

Raquel Oliveira dos Santos

Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação
estudante / orientador na prática clínica.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Raquel Oliveira dos Santos

Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação
estudante / orientador na prática clínica.

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2010

Raquel Oliveira dos Santos

Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação
estudante / orientador na prática clínica.

A aluna Raquel Santos

Projecto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de licenciado
em Enfermagem

Porto, 2010

Sumário

O presente trabalho de investigação está inserido no plano curricular do 4º ano da Licenciatura de Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa – Porto e o tema abordado é “Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação estudante/orientador na prática clínica”.

Com esta investigação, surge a necessidade de compreender as opiniões dos estudantes do 4º ano do CLE da UFP acerca das relações estabelecidas nas práticas clínicas com os orientadores. Neste sentido, surge a pergunta de investigação: “Qual a opinião dos estudantes do 4º ano da licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre a relação estudante/orientador, na prática clínica?”

Os ensinamentos clínicos de enfermagem têm grande importância para os estudantes, pois acompanha-os durante o percurso académico, sendo um interveniente activo na formação do estudante enquanto futuro enfermeiro.

Durante este processo de formação, os orientadores responsáveis pela formação dos estudantes são diversos, com métodos de ensino diferentes, levando a que o estudante esteja em constante adaptação.

Mas para que o desenrolar da formação seja produtiva, é necessário que as relações estabelecidas durante a prática clínica com os orientadores sejam as mais proveitosas.

Com base na problemática em estudo, define-se como objectivo geral;

- Saber a opinião dos estudantes de enfermagem sobre a importância da relação que este estabelece com o orientador no processo de aprendizagem em ensino clínico;

Para realizar este projecto de investigação, optou-se por um estudo, exploratório, descritivo transversal inserido numa abordagem quantitativa, na Universidade Fernando Pessoa – Porto.

Como instrumento de recolha de dados, utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas, aplicado no dia 31 de Maio de 2010 a uma amostra de 50 estudantes do CLE da Universidade Fernando Pessoa - Porto.

Dos resultados do estudo obtêm-se as seguintes palavras: confiança, motivação, empatia, autonomia e respeito, que se reflectem na relação estudante/orientador, tal como refere Wanda Horta (1977), “ Gente que cuida de Gente”.

Abstract

This research work is embedded in the curriculum of the 4th year of the Bachelor of Nursing at the University Fernando Pessoa - Porto and the subject is "Opinion of the nursing students about the relationship student / counselor in clinical practice."

With this research, the need arises to understand the views of students in 4th year of CLE UFP about the relations established in clinical practice with coaches. In this sense, the question arises of research: "What is the opinion of the 4th year students taking a degree in Nursing at the University Fernando Pessoa, the relationship student / supervisor, in clinical practice?"

The clinical teaching of nursing is of great importance to students, because attached them during the course of study, being an active participant in shaping the future as a student nurse.

During this training process, the supervisors responsible for training the students are diverse, with different teaching methods, implying that the student is constantly adapting.

But for the conduct of training to be productive, it is necessary that the relations established during clinical practice with mentors are the most profitable.

Based on the problems in the study was defined as general purpose;

- Know the opinion of nursing students about the importance of relationship that he establishes with the supervisor in the learning process in clinical training.

To accomplish this research project, we chose to study exploratory, descriptive cross inserted in a quantitative approach, University Fernando Pessoa - Porto. As a tool for data collection, we used a questionnaire with open and closed, implemented on May 31, 2010 to a sample of 50 students from the University CLE Fernando Pessoa - Porto.

Study results obtained by the following words: confidence, motivation, empathy, autonomy and respect, as reflected in the relationship between student / tutor, as mentioned Wanda Horta (1977), "People caring for People".

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu avô paterno,
que muitas vezes tornou o difícil em coisas simples
de serem concretizáveis .

AGRADECIMENTOS

Um trabalho de investigação nunca é resultado de um só interveniente, é portanto um trabalho de equipa, no qual existe partilha de conhecimentos e ajuda.

Um dos pilares importantes para a elaboração deste trabalho foi sem dúvida a minha orientadora Enfermeira Maria José Rigaud que sempre me apoiou e se mostrou disponível em todo o processo, sendo um alicerce fundamental para a finalização deste projecto de investigação. O meu muito obrigado.

- Aos meus pais e irmã, que sempre me apoiaram e acarretaram com o meu mau humor, falta de tempo e paciência;
- Ao meu namorado, que é “o meu mais que tudo” e que sem ele a conclusão deste curso seria quase impossível.
- À minha grande amiga Patrícia, companheira dos ensinamentos clínicos.
- Aos meus amigos: Sérgio, Andreia e Fabiana.
- Aos orientadores que mais me marcaram: Enfermeira Cláudia, Enfermeiro Carlos, Enfermeiro Silvestre, Enfermeiro Luís e Enfermeiro Afonso.
- Agradeço a todos os que contribuíram para a minha formação.

Índice	Pág.
0 - INTRODUÇÃO.....	16
I- FASE CONCEPTUAL	19
1.1.Problemática, Objectivos e Questões de Investigação	19
1.2. Matriz Teórica.....	20
1.2.1. Ensino clínico de Enfermagem.....	21
1.2.2. Estrutura Curricular do Ensino	24
1.3. Aprendizagem em EC de Enfermagem.....	25
1.3.1. Como se Aprende em Ensino Clínico?	27
1.4. Processo de orientação em ECE	31
1.4.1. O Estudante no Processo de Aprendizagem em ECE.....	33
1.4.2. O Orientador Clínico com o Facilitador da Aprendizagem em ECE	38
1.4.3. A Relação Estudante/Orientador em ECE.....	44
II – FASE METODOLOGICA.....	54
2.1 – Justificação do Tema	54
2.2 – Princípios Éticos	55
2.3 – Desenho de Investigação.....	56
2.3.1 – Meio.....	56
2.3.2 – Tipo de Estudo.....	56
2.3.3 – População e Amostra.....	57
2.3.4 – Variáveis em estudo.....	58
2.4 – Instrumento de recolha de dados	59
2.4.1 – Pré-Teste	60
2.5 - Tratamento dos dados	61
III – FASE EMPÍRICA	62

3.1- Apresentação, Interpretação e Discussão dos Resultados	62
3.1.1. Caracterização social da amostra.....	63
3.1.2. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação estudante/orientador na prática clínica.	65
V - CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
ANEXOS	
ANEXO I-Cronograma	
ANEXO II-Instrumento de recolha de dados	

Índice de Gráficos	Pág.
Gráfico 1- Caracterização da amostra.....	63
Gráfico 2- Representação gráfica da idade por classes.....	64
Gráfico 3- Plano de Bolonha.....	65
Gráfico 4- Definição do ensino clínico.....	66
Gráfico 5- Perfil do enfermeiro orientador.....	68
Gráfico 6- Conhecimentos do orientador.....	69
Gráfico 7- Relação interpessoal estudante/orientador.....	70
Gráfico 8- Sucesso do ensino clínico.....	72
Gráfico 9 - Tipo de relação.....	73
Gráfico 10- Comunicação empática.....	75
Gráfico 11- Estímulos que afectam a comunicação.....	77
Gráfico 12- Factores inibidores da aprendizagem em ensino clínico.....	78
Gráfico 13- Factores potenciadores da aprendizagem em ensino clínico.....	79

Índice de Quadros	Pág.
Quadro 1- N° de horas atribuídas à pergunta 1.1	64
Quadro 2 - Porque, considera importante a relação interpessoal estudante/orientador.....	71
Quadro 3- Aspectos a corrigir na relação estudante/ orientador.....	74
Quadro 4- Comunicação estudante/ orientador.....	76

SIGLAS E ABREVIATURAS

CLE – Curso da Licenciatura de Enfermagem

EC- Ensino Clínico

ECE- Ensino Clínico de Enfermagem

UFP – Universidade Fernando Pessoa

Nº – Número

P. – Página

% – Percentagem

0 - INTRODUÇÃO

No âmbito da licenciatura em enfermagem, foi proposta a realização no 2º semestre do 4º ano, o projecto de graduação, como requisito para a conclusão do curso e como instrumento de avaliação.

Os ensinamentos clínicos representam sem dúvida, para o estudante de enfermagem a essência do saber, do adquirir e aplicar conhecimentos, que os tornem capazes de prestar cuidados com qualidade aos utentes, família e comunidade de forma a adquirirem competências técnicas, científicas e relacionais.

Os ensinamentos clínicos constituem-se como etapas insubstituíveis de formação para o estudante de enfermagem na medida que, são momentos relevantes, imprescindíveis e importantes, dando ao estudante oportunidade para se desenvolver em todas as dimensões da vida profissional. Como tal, necessitam que a orientação seja entendida pelo orientador, como um processo de natureza “regulatória” e “auto-regulatória” (Vieira, 1993 in Belo, 2004,.) que tem como objectivo fundamental o desenvolvimento pessoal e profissional do estudante de enfermagem e como finalidade última a promoção da qualidade das aprendizagens. Para que isto aconteça deve-se “(...) caracterizar por uma interpretação pessoal dinâmica, encorajante e facilitadora de um processo de desenvolvimento profissional e de aprendizagem consciente e comprometido (...)” (Alarcão e Tavares, 2003, p.71 in Belo, 2004, p.10).

A este respeito, Pereira (1996, p.11), refere-nos que o “ (...) cerne do sucesso da acção educativa centra-se nos efeitos da interacção da acção do educador com os interesses e necessidades do educando (...) ” e Abreu (2003), entrando em convergência, refere que o êxito do processo de orientação clínica em enfermagem depende da qualidade da relação entre estudante e orientador.

Neste contexto surge o tema da investigação consolidado em **“Opinião dos estudantes sobre a relação estudante/orientador na prática clínica”**.

Face ao tema surge a pergunta de investigação: Qual a opinião dos estudantes do 4º ano da

licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre a relação estudante/orientador, na prática clínica?

De acordo com a problemática torna-se necessário definir os objectivos do estudo e que a seguir se indica:

- Saber a opinião dos estudantes de enfermagem sobre a importância da relação que este estabelece com o orientador no processo de aprendizagem em ensino clínico;

Fortin (2003, p.100) diz ainda que:

Os objectivos de estudo indicam o porquê da investigação. É um enunciado declarativo que precisa de orientação de investigação segundo nível de conhecimento estabelecido no domínio da questão.

