «tu não vais ser uma boa enfermeira», […] fez-me pensar. O estágio seguinte correu às mil maravilhas […] reconheci que sou boa naquilo que estou a fazer, estou a fazer bem […] tenho todas as razões para continuar e […] atingir excelência em enfermagem"* **(EA_8)**

NECESSIDADES IDENTIFICADAS

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Análise
Necessidades Identificadas	**Preparação dos Supervisores**	- *"…em relação aos orientadores é o tal apoio que no início dos ensinos clínicos dizem-nos assim: «vocês estão aqui, tem aqui os orientadores para vos apoiar, para vos ensinar aquilo que vocês precisarem», e nós não sentimos isso…"* **(EB_{11})** - *"…eu fui-lhe pedir ajuda, e ela [a enfermeira] disse-me, que se eu não sabia que fosse procurar que ela não tinha nada que me dizer"* **(EB_{10})** - *"…experiência profissional, […] essa parte que nós não temos, mas temos cá as competências que foram desenvolvidas ao longo destes quatro anos"* **(EB_{12})** - *"…uma pessoa repara muito na enfermagem, […] é a falta de humildade que os enfermeiros têm […] acham que sabem tudo e não querem saber mais, ou acham que é uma ofensa alguém lhes ensinar alguma coisa"* **(EB_{11})** - *"…acontece com bastante frequência, infelizmente, […] os orientadores […]. Ridicularizarmo-nos em frente ao doente, os coordenadores […] da escola, têm que estar um bocadinho mais despertos para isso…"* **(EA_2)** - *"…a selecção dos orientadores deve ser um caso a pensar, porque eu tive um orientador que não atinou comigo […] acho que nós somos muito atingidos, mais a nível psicológico, por causa desse tipo de situações"* **(EA_8)** - *"…quem nos está a orientar não nos dar o devido apoio, porque se nós temos um orientador ele devia ser o nosso primeiro apoio, muitas vezes isso não acontece"* **(EA_1)** - *"…isso era um ponto a ter em conta, haver mais uniformidade de critérios, tanto na avaliação como na orientação…"* **(EA_1)** - *"…há excesso de pessoas nos campos de estágio, o serviço de medicina […], chega a ter 30 pessoas dentro de uma sala de enfermagem, numa passagem de turno […], considero muito importante resolver isso"* **(EB_1)**
	Formação Pessoal	- *"…eu fui para Valência, a minha colega foi para um serviço de oncologia. Nós nunca passamos. É claro que vamos ter que estudar, […] as formações contínuas, as formações em serviço são para isso […], as pessoas vão-se actualizar e temos necessidade disso"* **(EB_4)** - *"…imagine que para a semana vamos trabalhar, eu acho que estou preparada apesar de saber […], se amanhã disserem, vais trabalhar para um serviço de […], cirurgia, eu vou ter que aprender muita coisa de novo mas, […], isso é em todo o lado"* **(EB_3)** - *"…estive na mobilidade, e acho que isso é muito importante, porque conhecemos outro País, outra cultura […] outras […] outras maneiras de trabalhar outras técnicas, […] deviam investir a esse nível […] na mobilidade!"* **(EB_4)** - *"…no 4º ano poder escolher, poder propor-se a um serviço, […] acho que seria importante, por exemplo, […], eu gostava muito de fazer uma especialidade em obstetrícia e ginecologia e gostava de poder passar algum tempo no bloco de partos"* **(EB_3)** - *"…sempre disse que a primeira vez que me morresse um doente eu ia desistir do curso, porque não estava […] e aqui na escola não temos muita formação […] não há preparação psicológica para lidarmos com uma situação de morte…"* **(EA_2)** - *"…A escola peca um bocadinho […] quando se fala em cuidados paliativos, […], fala-se assim muito ao de leve. A escola deveria investir, em comunicação e lidar com uma situação de morte"* **(EA_2)** - *"…eu não me senti preparada para […] dar medicação, […], não tive essa disciplina, farmacologia para mim foi zero, zero"* **(EA_6)** - *"…tive farmacologia, um mês, dois meses, […] farmacologia, foi aquela cadeira mesmo que só estudamos para a frequência, mais nada, se calhar também é culpa nossa não investirmos, mas acho que não estamos a ter esse apoio, e por isso termos tanto medo de errar"* **(EA_3)** - *"…essa parte de oncologia, […] é fundamental, saber lidar com essas situações, […] não nos prepara para isso…"* **(EA_4)** - *"…falta-nos muito experiência em termos de lidar com doentes oncológicos […] é parte a desenvolver"* **(EA_4)**