Para realizar este projecto de investigação, optou-se por um estudo, exploratório, descritivo transversal inserido numa abordagem quantitativa, na Universidade Fernando Pessoa – Porto. Como instrumento de recolha de dados, utilizou-se um questionário com perguntas abertas e fechadas, aplicado no dia 31 de Maio de 2010 a uma amostra de 50 estudantes do CLE da Universidade Fernando Pessoa - Porto.

A investigação deve ser muito bem estruturada e organizada, de forma, a que os resultados sejam os mais concretos possíveis.

A revisão bibliográfica desempenha um papel fundamental no trabalho e investigação. Fortin (1999, p.39) diz-nos que “(...) é uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma concepção clara e organizada do objecto de estudo.”

Sendo assim, a revisão bibliográfica encontra-se dividida em três capítulos, que será estruturada da seguinte forma: Conceitos de Ensino Clínico e sua importância no plano curricular do curso de licenciatura em enfermagem; Aprendizagem em ensino clínico e como esta se processa; Orientação em ensino clínico.

Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação estudante/orientador na prática clínica.

A fase metodológica, onde será abordada a justificação do tema, bem como, princípios éticos e desenho da investigação (meio, tipo e estudo, população e amostra e variáveis em estudo).

No último capítulo (fase empírica), será apresentada a metodologia utilizada, serão expostos os resultados obtidos, será efectuada uma discussão dos resultados e por fim conclusão.

Dos resultados do estudo obtêm-se as seguintes palavras: confiança, motivação, empatia, autonomia e respeito, que se reflectem na relação estudante/orientador, tal como refere Wanda Horta (1977), “ Gente que cuida de Gente”.

I- FASE CONCEPTUAL

1.1.Problemática, Objectivos e Questões de Investigação

Segundo Fortin, 2003, p.39) “A formulação de um problema de investigação consiste em desenvolver uma ideia através de uma progressão lógica de opiniões, de argumentos e de factos relativos ao estudo que desejo empreender.”

Para Fortin (2003, p. 69) “Justificar a questão de investigação é explicar porque se quer estudar esta questão e porque ela é importante para nós.”

A grande motivação para abordar este tema tão controverso, foram sem dúvida os modelos de orientação que me foram aplicados no ensino clínico, todos eles diferentes mas correctos, por isso devo este tema a todos os meus orientadores.

Face ao exposto, a questão de investigação para este trabalho de investigação é “Qual a opinião dos estudantes do 4º ano da licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre a relação estudante/orientador, na prática clínica?”

O contacto interpessoal estabelecido entre estudante/orientador constitui um fenómeno complexo no qual se cruzam valores, percepções, sentimentos e emoções, em que o orientador não se pode esquecer que é responsável pela formação do estudante como futuro profissional de saúde.

Para este trabalho foram definidos os seguintes objectivos:

Objectivo Geral:

- Saber a opinião dos estudantes de enfermagem sobre a importância da relação que este estabelece com o orientador no processo de aprendizagem em ensino clínico;

Objectivos Específicos:

- Identificar aspectos da relação que influenciam positivamente a aprendizagem dos estudantes em ensino clínico de enfermagem;
- Identificar aspectos da relação que influenciam, como potenciais inibidores na aprendizagem dos estudantes em ensino clínico de enfermagem;
- Identificar a importância atribuída pelos estudantes de enfermagem à comunicação e à empatia na relação com o orientador em ensino clínico de enfermagem.

Foram definidas as seguintes questões orientadoras:

- Que importância os estudantes de enfermagem atribuem à relação com o orientador durante o processo de aprendizagem, no Ensino Clínico de Enfermagem?
- Que aspectos da relação, os estudantes de enfermagem identificam como potenciais inibidores de aprendizagem durante o Ensino Clínico de Enfermagem?
- Que aspectos da relação, os estudantes de enfermagem identificam como favoráveis à aprendizagem durante o Ensino Clínico de Enfermagem?
- Que importância atribuem os estudantes de enfermagem à comunicação e empatia na relação com o orientador durante o Ensino Clínico de Enfermagem?

1.2. Matriz Teórica

A revisão bibliográfica é o resultado de uma pesquisa exaustiva, acerca de bibliografia e conjunto de publicações importantes para o tema, com o objectivo de realizar resumos desses documentos e escolher a informação mais pertinente para a conceptualização da investigação. (Fortin, 2003)

A fundamentação teórica é primordial num trabalho de investigação porque permite ao investigador “ (...) também recorrer a ela aquando da interpretação dos resultados (...)”, como refere Fortin (2003, p. 74), efectuando comparação dos dados, com a bibliografia existente.

1.2.1. Ensino clínico de Enfermagem

A área clínica (ensino clínico) é o espaço de eleição para o aluno se libertar paulatinamente da tutela do professor ou do tutor (orientador), construindo a sua própria personalidade e definindo os seus espaços de autonomia. (Abreu, 2003, p.24)

O curso de licenciatura em enfermagem encontra-se dividido em períodos teóricos e práticos (ensinos clínicos), promovendo aos estudantes visão ampla e mais localizada da aplicação de conhecimento na prática clínica.

Entende-se por ensino clínico todo o ensino que é realizado junto do utente ou de um grupo de utentes que é essencial para a formação do estudante (Carvalho, 2003). McCabe (1985 in Longarito, 1999, p.19) partilha a mesma opinião ao afirmar que o ensino clínico é como:

(...) um tipo de ensino e aprendizagem que acontece junto de um utente só ou integrado num grupo ou comunidade, preparando os estudantes para aplicarem o conhecimento adquirido anteriormente e (...) adquirir habilidades pessoais e profissionais, atitudes e valores, julgados essenciais para a sua entrada no sistema de cuidados de saúde.

A Directiva Comunitária (77/453/CEE- Transposta para o Direito Português, após o Tratado de Adesão, pelo Decreto Lei n.º 320/89 de 27 de 1 Agosto), que regulamenta a formação para enfermeiros, define ensino clínico como: sendo uma parte de formação em cuidados de enfermagem, pela qual o estudante aprende, integrado numa equipa, em contacto directo com o indivíduo são ou doente, “ (...) a planear, executar e avaliar cuidados globais de enfermagem exigidos, a partir de conhecimentos adquiridos (...) sob a responsabilidade dos enfermeiros qualificados.” (Longarito, 1999, p.20).

É, portanto, “ (...) um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação (...)” (Martín, 1991, p.162 in Silva, 2004).

O ensino clínico é pois, uma etapa na formação dos estudantes de enfermagem, sendo “ (...) um período de formação num serviço de saúde que permite aos estudantes organizarem conhecimentos, atitudes, comportamentos, desenvolver competências, expectativas e acção (...)” (André, 1985, p.6 in Pereira, 1996, p.48).

A formação em enfermagem ganha mais se sedimentada na e pela prática profissional. Neste entendimento, o ensino clínico é o local indicado e adequado para a construção de saberes e gestos profissionais, relacionando o saber formalizado com a prática, isto é, o saber com o saber fazer e o saber ser (da acção), construindo o saber fazer cognitivo (saber emergente da reflexão na acção). É aí que os estudantes se confrontam com as dificuldades crenças entre teoria/prática e, ao procurarem descobrir formas de dar resposta adequada às situações do seu dia-a-dia de cuidados, vão aprofundando, consolidando e transformando os seus conhecimentos (Longarito, 1999).

O ensino clínico é fundamental na medida em que confronta aspectos teóricos com a realidade clínica. Isto faz com que, o estudante se desenvolva a nível pessoal e como futuro profissional.

A aquisição de conhecimentos e competências de Enfermagem não se complementarizam se os estudantes não experienciarem a prática clínica, pois só deste modo, é que desenvolvemos a relação de empatia e confiança.

É no ensino clínico que o estudante começa a compreender o “porquê” de determinados conhecimentos teóricos pela experiência que vai adquirindo. A realidade dos cuidados de enfermagem começa, realmente, a ser interiorizada, a partir da realidade que ele observa nos serviços (...) (Espadinha e Reis, 1997 in Carvalhal, 2003, p.25).

Daniel Jacob, citado por Simões (2004, p.33), considera que “ (...) as experiências adquiridas nos estágios (ensino clínico) são um elemento chave em toda a formação profissional (...)”, já que é no ensino clínico de enfermagem que o estudante tem oportunidade de relacionar as

diferenças na Universidade e a realidade prática da Instituição onde decorre o ECE.

Consideramos, então, que o ensino clínico é o espaço que permite a individualização do ensino, contacto privilegiado pessoa a pessoa, ou seja, estudante/utente/orientador e a relação teórica/prática. Estas características são indispensáveis à construção de gestos nos futuros enfermeiros dado que permite ao estudante ampliar a dimensão do “saber” nas perspectivas científicas e de informação sobre o utente, desenvolver a dimensão do “saber fazer” que provém do desenvolvimento do estudante, favorecido pelas experiências, que construirá as suas actividades como futuro enfermeiro (Pereira, 1996).

O ensino clínico parece-nos ser, então, momento de formação ideal para que o estudante adquira o “saber enfermagem”, que não se transmite unicamente sob a forma teórica pura mas associada à prática que proporciona a experiência, ajudando assim, a construir o nível do profissionalismo que não se ensina mas que se adquire (Pereira, 1996).

O estudante ao deparar-se com a realidade clínica, interage com a mesma, construindo a sua própria personalidade. É aqui que ele vai construindo o seu saber profissional (Martin, 1991 in Simões, 2004). Este saber é construído através de interacções com profissionais de saúde e pela análise das práticas quotidianas dos enfermeiros, relacionando-as com os saberes teóricos.

Para Quinn (1988, p.395 in Simões, 2004, p.31), o ensino clínico em contexto hospitalar constitui a verdadeira formação em enfermagem, considerando que “ (...) é o local onde a prática real de enfermagem é aprendida em oposição à natureza idealista da escola (...)”. Os estudantes podem aplicar os princípios de enfermagem e desenvolver competências práticas neste domínio como, por exemplo, desenvolver a capacidade de trabalho em equipa, tomada de decisões e competências de comunicação, entre outras (Simões, 2004, p.31).

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 (...)” (Matos, 1997, p.9 in Silva, 2004, p.300).

O ensino clínico contribui, portanto, para a socialização do estudante de enfermagem, sendo

este um processo complexo que lhe permite adquirir conhecimentos, hábitos e identidade profissional (ele que aprende a pensar e a ver-se como um enfermeiro) e é, também, uma via transmissora de valores (Silva, 2004). Apoiar-se em hábitos de vida e crenças que interagem nos cuidados de Enfermagem, onde a influência é recíproca. Estes valores fundamentais são os que permitem conservar qualquer prática (Collière, 1989 in Simões, 2004).