EXPECTATIVAS

Categoria	Sub-categorias	Unidades de Análise
Expectativas	**Preparação Profissional**	*- "...quando sairmos daqui do 4º ano estamos mesmos preparados para exercer o que quer que seja e por onde for..."* **(EB_5)** *- "...Acho que vamos adquirindo cada vez mais competências, [...], temos de sermos capazes de o fazer."EB10* *"...às vezes os ensinos clínicos não são tão ricos em experiências quanto deveriam ser, [...] quanto mais experiências melhor, [...], depois para a nossa prática profissional"* **(EB_2)** *- "...o estágio de 4º ano prepara-nos muito bem para o que vem a seguir, isso, e conseguimos ter todas as experiências, conseguimos ter tudo para trabalhar"* **(EB_5)** *- "...a experiência profissional, é que nos vai dar a segurança e que nos vai fazer trabalhar como os enfermeiros que nós vemos nos serviços..."* **(EB_3)** *- "...o que nos dá os ensinos clínicos, é a diversidade de situações, uns mais outros menos, equiparadas àquelas que nós vamos ter na vida profissional"* **(EB_{11})** *- "...já podemos ser chamados para trabalhar, [...] sentimo-nos capazes de trabalhar onde for, não sabemos tudo, [...] mas acho que o estágio de 4º ano prepara-nos muito bem para o que vem a seguir, [...], conseguimos ter todas as experiências, [...] ter tudo para trabalhar"* **(EB_5)** *- "...neste momento, sentimo-nos inseguros para ir trabalhar para um serviço, como é evidente, nós nunca trabalhamos, nunca fomos enfermeiros [...] precisamos de [...] desenvolver [...] a nossa prática"* **(EB_3)** *- "...eu acho que uma pessoa sai do 4º ano com uma ideia muito bem formada do que é ser enfermeiro..."* **(EB_1)** *- "...o ensino clínico é importante e a nível profissional, futuramente para nós desenvolvermos a nossa profissão, [...], adquirirmos competências para desenvolvermos bem a profissão de enfermagem..."* **(EA_5)** *- "...saltamos para a vida profissional, [...] somos responsabilizados, mais responsabilizados pelos nossos actos, enquanto que nós antes ainda tínhamos algum suporte por trás..."* **(EA_5)** *- "...ensino clínico dá-nos as ferramentas essenciais para a gente iniciar a nossa vida profissional, mas depois de a iniciarmos cabe-nos a nós também investir [...] nada na nossa profissão é estático..."* **(EA_7)** *- "...E assim, eu acho que o ensino clínico que nos prepara, por isso é que nós o temos, senão [...] é assim, claro que nos dá as bases, mas não nos dá tudo..."* **(EA_1)** *- "...4º ano, o grau de autonomia, o grau de responsabilidade é completamente diferente, por isso eu não me encontro em ponto de dizer até que ponto nos prepara para o futuro..."* **(EA_2)** *- "...o ensino clínico, [...] permite-nos adquirir as competências necessárias para desenvolvermos a actividade profissional de enfermagem..."* **(EA_5)**