A par desta dimensão de socialização há outras competências adquiridas em contexto de trabalho: o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, aprender a aprender com as situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas (Silva, 2004).

Belo (2004, p.23), refere-nos, já tendo sido referido anteriormente, que “ (...) actualmente a estrutura curricular dos cursos de licenciatura em enfermagem, constrói-se em volta de duas grandes vertentes: uma teórica e outra prática.”

A directiva 453/CEE, transportada para o direito interno pelo DL n.º 320/87 de 27 de Agosto e que serviu de base à Portaria 799 – D/99 de 18 de Setembro, refere no ponto 3 do artigo 3º (estrutura curricular) que “ (...) a duração do ensino clínico de enfermagem deve ser de, pelo menos, metade da carga horária total do curso (...) ”, pelo que o ensino clínico foi, e é, a componente com maior carga horária do ensino de enfermagem (Simões, 2004, p.32).

1.2.2. Estrutura Curricular do Ensino

O curso de licenciatura em Enfermagem tem uma durabilidade de quatro anos.

Com as reformas e com a introdução do plano de Bolonha, é modificada a estrutura de ensino, inculcando ao estudante um estudo individualizado, tendo o docente como função leccionar apenas o conteúdo principal de forma a dar ao estudante linhas orientadoras de estudo.

Segundo o relatório de concretização dos objectivos de Bolonha na UFP, foram introduzidos os ECTS, que implicam alterações pedagógicas de ensino/ aprendizagem. Sendo as mais significativas:

Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação estudante/orientador na prática clínica.

- Introdução/ Contabilização de horas destinadas ao trabalho individual dos estudantes (...);
- Criação de uma metodologia de avaliação contínua (...);
- Decréscimo do número de unidades curriculares (...).

No CLE pré Bolonha, o número de horas de trabalho atribuídas ao projecto+estágio (componente prática) eram 1428, com as reformulações de Bolonha as horas atribuídas ao projecto+estágio (componente prática) são 2557.

1.3. Aprendizagem em EC de Enfermagem

“Os cuidados de enfermagem técnicos e relacionais são ensinados na escola, mas realmente interiorizados a partir da realidade que constitui a aprendizagem clínica.” (Simões, 2004, p.33)

A aprendizagem é uma “ (...) construção pessoal resultante de um processo experiencial interior à pessoa e que se traduz numa modificação de comportamento relativamente estável (...)” (Tavares e Alarcão, 1985 in Pereira, 1996, p.16-17).

Para Reboul (1982), citado por Pereira (1996, p.17) e Longarito (1999, p.13), “ (...) a aprendizagem é uma aquisição de um saber fazer, de uma conduta útil ao indivíduo ou a outras pessoas e que reproduzir à vontade se a situação o permitir.”.

Segundo Alarcão e Tavares (1985) a aprendizagem define-se como:

(...) acção educativa e tem como finalidade ajudar a desenvolver no educando as capacidades que lhe permitam entrar numa relação pessoal com o meio em que vive, servindo-se para esse efeito das estruturas sensório-motoras, cognitivas, afectivas e linguísticas. (Pereira, 1996, p.17).

Para os autores supra citados, citando Rogers:

(...) Tornar-se pessoa é realmente a chave do processo de aprendizagem na visão humanista. É um processo pessoal de índole vivencial, no centro do qual está a pessoa como ser que pensa, sente e vive. É um processo de descoberta do significado pessoal, do conhecimento que passa pelo interior da pessoa com as experiências e as imagens que tem de si próprio e dos outros (...) (Pereira, 1996, p.17).

“A Enfermagem reconhece (...) que a qualidade da sua resposta às exigências sociais está dependente das aprendizagens em contexto clínico.” (Abreu, 2003, p.9).

A aprendizagem em ensino clínico, segundo o mesmo autor,

(...) é uma actividade que, sendo mediada por factores de ordem cultural, situacional, psicológica e mesmo biológica, que implicam mudanças a nível do comportamento observável, auto-conhecimento e definição de uma “estratégia pessoal” de processar a informação (...) (Abreu, 2003, p.9).

Mccabe, citado por Pereira (1996, p.12), considera a aprendizagem clínica “ (...) o «coração» da educação profissional, pois proporciona aos estudantes a oportunidade de consolidar conhecimentos, socializar-se no papel profissional e adquirir valores profissionais.”

Naphine (1996 in Abreu, 2003, p.13-14), afirma que a aprendizagem em ensino clínico

(...) facilita o processo de adesão psicológica ao mundo de trabalho; permitem equacionar as diversas dimensões e contornos dos problemas de saúde, com recursos ao pensamento reflexivo; facultam aos estudantes as bases para a definição de uma “consciência de si” e “definição de si” como futuro profissional.

Fonseca (2004, p.43), baseando-se em vários autores (Tavares e Alarcão, 1989; Danis, 2001; Alarcão, 2001), afirma que a aprendizagem dos estudantes de enfermagem em ensino clínico,

(...) É concebida como um processo de transformação e construção pessoal, em relação aos seus conhecimentos, convicções, comportamentos e atitudes, resultantes de uma experiência.” Enquadra, assim, a aprendizagem dos estudantes em dois eixos: “ (...) a aprendizagem pela experiência e a aprendizagem pelo significado atribuído à experiência (...)

O autor supra citado, identifica dois agentes da aprendizagem do estudante de enfermagem em ensino clínico: a experiência e a reflexão. Alarcão (2002, p.204 in Fonseca, 2004, p.43), relativamente a este assunto, diz-nos que “ (...) a experiência quando reflectida e conceptualizada, permite compreender a realidade, permite aprender.”.

1.3.1. Como se Aprende em Ensino Clínico?

Os ensinamentos clínicos são, de facto, “ (...) um local privilegiado na formação dos alunos de enfermagem, permitindo adquirir habilidades para actuar no mundo real em que a profissão acontece.” (Martin, 1991, p.162 in Longarito, 1999, p.20).

Aprender, para Kolb, significa “ (...) o processo pelo qual o conhecimento é criado através da transformação e da experiência (...) ” (Courtois e Pineau, 1991, p.202 in Silva, 1999, p.28).

A aprendizagem clínica ocorre num contexto social em profunda mutação, onde o estudante, para além de aplicar na prática o seu conhecimento teórico, interage com as lógicas dos utentes, dos enfermeiros do serviço, dos orientadores e dos próprios colegas de ensino clínico (Longarito, 1999).

O ensino clínico é como um local onde os estudantes desenvolvem competências técnicas e não técnicas, num contexto dicotómico entre a e a prática, visto que o ensino clínico encontra-se repleto de impulsos formativos. O estudante de enfermagem adquire o conhecimento que lhe é transmitido pelo orientador e enfermeiros do serviço, apreendendo, compreendendo e organizando o conhecimento através da experiência. (Schön, 1993 in Abreu, 2003).

Trata-se, portanto, de uma aprendizagem complexa, influenciada por inúmeros factores, nomeadamente factores sociais, pessoais, entre outros, deste modo, uma aprendizagem de “maior imprevisibilidade” (Abreu, 2003, p.20).

Alarcão (2002, p.226 in Fonseca, 2004, p.43), referindo-se a Kolb, define aprendizagem experimental “ (...) como um processo transformador da experiência no decorrer da qual se dá a construção do saber (...).”.

observação e reflexão (Abreu, 2003).

O modelo de aprendizagem de Kolb aponta-nos uma teoria de aprendizagem que tem em conta as aquisições experimentais e as aquisições teóricas, favorecendo um estilo de aprendizagem fundado na observação reflectida (Silva, 1999).

Fonseca (2004, p.43), baseando-se em várias concepções e definições de reflexão e prática reflexiva, define-a como: “ (...) um processo interior a cada indivíduo que, utilizando actividades intelectuais e afectivas desencadeadas pela experiência, clarificam o significado, consolidando ou modificando a percepção conceptual.”.

Gomes (2002 in Fonseca, 2004, p.43), baseando-se em Dewey, diz-nos que o processo de reflexão,

(...) Tem início no confronto entre as dificuldades ou problemas e a instabilidade gerada por eles no quadro de referências do indivíduo, no seu sistema de significação, conduzindo a transformações cognitivas traduzidas na construção do conhecimento, ou conduzindo a uma reestruturação dos seus próprios sistemas de significação.

Ferreira e Silva (2000, p.35 in Fonseca, 2004. p44), organizam o processo de reflexão em três etapas chave:

1. Percepção de sentimentos e conhecimentos desconfortáveis, ou seja, a instabilidade criada pela tomada de consciência de que o conhecimento que se tinha e foi mobilizado, não permitiu explicar aquela situação concreta;
2. Análise crítica de sentimentos e conhecimentos. Explicar determinada situação particular analisando o seu conhecimento e/ou procurando outro, de modo a torná-la possível. Nesta fase é necessário e indispensável o pensamento crítico que Boud et al. (1985 in Ferreira e Silva, 2000, p.36), descreve como “ (...) um processo que engloba associação, integração, validação e apropriação (...) ”;
3. Desenvolvimento de uma nova perspectiva da situação.

O processo de reflexão requer, assim, competências cognitivas e afectivas, para além da motivação e espírito de abertura, competências essas que de seguida enunciamos (Ferreira e Silva, 2000 in Fonseca, 2004):

- Percepção própria – capacidade de uma pessoa para analisar os seus sentimentos, a forma como a situação o afectou e foi afectada;
- Descrição – capacidade para reconhecer sentimentos e pensamentos desconfortáveis, descrevendo-os com precisão e dar uma explicação;
- Análise crítica – análise da situação, dos conhecimentos existentes e a procura de alternativas;
- Síntese – integração de novos conhecimentos no conhecimento prévio, permitindo a resolução de problemas e prever os efeitos da acção. Permite desenvolver novas perspectivas;
- Avaliação – capacidade de formular um juízo acerca do processo e do produto final. Tal como a síntese, permite desenvolver novas perspectivas, novo conhecimento;

A aprendizagem resulta, então, de uma experiência devidamente organizada e reflectida. No entanto, como nos refere Alarcão (2001, p.56 in Fonseca, 2004, p.45),

(...) a aprendizagem dos estudantes de enfermagem, com base numa perspectiva holística e humana, não pode ser esquecida a importância da interpretação que o EU faz dessa experiência atribuindo-lhe um significado, um sentido decorrente do seu percurso de vida, do seu devir, transformando-a na real aprendizagem e desenvolvimento.

O processo de aprendizagem constitui-se por uma série de fenómenos que vão desde o indivíduo aprender a aprender, isto é, ser capaz de interiorizar os procedimentos da aprendizagem, observar os dados proveniente da experiência, analisá-los e sintetizá-los emitindo um juízo final, passando pela participação activa e responsável do indivíduo em todo

o processo, até à atribuição de um significado, ou seja, perceber o assunto ou experiência como importante e relevante para si e para os seus propósitos (Fonseca, 2004).

Alarcão (2001, p.57 in Fonseca, 2004, p.46) sugere alguns princípios validadores da experiência como aprendizagem:

- Princípio da significação – a experiência é válida quando se estabelece uma relação entre a pessoa e o acontecimento;
- Princípio da continuidade – cada experiência significativa insere-se num contínuo entre as previamente adquiridas e as que virão;
- Princípios da organização – para se verificar o princípio da continuidade, as experiências terão de ser organizadas por outrem ou inseridas nos esquemas mentais existentes;
- Princípio do desenvolvimento e da aprendizagem – as experiências devidamente organizadas, conduzem a novos saberes e a uma melhor interacção com o meio;
- Princípio da qualidade – as experiências sentidas como positivas e compensadoras, geram novas experiências e novos saberes;
- Princípio da reflexão – para além do valor e sentido tácito e intuitivo da experiência, a reflexão proporciona diferentes contornos à experiência;
- Princípio da interacção social – a comunicação e a interacção social são constituintes da experiência humana;
- Princípio da educação – quando significativa, a experiência conduz ao desenvolvimento das possibilidades escondidas;
- Princípio da formação holística – a integração das experiências vividas e assimiladas

constroem a Pessoa no seu todo.

Nestes princípios, a autora supra citada realça o valor da experiência para a aprendizagem e desenvolvimento pessoal de natureza psicossocial, onde as relações intrapessoais, interpessoais e intergrupais são determinantes.

Morse (1997 in Carpenter e Streubert, 2002, p.19), diz-nos que “ (...) uma pessoa não aprende a conduzir um carro lendo um manual (...) ”, como um estudante de enfermagem não aprende a agir na prática, apenas com conhecimentos teóricos, daí que a aprendizagem por experiência pressupõe uma orientação em ensino clínico, baseada na tomada de consciência dentro de uma situação real de comunicação, um clima de colaboração e empatia. O conceito de aprendizagem experimental opõe-se, assim à forma convencional de aprendizagem estruturada no contexto escolar.

1.4. Processo de orientação em ECE

A supervisão implica uma visão de qualidade, inteligente, responsável, livre, experiencial, acolhedora, empática, serena e envolvente de quem vê o que se passou antes, o que se passa durante e o que se passará depois, ou seja, de quem entra no processo para o compreender por fora e por dentro, para o atravessar com o seu olhar e ver para além dele numa visão prospectiva baseada num pensamento estratégico. (Alarcão e Tavares, 2003, p. 45 in BELO, 2004, p.40)

No decorrer da revisão bibliográfica, verificamos a necessidade de definir orientação e supervisão de forma a entendê-las melhor.

Achamos, então, pertinente no início deste capítulo definir orientação e supervisão, de forma a podermos entendê-los para escolher o que melhor se adapta ao nosso estudo.

Baseamo-nos, para o efeito, num estudo realizado por Franco (2000, p. 33 e 34), que estuda esta mesma dualidade. O autor, baseando-se em vários estudos definiu:

- **Supervisão:** processo em que uma pessoa experiente e bem informada orienta o aluno no seu

Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação estudante/orientador na prática clínica.

desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através de procedimentos de reflexão e experimentação.

- **Orientação:** processo em que uma pessoa experiente e bem informada presta ajuda aos alunos para alcançarem a sua plena maturidade no seu desenvolvimento humano, educacional e profissional, numa actuação de monitorização sistemática da prática, sobretudo através do acompanhamento contínuo e de procedimentos de reflexão e experimentação.

Segundo o autor supra citado, não se pode conceber a orientação dos estudantes de enfermagem em ensino clínico apenas numa estreita relação de ajuda, se ela não incluir em si mesma a noção de contínuo, reflexão e retro alimentação, numa perspectiva de desenvolvimento pessoal e profissional do estudante. Pelas razões apresentadas, o autor mantém os termos de orientação e supervisão como equivalentes.

Utilizaremos, então, o termo orientação, pelo facto de este ser o utilizado no ensino clínico de enfermagem da Universidade em estudo.

Beck (1977, p.15), citado por Pereira (1996, p.50) diz que “ (...) a orientação, no mais amplo sentido do termo, era ajuda dada por uma pessoa a outra (...).”

Fermin (1980, p.15 in Belo, 2004, p.43), caracteriza a orientação como um trabalho “ (...) de ajuda e assistência (...), (...) destinando-se a atingir a melhoria dos resultados do processo ensino aprendizagem, mediante um trabalho cooperativo.”

Para Bartolomeis (1981 in Carvalhal, 2003, p.33), a orientação,

(...) consiste num conjunto de intervenções que ajudam os estudantes a fazerem melhor uso das suas capacidades mentais e das necessidades sociais, estimula-os a compreenderem actividades e desenvolverem a capacidade de avaliação.

Orientar estudantes implica um acompanhamento teórico-prático, a nível pessoal e profissional, para que o estudante desempenhe uma boa prática clínica aquando futuro profissional.

A orientação deve basear-se: “(...) numa relação interpessoal dinâmica, encorajadora e facilitadora de um processo de desenvolvimento e aprendizagem consciente, procurando desenvolver nos estudantes a capacidade de tomar decisões apropriadas.” (Alarcão e Tavares, 1087, p. 85 in Simões, 2004, p.62).

Para melhor compreender esta relação interpessoal, iremos de seguida estudar os dois intervenientes, estudante e orientador, de forma a compreendermos os seus papéis como actores e, a posteriori, entendermos a relação em si.

1.4.1. O Estudante no Processo de Aprendizagem em ECE

Mais uma vez, ao longo da nossa pesquisa, deparamo-nos com uma dualidade constante: estudante vs estudante.

Definimos então:

- Estudante: pessoa que segue os estudos. Na prática corrente usa-se mais para designar aquele que segue os estudos superiores;
- Aluno: estudante do ensino não superior.

Decidimos, então, utilizar o termo estudante porque é o que se adapta ao nosso estudo.

A concepção do estudante de enfermagem tem evoluído ao longo dos anos. Florence Nightingale considera que os estudantes de enfermagem deveriam ter doze qualidades: “sóbrios, honestos, verdadeiros, dignos de confiança, pontuais, calmos, limpos e asseados, pacientes, alegres e amáveis.” (Bevis, 1988, p.28 in Carvalho, 2003, p.36).

Por sua vez, Collière (1989), citada por Carvalho (2003, p.37), nos seus estudos, refere-nos que, por influência da filiação conventual a que a enfermagem esteve sujeita durante muitos anos, esperava-se que as enfermeiras velassem pelos doentes, confortando-os, consolando-os,

servindo-os a eles e ao médico. As “ (...) recrutas a aspirantes enfermeiras (...) ” deveriam ter “ (...) qualidades de coração, de consciência e dedicação, exigíveis às enfermeiras.” (Collière, 1989, p.82 in Carvalho (2003, p.37).

Segundo Carvalho (2003, p.37), pretendia-se, portanto, “ (...) formar indivíduos conformistas, com uma educação completa, em vez de pessoas capazes de pensar livremente, criar e ser originais.”.

Aceitava-se que o conhecimento era algo estável, adquirido, certo e seguro e que se adequava a todos os contextos e múltiplas circunstâncias (Belo, 2004, p.59). Sá-Chaves (2000, p.89), citado por Belo (2004:59) afirma:

(...) o processo formativo assentava sobretudo na aprendizagem e no domínio de um conjunto variado de competências técnicas de suposta aplicabilidade imediata, independentemente das contingências que entrosam e desenham a complexidade de cada problema.

Com a evolução social que foi surgindo e conseqüentemente com as mudanças ao nível da enfermagem, foi-se percebendo simultaneamente “ (...) que o estudante ideal não existe e que as escolas de enfermagem não são fábricas, assim como, os estudantes não são produtos.” (Bevis, 1988, p.7 in Carvalho, 2003, p.37).

A mudança da definição de “estudante de enfermagem” começa quando se reconhece que “a escola existe para a formação e bem-estar dos estudantes que serve.” (Schween, 1972, p.60 in Carvalho, 2003, p.37).

O estudante de enfermagem começa a ser considerado, como Schmidt (1993 in Carvalho, 2003, p.37), afirma, como “ (...) um ser humano inteiro, com um passado e um presente que lhe são próprios, bem como com a possibilidade de projectar-se futuramente em termos pessoais e profissionais.”.

Por sua vez, Melander e Roberts (1994, p.422 in Carvalho, 2003,p.37), vêm os estudantes de enfermagem como “ (...) um grupo marcado pela diversidade, estilos de vida ocupados,

responsabilidades pesadas e pela necessidade de economizar e maximizar cada experiência de aprendizagem.” Tratam-se, portanto, de indivíduos com um passado pessoal e único que influencia o seu comportamento.

Com a mudança do papel do estudante, este começa a ganhar novas responsabilidades do seu processo de aprendizagem. Começa a ser descrito como “ (...) auto-dirigido e auto-motivado, construindo a nova aprendizagem sobre a experiência passada, sendo capaz de definir metas pessoais e alcançar o seu máximo potencial se lhe forem dadas oportunidades adequadas.” (Bernard e Dunn, 1994 in Carvalhal, 2003, p.38).

O formando (estudante), se não se souber educar a si próprio, também ninguém o poderá educar. Este tem de assumir uma atitude de empenhamento auto-formativo e autonomizante, tem de descobrir as suas potencialidades, tem de conseguir ir buscar aquilo que já sabe e que já é ao seu passado. Deve construir o seu presente e o seu futuro sobre aquilo que já detém, para com isso conseguir interpretar o que vê fazer, imitar sem copiar, recriar e transformar. Só o alcançará, se reflectir sobre o que faz e sobre o que vê fazer (...) (Alarcão, 1996 in Belo, 2004, p.61).

É, então, urgente afastar os estudantes de enfermagem do papel passivo, conhecendo e proporcionando experiências que despertam e mantenham a sua motivação (Carvalhal, 2003).