Expectativas	**Consolidação de Conhecimentos**	- *"…quando vamos para estágio temos sempre um objectivo, […], o de correr bem o estágio e conseguirmos sair de lá, aprender o máximo possível"* **(EB_3)** - *"…saímos daqui com competências pessoais […], olhamos e temos muito a aprender […], e temos que aprender a fazê-lo, […] mesmo em termos profissionais…"* **(EB_{12})** - *"…temos objectivos em relação ao próprio serviço, em relação às actividades que se desenvolvem lá, […] em relação a tudo que envolve o próprio serviço, e é gratificante no fim do estágio, saber […] que valorizaram a nossa prestação naquele serviço e que conseguíamos dar resposta aquilo que era necessário, àqueles, àqueles doentes"* **(EB_3)** - *"…oportunidades, ter o máximo de oportunidades […] acho que é tentar aprender o mais possível, […], nós definimos no início, sairmos de lá mais capazes de fazer mais coisas e aproveitar todas as oportunidades que surjam"* **(EB_{10})** - *"…consoante as nossas dificuldades vamos estabelecendo novos objectivos e tentar superá-los…"* **(EB_8)** - *"…é aprender o máximo possível, sair de lá e sentir-se que é capaz de enfrentar inúmeras situações, […] sempre evoluir positivamente…"* **(EB_9)** - *"…deparar-nos com as situações que na vida profissional vamos ter […] as situações que na vida profissional vamos ter…"* **(EB_{11})** - *"…eu acho que uma pessoa sai do 4º ano com uma ideia muito bem formada do que é ser enfermeiro…"* **(EB_{11})** - *"…temos cá as competências que foram desenvolvidas ao longo destes quatro anos"* **(EB_{12})** - *"…imagine que para a semana vamos trabalhar, eu acho que estou preparada […], apesar de saber […], eu vou ter que aprender muita coisa de novo mas, […], isso é em todo o lado"* **(EB_3)** - *"…o que me interessa mais é aprender bem, prestar bom serviço, sempre do melhor e ter uma nota boa"* **(EA_4)** - *"…começar bem, acabar muito melhor…"* **(EA_4)** - *"…expectativas são sempre boas, uma pessoa pensa sempre que quer estabelecer uma boa relação com a equipa, desenvolver bem o ensino clínico […] eu ponho-as sempre, num nível superior, depois elas podem é manter-se ou ir decrescendo, […], as minhas acções sempre feitas da melhor maneira possível…"* **(EA_5)** - *"…a primeira semana é uma semana de muita ansiedade, […], na fase de habituação não só ao serviço mas também ao estilo de orientação do orientador e do coordenador, e mediante isso depois é que vamos vendo se podemos evoluir mais […] e mediante o decorrer do estágio é que os objectivos se vão colocando"* **(EA_2)** - *"…então o ensino clínico tem que obrigatoriamente nos dar responsabilidade […], para a nossa vida profissional …"* **(EA_3)** - *"…acho que a escola e o ensino clínico nos oferece as oportunidades, cabe agora a cada um de nós agarrar ou não"* **(EA_4)** - *"…dás o salto […] tens uma autonomia muito grande e preparas-te, e depois começas a fazer coisas que tu não fazias antes […], eu acabei este estágio a dar opiniões sobre como devia funcionar o serviço…"* **(EA_5)** - *"…no 4º ano começam-te a ver quase como profissional mas ainda te falta alguma coisa, não é, ainda falta um bocadinho, […] em termos de autonomia, é um bocadinho grande, […] ao ser profissionais, aí já […] temos uma responsabilidade muito diferente …"* **(EA_5)** - *"…para mim vou sair daqui com umas luzes, acabado o curso saio com umas luzes, […], claro que tenho muito para aprender…"* **(EA_6)**
	Perspectivas Pessoais	- *"…em termos de perspectivas de vida […] se calhar quando viemos para cá no 1º ano tínhamos umas e agora neste momento temos outras"* **(EB_3)** - *"Os objectivos para o ensino clínico acho que é uma pessoa mostrar o seu valor…"* **(EB_6)** - *"Quando começa o ensino clínico espero que ele corra bem!"* **(EA_9)** - *"…a minha principal expectativa é será que vou gostar? Será que não vou gostar?"* **(EB_4)** - *"…[Evoluir] […] começar aqui [e aponta a mão um pouco acima da mesa] e depois com o tempo conseguir chegar aqui [aponta a mão ao nível dos olhos] […] e ter um reconhecimento disso…"* **(EB_5)** - *"…sabia que era um serviço que era muito mais rico em experiências e, […], não ia ser fácil tirar boa nota ali, tinha que escolher entre oportunidades e a boa nota, isso também depende dos objectivos e expectativas de cada um"* **(EB_2)** - *"…permite-nos decidir muito bem que rumo, […], queremos dar à nossa vida, que é que queremos ser, que é que queremos fazer no futuro, que é muito importante o ensino clínico para nós decidirmos se gostamos o que estamos a fazer e se queremos continuar com, se queremos ser enfermeiros…"* **(EA_5)** - *"…o ensino clínico, […], a nível pessoal… permitir-nos saber se é isto que queremos ser…"* **(EA_5)**

Anexo VI

Questionário de caracterização dos estudantes que participaram no *focus group*

QUESTIONÁRIO

1. Identificação

1.1. Idade _____

1.2. Sexo _____

1.3. Naturalidade _____

1.4. Por quem é constituído o agregado familiar _____

1.5. Com quem vive em tempo de aulas _____

2. No último ensino clínico a sua avaliação situou-se:

Suficiente ☐

Bom ☐

Muito Bom ☐

Excelente ☐