Costa (1994 in Carvalhal, 2003), engloba os estudantes de enfermagem num processo de formação para adultos e diz-nos que estes desejam tomar decisões, sentirem-se autónomos (reflexivamente), ficando motivados quando se apercebem que o processo formativo vai ao encontro deles.

Belo (2004), concordando com o autor supracitado, diz-nos que os estudantes de enfermagem ficam motivados quando se apercebem que a formação vai ao encontro das suas necessidades.

Desta forma, a aprendizagem deve ir de encontro aos diferentes ritmos e interesses dos estudantes.

Por sua vez, Belo (2004, p.59), afirma que:

(...) aprender é um processo que acontece num indivíduo, sendo este o agente essencial da sua aprendizagem e (...) o percurso da aprendizagem não pode ser feito senão pelos próprios. Se a pessoa não estiver predisposta a aprender, por mais atractiva que seja a informação disponibilizada, esta nunca se transformará em conhecimento próprio.

Tavares e Alarcão (1987), baseando-se no conceito de maturidade específica, afirmam que o estudante inicia uma nova aprendizagem quando tem conhecimentos que lhe permitam avançar (Belo, 2004).

Continuando a analisar o conceito de maturidade do estudante, achamos pertinente mencionar um estudo denominado – O continuum de maturidade do estudante, concebido por Bevis (1989 in Carvalhal, 2003, p.39), que retrata de forma dinâmica o percurso da imaturidade para a maturidade.

Segundo Bevis (1989 in Carvalhal, 2003, p.39), os estudantes em geral situam-se nos mais diversos pontos desse continuum, em que:

- O estudante **Sedutor**, encontrando-se ainda numa fase de imaturidade, centra a sua energia no sentido de agradar ao orientador, adoptando uma posição sedutora e manipuladora, procurando a sua simpatia e atenção, numa relação do tipo pai-criança.
- O estudante **Conformista** antecipado é o estudante cujo grande objectivo é ter uma boa nota e, para isso, tenta adivinhar o que o orientador quer, para responder a isso e ser recompensado. A aprendizagem, não é assim, o seu principal objectivo. Atribui aos outros o seu insucesso ou sucesso.
- Na posição de **Ressonante**, o estudante vê o orientador como carismático, estimulante e agradável, encontrando-se altamente motivado. É activo, para não perder nada das experiências e das informações dadas, mas no entanto mantém uma posição passiva, na medida em que o controlo é mantido pelo orientador que ensina e conduz as discussões

numa relação estudante/orientador de cariz tradicional.

- O estudante que se encontra numa posição de **Recíproco**, responsabiliza-se pela sua aprendizagem, sente-se livre para exprimir as suas ideias e para dirigir a aprendizagem de acordo com as suas necessidades. A relação com o orientador é uma relação adulto-adulto, de natureza paritária, com respeito mútuo e trocas estimulantes.
- O estudante **Criador**, é aquele que se encontra numa posição criativa, demonstrando elevado grau de iniciativa e pouca passividade. É ele que descobre o problema, encontra conteúdos, tópicos, questões, caminhando em direcção às suas finalidades, à medida que se interroga e pesquisa. Perante este estudante, o orientador é um consultor com quem troca ideias.

Os estudantes de enfermagem podem encontrar-se em diferentes posições deste continuum ao chegarem às escolas de enfermagem. É necessário, portanto, promover a sua maturidade, evitando estagnamento da sua evolução, através de estratégias, “ (...) que passam pela compreensão e ajuda.” (Belo, 2004, p.62). Como nos referem Griffith e Bakanauskas (1983 in Carvalho, 2003, p.40), “ (...) só aplicando os princípios básicos de uma relação de ajuda, os orientadores poderão fortalecer as competências interpessoais dos estudantes (...)”.

Para elucidar o que acabamos de referir, enunciamos a seguinte citação de Alarcão (1996, p.22), citada por Belo (2004, p.63), que mesmo sabendo que a autora se refere ao estágio profissional dos professores, achamos que se adapta ao contexto dos estudantes em enfermagem:

Todas estas estratégias devem estar envoltas numa atmosfera de compreensão das dificuldades vividas pelo formando e do sentimento de caos que normalmente o assalta nos primeiros momentos de iniciação à profissão; devem estar perpassadas por uma atitude de ajuda para que consiga encontrar a ordem no meio do caos.

Torna-se, por isso, importante atribuir ao estudante o seu papel activo no processo de aprendizagem. Deve estar consciente das suas responsabilidades inerentes a este processo e que apenas ele pode assumi-las. Juntamente com o orientador facilitador da aprendizagem,

num clima de orientação saudável, conseguir evoluir para um patamar que culminará com o desempenho de cuidados de enfermagem de qualidade, contribuindo, desta forma, para a evolução da profissão.

1.4.2. O Orientador Clínico como Facilitador da Aprendizagem em ECE

Não é simples ser-se formador (orientador) e muito menos num domínio tão complexo como é a enfermagem, pois para além dos aspectos de conhecimentos diversos e da arte das técnicas, trata-se de formar alguém que desperte para a riqueza, para a maravilha do outro, bem como para as “coisas da vida” contextualizando tudo numa perspectiva de enfermagem. (Hesbeen, 2000 in Silva, 2004,p.280).

Neste estudo, orientador clínico abrange o conceito de Enfermeiro Cooperante e Enfermeiro Docente. A concepção Enfermeiro Cooperante abrange enfermeiros especialistas, bem como, outros enfermeiros, que cooperam na orientação dos estudantes de enfermagem em ensino clínico, dos diversos serviços em que ocorra ensino clínico de enfermagem (Belo, 2004). A concepção Enfermeiro Docente refere-se ao enfermeiro orientador de ensino clínico de enfermagem, que possui funções de ensino e faz parte da equipa pedagógica de uma Escola Superior de Enfermagem (Carvalho, 2003).

Como verificamos no capítulo referente à aprendizagem em contexto clínico, esta é uma construção pessoal, que passa pelo interior da pessoa, traduzida numa modificação estável do comportamento. Esta aprendizagem passa também pela existência de uma entidade ou agente de ensino – o orientador clínico, que deverá possuir inúmeras funções: “ (...) acompanhar, conduzir, determinar, facilitar ou promover a aprendizagem do estudante, consoante a necessidade e a forma que, em relação ao decorrer deste processo, este se posicione (...)” (Carvalho, 2003, p.41). A mesma autora reforça a ideia referindo que, da acção do orientador, vai depender muito a aprendizagem do estudante de enfermagem em ensino clínico.

Como nos refere Soeiro (1992, p.27), citado por Carvalho (2003), existem três tipos de orientadores:

- Os que exercem efeitos negativos, tornando o estudante inseguro, passivo,

desinteressado;

- Os que apenas provocam indiferença;
- Os que acompanham os estudantes que, para além, da sua intervenção directa, ajudam-nos a crescer e inspiram o projecto pessoal da existência.

Embora autores nos digam que não é possível definir um perfil de um “bom orientador” em termos normativos, iremos, contudo, descrever de seguida as qualidades que um orientador deve possuir em ensino clínico de enfermagem e que as qualidades evidenciadas segundo um modelo relacional são imprescindíveis para o desenvolvimento pessoal e interpessoal dos agentes em interacção no processo ensino/aprendizagem: orientador e estudante.

Concordamos com Jesus (1996 in Silva, 2004) que, citando Combs, Blume, Newman e Wass, refere que não há um perfil único de um orientador que é capaz de orientar um estudante de forma a ter maior aproveitamento, pois o orientador pode e deve alterar o seu estilo e modelos de orientação e, conseqüentemente, de relação, de acordo com o grau de competência e motivação dos estudantes.

Se utilizarmos a distinção entre “conhecimentos científicos” (o orientador tem que conhecer bem a matéria que ensina), “competências metodológicas” (o orientador tem que saber como transmitir aqueles conhecimentos) e “competências relacionais” (o orientador tem que ter qualidades humanas e um bom relacionamento com os estudantes), ou seja, “saber”, “saber fazer” e “saber ser” (classificação que corresponde à de Gilles Ferry), verificamos que a competência do orientador não se resume a um saber (conhecimentos científico), nem sequer a um saber fazer (conhecimentos metodológicos). É necessário um saber ser e estar (competências pessoais e relacionais) (Silva, 2004).

O papel do orientador clínico é constituído, então pela tríade de papéis: professor, enfermeiro e pessoa, desenvolvendo estes três papéis qualquer que seja o acto educativo (Carvalho, 2003).

Os conhecimentos científicos como uma das competências do orientador, reportam para a importância do orientador conhecer e dominar os conteúdos da sua área. Este não desenvolve a sua actividade baseado no senso-comum. Tem que se fundamentar em conhecimentos teóricos que guiem a sua prática e, conseqüentemente, o que ensina em ensino clínico (Carvalho, 2003).

O autor supracitado diz-nos também que umas das responsabilidades do orientador é a de mostrar comportamentos modelo ao estudante, demonstrando assim, competências e habilidades na prática dos cuidados de enfermagem, conseguindo fundamentar-se com conhecimentos científicos adquiridos através da teoria, não devendo, desta forma “ (...) esperar mais dos estudantes do que aquilo que eles próprios fazem como enfermeiros.” (Carvalho, 2003, p.52).

Collière (1989 in Carvalho, 2003), a respeito desta competência, refere que é importante que um orientador, de forma a manter esta competência, se mantenha em contacto com a realidade e actualizado na informação. Desta forma, os conhecimentos científicos que fundamentam a sua prática, manter-se-ão actualizados e válidos de forma a poder transmiti-los aos estudantes.

As competências relacionais de um orientador encontram-se relacionadas com o desenvolvimento intra e interpessoal. Tavares (1997 in Silva, 2004), no seu estudo, cita vários autores onde afirmam que normalmente um orientador com um elevado desenvolvimento pessoal tem melhor sucesso na sua acção como facilitador da aprendizagem.

A tomada de consciência do orientador, baseada numa perspectiva relacional, abre caminhos à aquisição de modalidades de pensar e agir dinamizadas por um desejo de crescimento e aperfeiçoamento contínuo e a base para comportamentos mais efectivos, mais autênticos, mais flexíveis à realização do papel do orientador (Carvalho, 2003).

Sendo o processo de orientação um processo de interacção entre estudante e orientador, esta capacidade e competência relacional do orientador perspectiva-se fundamental para o produto final, denomina do aprendizagem.

A competência metodológica ou pedagógica, refere-se, como já foi mencionado, a um saber-fazer, ou seja, a capacidade de executar, comunicar os conhecimentos, adaptando-os às capacidades dos estudantes (Silva, 2004).

O orientador deve, portanto, ser um bom decisor pedagógico e um agente de ensino com conhecimentos e aptidões para conceber e conduzir as actividades das aprendizagens. Os conhecimentos pedagógicos que o orientador clínico deve possuir e utilizar diz respeito ao funcionamento global do processo ensino/aprendizagem e aos passos específicos requeridos para o desenvolvimento de todo o processo (Carvalho, 2003).

Actualmente, a reflexão é o conceito mais utilizado por diversos investigadores e educadores, referindo-se, deste modo às novas tendências do papel assumido pelo orientador clínico, que Carvalho (2003, p.48) designa por dimensão professor.

Diversos autores, baseando-se nas teorias de Dewey, identificaram três tipos de atitudes necessárias ao desenvolvimento da dimensão professor do orientador clínico reflexivo (Carvalho, 2003):

- Mentalidade Aberta, que se caracteriza pela ausência de preconceitos, de parcialidades ou de qualquer hábito que limite a mente e impeça de se considerar novos problemas e de assumir novas ideias;
- Responsabilidade, sobretudo responsabilidade intelectual, que significa considerar as implicações de um passo projectado, assegurando, assim, a coerência do que defende;
- Entusiasmo, que se refere à predisposição para encara a actividade com curiosidade, energia, capacidade de renovação e de luta contra a rotina.

Ao orientador, cabe, assim, o papel de criar um bom ambiente em torno da relação com cada um dos seus estudantes de forma a acompanhá-lo, motivando-o e incentivando-o, dialogando, de modo a esclarecê-lo e encaminhá-lo com vista a atingir os objectivos pré-estabelecidos.

Deste modo, garante uma aprendizagem adequada significativa para cada estudante, de modo a fortalecer o seu desenvolvimento, compreendendo-o sempre nos seus diferentes estádios de desenvolvimento (Carvalho, 2003).

Para Ribeiro (1993 in Carvalho, 2003), o orientador clínico deverá ser possuidor de três características:

- Deve ser bem formado, manifestando atitudes adequadas no processo de ensino/aprendizagem, visto que atitudes e relações interpessoais constituem um elemento fundamental no ensino;
- Deve ser um bom decisor pedagógico com conhecimentos e aptidões para conceber e conduzir as actividades de aprendizagem do estudante de enfermagem;
- Deve estar a pronto a assumir um papel profissional, porque está ligado a uma instituição social e é membro de uma profissão – Enfermagem.

Esta última característica refere-se às implicações sociais de desempenho do seu papel: participação em actividades de desenvolvimento do ensino enquanto profissão e na melhoria do sistema educativo e profissional (Carvalho, 2003).

O orientador já não pode encaminhar os estudantes em determinada direcção ou dizer-lhes como fazer uma determinada tarefa. Deve sim, criar condições para que o estudante trabalhe os problemas colocados, em função do suporte teórico fornecido e dos meios disponibilizados, formulando as suas próprias hipóteses e testando-as devendo o orientador, sempre que necessário, dar sugestões e apoio, sem provocar ao estudante o medo de ser submetido a um julgamento do tipo certo ou errado. Para que este medo não se verifique, o orientador, mesmo em situações de insucesso, deve valorizar e reconhecer os esforços do estudante para encontrar a resposta às situações (Schweer, 1972 in Carvalho, 2003).

O orientador deve, por isso, utilizar o reforço positivo como forma de aumentar o incentivo ao

estudante. Utilizando como base a Psicologia, reforço é um estímulo que origina um aumento de uma resposta anterior, ou seja, de um dado comportamento, mantendo-o.

Longarito (1999, p.44), afirma que os orientadores, “ (...) deverão promover e incentivar o aluno (estudante) a traçar a sua trajectória formativa, num clima de aceitação e compreensão dos ritmos e dificuldades de aprendizagem, de respeito e abertura (...) ”.

Griffith e Bakanauskas (1983, p.106), citados por Carvalhal (2003, p.49), “ (...) perspectivam o orientador eficaz como aquele que cuja actuação é mais incentivadora da liberdade do estudante para aprender do que controladora das suas posições e atitudes face à aprendizagem (...) ”, ou seja, deve ser capaz de centrar a aprendizagem no estudante, proporcionando, assim o seu desenvolvimento.

Os mesmos autores supra citados afirmam que a principal função do orientador deverá ser centrar-se no estabelecimento de uma relação em que predomine um ambiente que eleve a uma aprendizagem auto-motivada, pessoalmente amadurecida e significativa.

“Esta ocorrerá com níveis afectivos e cognitivos mais elevados, quanto mais os comportamentos dos orientadores forem vistos pelos estudantes como abertos, clarificadores, estimulantes, aceitadores e facilitadores.” (Carvalhal, 2003, p.50).

O orientador, surge então como facilitador e incentivador da aprendizagem, de forma a atribuir um papel activo ao estudante no seu processo de aprendizagem. Esta competência surge de forma a motivar o estudante na busca de conhecimento e de se auto-responsabilizar pelo seu processo de aprendizagem, sendo motivação o estado interno dos indivíduos que conduz a um comportamento para atingir um objectivo. (Carvalhal, 2003)

Entende-se por Motivação o estado interno dos indivíduos que conduz a um comportamento para atingir um objectivo, estando relacionado com a energia necessária para o comportamento. (Carvalhal, 2003)

Em conclusão, para que o orientador possa, de facto, contribuir para uma aprendizagem de alto

nível, nos domínios relacional, técnico e ético, deve ser capaz de criar uma estrutura e um diálogo permanente com os estudantes no sentido de lhes dar a capacidade de análise e a utilização de estruturas mentais que conduzam à criação de paradigmas para uma melhor execução da prática de enfermagem. O orientador clínico de enfermagem deve ser também capaz de dominar e mobilizar a teoria e a prática no sentido de facilitar o raciocínio que fundamente a prática exercida. (Carvalho, 2003).

A acção do orientador clínico, apoiando-se na sua experiência, é fundamental no processo ensino/aprendizagem, dependendo os bons resultados da aprendizagem dos estudantes, em grande parte, da sua atitude didáctica e da harmonia da relação orientador/estudante, criando, assim, um ambiente facilitador de aprendizagem.

1.4.3. A Relação Estudante/Orientador em ECE

Ninguém aprende pelo outro, cada um tem que se aplicar para que, conjuntamente com o supervisor, atinja um dos principais objectivos – a autonomia (reflexiva). Apesar de ser da responsabilidade do supervisor encaminhar, guiar o aluno, a construção do seu conhecimento está nas suas mãos. (Sá-Chaves, 2001 in Belo, 2004, p.60)

A relação tradicional era caracterizada pela interacção complementar, baseada na diferença de posição dos interagentes. Era uma relação “pacífica” porque a atribuição de autoridade ao orientador com base no seu estatuto era aceite e assumida como natural pelos estudantes (Jesus, 1996 in Silva, 2004).

Actualmente, o papel do orientador não é visto numa perspectiva de um simples transmissor de um conhecimento, mas, como diz Estrela (1994 in Silva, 2004), o orientador deve incentivar a recriação – criação do saber. O seu papel deixa de ser essencialmente o de transmitir para se tornar o facilitador da aprendizagem e o estimulador do desenvolvimento cognitivo e sócio-afectivo dos estudantes. O saber e a experiência do estudante são valorizados, tendo, também, o estudante responsabilidades no seu processo de aprendizagem.

A relação que o estudante estabelece com o orientador é, portanto, de extrema importância.

Num estudo efectuado, Cottrel e Smith (2000 in Belo, 2004, p.51), revelam a importância desta relação, afirmando que a “ (...) supervisão clínica por vezes falha na prática, devido às relações interpessoais. Estas podem tornar a supervisão menos afectiva.” Abreu (2003), entrando em convergência, refere que o êxito do processo de orientação clínica em enfermagem depende da qualidade da relação entre estudante e orientador.

Pereira (1996, p.11), afirma que: “ (...) o cerne do sucesso da acção educativa centra-se nos efeitos da interacção da acção do educador (orientador) com os interesses e necessidades do educando (estudante) e na motivação destes para a realização dos mesmos.”.

Carvalho (2003, p.45), baseando-se em Rogers (1977), defende que a relação estudante/orientador deve ser “ (...) aberta, verdadeira, autêntica, consistente, empática, desenrolando-se numa verdadeira atmosfera de disponibilidade.”. O orientador e o estudante são indivíduos diferentes, com papéis distintos e, por isso, devem ambos empenharem-se na relação, para que ela funcione (Carvalho, 2003, p.45).

A mesma autora defende também que a aprendizagem pode ser facilitada se o orientador for a pessoa que realmente é e esteja consciente das atitudes que assume.

O orientador deve, também, aceitar o estudante tal como é, e compreender os sentimentos que manifestam, visto que “ (...) os estudantes ficam profundamente reconhecidos ao serem compreendidos, não avaliados nem julgados, o que motiva a criatividade e a abertura na relação.” (Carvalho, 2003, p.46).

Por sua vez, Griffith e Bakanauskas (1983 in Carvalho, 2003), defendem que o orientador deve encarar a sua relação com o estudante como uma relação de ajuda, comunicando aberta e honestamente numa base de confiança, apoiando, assim, os estudantes na partilha de sentimentos e pensamentos.

Pereira (1996), no seu estudo, conclui que factores, como a confiança são essenciais para o desenvolvimento do clima afectivo-relacional, de forma a criar condições favoráveis à aprendizagem do estudante.

A relação estudante/orientador, projectando um futuro profissional autónomo, depende da confiança mútua reflectida na compreensão, suporte e compromisso (Goldhammer et al., 1993 in Belo, 2004).

Para Carvalho (2003), esta base de confiança pode facilmente ser anulada, invalidando, assim, todo um trabalho pedagógico coerente com uma atitude facilitadora de aprendizagem, caso não seja utilizado um processo de avaliação adequado, ou pior ainda, injusto.

Alarcão e Tavares (1987, p.85 in Carvalho, 2003, p.50), a este respeito dizem-nos que:

(...) a avaliação pode colidir e colide, muitas vezes, com uma relação facilitadora e encorajante que se pretende estabelecer (...). Ela só poderá ser minimizada com a existência de uma relação interpessoal positiva e saudável.

A honestidade da avaliação é, portanto, um factor importante para a manutenção de uma relação de confiança, promovendo, assim, a aprendizagem e o crescimento do estudante (Carvalho, 2003).

Goldhammer et al. (1993 in Belo, 2004), nesta linha de pensamento, referem-nos que tem que haver uma boa relação entre estudante e orientador e uma confiança mútua reflectida na compreensão, suporte e compromisso.

Uma orientação partilhada onde existe um compromisso no que respeita a objectivos comuns e em que a colaboração de ambas as partes se integra de forma harmoniosa cria condições para que a prática clínica facilite o desenvolvimento e enriquecimento do aluno a nível pessoal e profissional. Para que isto aconteça é necessário que haja uma comunicação interpessoal eficaz, onde prevaleçam a verdade e o respeito mútuo. Só uma comunicação interpessoal de qualidade desencadeia e faz renascer relações interpessoais de qualidade. (Pereira, 1996, p.12).

Segundo Bernardo, a comunicação é:

(...) um processo, uma modalidade comportamental, de contexto percebido, entre dois ou mais organismos vivos que se influenciam reciprocamente, provocando uma mudança, fruto da informação recebida, percebida, assimilada e integrada ou rejeitada. Seja qual for a informação, seja qual for a respectiva densidade de impacto, há

sempre uma mudança nos seres intervenientes do processo (...) (Bernardo, 1988, p.45 in Belo, 2004, p.73).

Comunicar é essencial para o ser humano, é um processo que faz do Homem aquilo que ele é e permite que estabeleça a relação interpessoal, uma vertente fundamental em ensino clínico, induzindo assim, como nos refere o autor supra citado, a transformação nos intervenientes, provocadas pela informação que se troca.

No entanto, Belo (2004), diz-nos que há barreiras que dificultam ou impedem a comunicação. Estas barreiras podem ser exteriores aos intervenientes, como por exemplo: ruídos, diversidade de estímulos que perturbam a atenção, concentração, emissão e recepção. Outros são aspectos internos, intelectuais e afectivos, conscientes e inconscientes, tais como: os preconceitos, inibições ou pressões.

Etimologicamente, comunicar é “tornar comum”. Portanto, é passar do individual ao colectivo, sendo esta, basicamente, a condição de toda a vida social. A comunicação é essencial, não só do ponto de vista da socialização, mas também da formação do indivíduo, na medida em que este adquire consciência de si e do que o identifica como distinto dos outros, interiorizando comportamentos na troca de mensagens significativas (Belo, 2004). A mesma autora refere mesmo que é do saber ouvir e saber falar que resulta a aprendizagem e a intercomunhão.

Relativamente ao saber ouvir, ou escutar, Fachada (2000, p.197 in Belo, 2004, p.75), define-o como a relação entre os símbolos orais e a respectiva compreensão: “ (...) implica que prestemos atenção não só ao conteúdo da mensagem de cada uma das partes mas também aos sentimentos e emoções nelas implicadas, aos índices não verbais e ao contexto em que essa mensagem é proferida.”

Sabe-se, pela fisiologia, que a percepção de uma mensagem se desenrola com os primeiros estímulos (os sons emitidos), a serem recebidos pelos ouvidos e os outros estímulos (movimento do corpo, expressões faciais, gestos da mão e outras manifestações), a serem percebidos pelos diferentes sistemas sensoriais. Todos são registados, decifrados, comparados e interpretados mediante um esforço livre e consciente (Belo, 2004).

Existem formas de comunicação verbal e não-verbal e, tal como noutros contextos, também no ensino clínico é imprescindível estar atento à linguagem não verbal, pois frequentemente recebe-se e emite-se mensagens sem ser através da linguagem verbal, mas sim através de gestos posturais, silêncios, tom, de voz e expressões faciais, que podem transmitir muitas emoções e sentimentos.

Damos como exemplo o timbre e o volume da voz, que afectam a linguagem falada e permitem atribuir-lhe significados diferentes, ou a expressão facial do orientador que pode também ser uma condicionante à comunicação interpessoal.

Tavares (1996, p.65 in Belo, 2004, p.76) refere que “ (...) na relação nós comunicamos muito mais que através das palavras. Os não verbais assumem um papel de principal importância.”

Comunicar bem deverá ser uma característica fundamental do orientador, porque, como nos refere Garmston et al. (2002, p.21 in Belo, 2004, p.76) as pessoas exibem manifestações comportamentais, verbais e não verbais (...). Os supervisores deverão estar conscientes destas pistas nos outros, bem como nas suas próprias mensagens verbais e não verbais, de modo a promoverem interacções que se pautem por uma comunicação, uma confiança e uma aprendizagem crescentes.

É importante que, neste processo de comunicação, o orientador se baseie num fenómeno fundamental, denominado de retroacção, visto que no processo de comunicação é primordial observar a reacção daqueles a quem nos dirigimos. É através do feedback que o orientador verifica se os efeitos reais provocados por ele correspondem ou não àquilo que esperava e decide quais os processos de comunicação que, posteriormente, deve utilizar e adoptar, para obter o efeito esperado (Belo, 2004).

Ao comunicador, o orientador e o estudante devem fazê-lo com verdade e com autenticidade, para que assim seja entendido na linguagem verbal, gestual e, sobretudo, no face-a-face do rosto, em que essa mesma linguagem atinge a sua maior força de expressão. Assim, a relação estudante/orientador tornar-se-á verdadeiramente empática e autêntica, será interpessoal, estabelecendo o contacto a o nível da personalidade (Belo, 2004).

Uma comunicação partilhada, onde existe um compromisso com vista a atingir objectivos comuns – processo de aprendizagem, onde a colaboração de ambas as partes se integra de forma harmoniosa cria condições para que a prática clínica facilite o desenvolvimento cognitivo do estudante como futuro profissional. Para que isto aconteça é necessário que haja uma comunicação interpessoal eficaz, onde prevaleçam a verdade, confiança e respeito mútuo. Só uma comunicação interpessoal de qualidade desencadeia e faz renascer relações interpessoais de qualidade, facilitadoras do processo de aprendizagem (Pereira, 1996).

Assim, torna-se imperativo o desenvolvimento de comportamentos comunicacionais que desencadeiem relações com qualidade. A assertividade, segundo Pereira (1996), torna-se o comportamento mais desejável, pois permite a obtenção de relações interpessoais eficazes, tanto social como pessoalmente. Segundo o mesmo autor, a comunicação assertiva é uma forma aberta, madura e directa de comunicar. A assertividade requer que aceitemos as nossas responsabilidades e o nosso papel no processo de aprendizagem em ensino clínico.

Rakos (1991 in Pereira, 1999) considera que o comportamento assertivo, baseando na comunicação, é uma habilidade que permite procurar, manter ou aumentar o reforço dos nossos comportamentos em situações de perda de reforço ou em situações de conflito.

Durante a nossa pesquisa bibliográfica, dentro da temática “relação estudante/orientador”, como é o caso de Pereira (1996), Carvalhal (2003), Belo (2004), entre outros, apercebemo-nos muito rapidamente de a noção empatia ocupa nesta relação um lugar muito importante.

Para Rogers (1979, p.22 in Belo, 2004, p.78), a empatia:

(...) significa compreensão intuitiva (...) intuir, com precisão, os sentimentos e significados pessoais experimentados pelo cliente (estudante) e de comunicar-lhe essa compreensão. Esta compreensão intuitiva sem controlar o cliente (estudante), ajuda-o, a ter uma consciência mais clara e, daí, um maior controlo sobre o seu próprio mundo e comportamento.

Empatia significa a disponibilidade estável para uma efectiva e afectiva comunicação com os outros, compreendendo-os profundamente (Belo, 2004).

Na aplicação prática da empatia numa relação estabelecida entre estudante e orientador em ensino clínico de enfermagem, é essencial, primeiro, a compreensão objectiva daquilo que o outro tenta exprimir. Como vimos a referir, a comunicação não é fácil pelas diversas barreiras por nós já referidas anteriormente.

Os orientadores devem nortear sempre as suas atitudes, de modo a aceitarem o estudante sem condicionalismos e a promoverem a empatia, facilitando o desenvolvimento ou crescimento do estudante, ajudando-o a amadurecer, adaptar-se e aproveitar a sua experiência.

BELO (2004), diz-nos que a afectividade durante o período de formação é um factor de extrema importância que pode condicionar ou motivar os estudantes, pois este, para formar conhecimentos e construir-se como pessoa, fá-lo através de relações intra e interpessoais. A autora cita Sá-Chaves (2000, p.154) que afirma: “ (...) conscientes de que a acção dos outros pode ser factor de desenvolvimento, valorizámos a relação interpessoal.”.

Na relação estudante/orientador há que enumerar atitudes fundamentais de qualidade e densidade, tais como (Sá-Chaves, 2001 in Belo, 2004):

- A amizade, que implica capacidade de aceitação mútua (ultrapassando diferenças), partilha de conhecimentos. Dá segurança e coragem;
- Confiança recíproca, pedra angular da vivência da amizade;
- A fidelidade, mantendo a sintonia de projecto e consciência da lealdade;
- Diálogo entre estudante e orientador.

Por sua vez, Silva (2004), citando Bevis e Watson (1989), que se basearam em Murry e Merrield, desenvolveram críticas que pressupõem que a relação estudante/orientador fornecem estimulação intelectual a ambos os intervenientes, mantendo, assim, uma relação conducente à aprendizagem:

- Clima de comunicação;
- Envolvimento em actividades que desenvolvem as estruturas cognitivas e respostas afectivas positivas;
- Ambiente positivo conducente a actividades que promovem a aprendizagem;
- Ajuda ao desenvolvimento de formas pessoais significativas de conhecimento;
- Selecção conjunta de finalidades importantes e que não pode ser medidas comportamentalmente;
- Encorajamento e reflexão sobre a experiência de vida profissional;

Salgueiros (2001, p.237 in Belo, 2004, p.81),que realizou um estudo sobre as expectativas dos estudantes de enfermagem, revela conclusões como:

(...) no que respeita à necessidade de mudança do processo de formação, o que mais deverá mudar é a relação professor/aluno (orientador/estudante) ”, e ainda: “os aspectos negativos mais salientados, traduzem-se no distanciamento da relação professor/aluno.

Também D’espiney (1997, p.178 in BELO, 2004, p.81), com estudos realizados nesta área e com resultados semelhantes ao do estudo supra citado, revela-nos que:

(...) favorece nos orientadores o desenvolvimento de uma atitude de (...)” controle “(...) face aos alunos que, aliás, verbalizam (...)” “(...)estou sempre de pé atrás quando o professor (orientador) está ao pé de mim(...)”, “ (...) não podemos dizer o que pensamos, é preciso ter cuidado (...) ”, “ (...) o professor devia lá estar para ajudar não para vigiar.” Esta atitude dificulta o estabelecimento de uma relação de confiança (...).

Nesta citação, verificamos a importância do que temos vindo a referir neste capítulo, competências comunicacionais. Na relação estudante/orientador terá de haver confiança e frontalidade para se promover a satisfação dos estudantes, desenvolvendo-se, assim, ao seu

ritmo, pessoal e profissionalmente, assegurando cuidados de qualidade e um desenvolvimento de enfermagem como ciência.

Os estudantes revelam a necessidade de uma boa comunicação entre a relação que estabelecem com o seu orientador. Esta afirmação é comprovada por Carvalho (2003, p.121), que conclui, no seu estudo, que os estudantes de enfermagem valorizam, nos seus orientadores, “ (...) o desenvolvimento de um clima de diálogo, abertura e confiança, onde haja aceitação, compreensão e respeito.”.

Estas competências comunicacionais dos orientadores, influenciam os estudantes de enfermagem, promovendo a auto-confiança e auto-domínio, o desenvolvimento de pensamento crítico, a uma maior comunicabilidade e capacidade de ouvir os outros, a o entusiasmo e prazer na busca de novas ideias e uma melhor aproximação à resolução de problemas (Silva, 2000 in Belo, 2004).

Um bom clima afectivo-relacional favorece o não aparecimento de stress psicológico, que inibe o funcionamento cognitivo.

A certos níveis, o stress psicológico limita a cognição e as capacidades de tomada de decisões (...) os supervisores (orientadores) necessitam de compreensão e competências que os capacitem para delinear e conduzir interacções no âmbito da supervisão sob formas que minimizem esse stress (...) (Barmston et al, 2002:21 in Belo, 2004, p.82).

Pereira (1996, p.105), no seu estudo, conclui que, para o desenvolvimento do clima afectivo-relacional, os estudantes identificaram características como: “Confiança, à vontade, comunicação e empatia (...)”.

Como a orientação ganha considerável importância como um processo de interacção humana (relação estudante/orientador), esta deve ser realizada num clima afectivo-relacional, de forma a constituírem-se condições de trabalho que não ponham em causa o bom funcionamento do ensino clínico e o conseqüente cumprimento dos seus princípios e objectivos.

Trata-se de formar um enfermeiro que seja competente, com sólidos conhecimentos técnico-científicos e relacionais, com uma visão madura e crítica do conhecimento de enfermagem e uma capacidade e vontade de se actualizar continuamente (...), que tenha uma visão humanista, assuma um compromisso com os seus utentes e responsabilidades sócias (...), tenha capacidade de se relacionar com os seus utentes (...) respeitando as suas características sociais, culturais, religiosas, os seus sonhos e esperanças (...) (Belo, 2004, p.83).

Com o decorrer da investigação é necessário definir o termo arrogância, praticada em ensino clínico, o dicionário de língua portuguesa (2001, p.60), define arrogância como: “altivo; insolente; presumido.”.

Arrogância é o sentimento que caracteriza a falta de humildade. É comum conotar a pessoa que apresenta este sentimento como alguém que não deseja ouvir os outros, aprender algo de que não saiba ou sentir-se ao mesmo nível do seu próximo. São sinónimos, o orgulho excessivo, a soberba, a altivez, o excesso de vaidade pelo próprio saber ou o sucesso (<http://pt.wikipedia.org/wiki/Arrog%C3%A2ncia>).

II – FASE METODOLOGICA

Num trabalho de investigação, a metodologia é um dos aspectos primários a ter em conta, uma vez que fornece ao investigador a estratégia que definirá todo o processo de pesquisa. Assim sendo, todo o trabalho de investigação, deve obedecer a critérios de rigor e sistematização precisos. Segundo Fortin (2003, p.17),

A investigação científica é em primeiro lugar, um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação. Este processo comporta certas características inegáveis, entre outras: ele é sistemático e rigoroso e leva à aquisição de novos conhecimentos.

É pretendido, com esta fase, a descrição sistematizada e bem definida dos meios utilizados assim como todas as etapas percorridas ao longo do desenvolvimento desta investigação científica, orientando-a para uma maior validade e fidelidade do resultado.

Segundo Quivy (1998, p.74): “cada investigação é uma experiência única, que utiliza caminhos próprios, cuja escolha está ligada a numerosos critérios como sejam: a interrogação de partida, a formação do investigador, os meios de que dispõe o contexto institucional em que se inscreve o trabalho.”

2.1 – Justificação do Tema

A licenciatura em Enfermagem é um dos cursos que requer uma parte teórica e uma parte prática. Uma grande parte do plano curricular é vivenciado em ensinamentos clínicos, em que os estudantes têm diversos orientadores com personalidades e características próprias e que se traduz na orientação dos estudantes.

Torna-se essencial falar num assunto tão delicado uma vez que o dia-a-dia dos estudantes de enfermagem em ensino clínico é mediado por uma relação estudante/orientador.

Neste contexto surge o tema da investigação **“Opinião dos estudantes sobre a relação estudante/orientador na prática clínica”**.

2.2 – Princípios Éticos

Para Fortin (2003), “todas as investigações efectuadas junto de seres humanos colocam questões morais e éticas”.

De acordo com Fortin ao longo da investigação serão aplicados princípios éticos, tais como: direito à auto-determinação, direito à intimidade, direito ao anonimato e confidencialidade, direito à protecção, contra o desconforto e prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo.

- **Direito à auto-determinação**, este direito refere-se ao princípio ético do respeito pelas pessoas, sendo estes capazes de tornarem decisões próprias e tomarem conta do seu destino. Aquando ao pedido do preenchimento do questionário, foi-lhes indicado o tema, os objectivos e a importância da sua participação para o êxito do mesmo, deixando bem claro que as pessoas eram livres de decidir se queriam participar ou se recusavam a participação no mesmo.
- **Direito à intimidade**, faz alusão à liberdade da pessoa decidir, a quantidade de informação a ceder ao participar numa investigação e determinar em que medida aceita partilhar informações íntimas e privadas. Os estudantes tiveram a liberdade de referirem quanta e qual a informação a cederem.
- **Direito ao anonimato e confidencialidade**, todos os resultados obtidos, tem de ser apresentados de forma, a que nenhum participante da investigação possa ser reconhecido nem pelo investigador nem pelo leitor do relatório de investigação. Ao longo desta investigação os resultados foram apresentados de maneira a que nenhum participante tenha a possibilidade de ser identificado.
- **Direito à protecção, contra o desconforto e prejuízo**, este direito diz respeito às regras de protecção da pessoa contra inconvenientes susceptíveis de lhe fazerem mal ou prejudicarem. Nesta investigação não foram previstos nenhum destes danos referidos anteriormente.

- **Direito a um tratamento justo e equitativo**, este direito diz respeito a toda a informação que deve ser dada aos participantes da investigação sendo estes: objectivos, duração e métodos da investigação sem que haja prejuízo para os participantes do estudo. Para a aplicação do instrumento de colheita de dados, foi elaborado um pedido de autorização de colheita de dados ao entrevistado, assumindo-se o compromisso de assegurar o anonimato e a confidencialidade das respostas.

2.3 – Desenho de Investigação

Segundo Fortin (2003, p.132) “O desenho da investigação é o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”

2.3.1 – Meio

Fortin (2003, p.132) diz que, “ (...) os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tornam o nome de estudos em meio natura, o que significa que eles se efectuem em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios. O investigador define o meio onde o estudo será conduzido e justifica a sua escolha.”

O estudo desenvolveu-se na Universidade Fernando Pessoa - Porto, aos estudantes do 4ºano da Licenciatura de Enfermagem.

2.3.2 – Tipo de Estudo

Visando a problemática em estudo, que foi proposta estudar - Conhecer a opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação estudante/orientador na prática clínica – o tipo de estudo seleccionado é do tipo exploratório-descritivo, uma vez que, tem como objectivo explorar e descrever conceitos, opiniões, fenómenos e características de uma população bem como identificar as suas relações.

Segundo Fortin (2003, p. 133): “O tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação e visa descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade”

Assim neste estudo, os participantes tiveram já uma vasta experiência na relação com orientadores em ensino clínico e pretende-se então explorar e descrever essas experiências e conhecimentos adquiridos.

Este estudo é seguido numa abordagem quantitativa, visto que, pretende-se analisar quantidades e fenómenos ou dados obtidos, esses dados irão ser demonstrados em gráficos ou quadros conforme a sua pertinência.

Segundo Fortin (2003, p.22): “ (...) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação de conhecimentos, oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de prever e de controlar os acontecimentos”.

2.3.3 – População e Amostra

No planeamento de um trabalho de investigação torna-se necessário definir de forma concisa a população a ser estudada, isto é, a população alvo.

Fortin (2003, p.202) define população como sendo:

(...) uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns definidas por um conjunto de critérios. O elemento é a unidade de base da população junto da qual a informação é recolhida; se bem que o elemento seja muitas vezes uma pessoa, ele pode ser também uma família, um grupo, um comportamento, uma organização, etc.

Fortin (2003, p.202) considera ainda que:

(...) a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de selecção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações; a população acessível, que deve ser

representativa da população alvo, é constituída pela porção da população alvo que é acessível ao investigador; a população alvo raramente é acessível na sua totalidade ao investigador, podendo ser limitada a uma região, uma cidade, um hospital (...)

A população alvo utilizada neste projecto de investigação, são os estudantes do 4º ano do CLE, da Universidade Fernando Pessoa – Porto, correspondendo a oitenta e um estudantes.

De acordo com Fortin (2003, p.202), “O plano de amostragem serve para descrever a estratégia a utilizar para seleccionar a amostra (...)”

A amostra é constituída por 50 estudantes do 4ºano da Licenciatura de Enfermagem, da Universidade Fernando Pessoa – Porto, que estiveram presentes no dia 31/05/2010, em seminários a realizar durante esse dia na faculdade, sendo o método de amostragem utilizado a amostragem não probabilística acidental.

Segundo Fortin, (2003, p.208), “ A amostra acidental é formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local determinado, num momento preciso, como, por exemplo as pessoas hospitalizadas.”

2.3.4 – Variáveis em estudo

Fortin (2003,p.36) descreve variáveis como: “qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou situações que são estudadas numa investigação (...) que pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças”.

As variáveis presentes neste estudo são classificadas como variáveis independentes, dependentes e de atributo.

Fortin (2003, p.37) define variável independente como: “a que o investigador manipula (...) para medir o seu efeito na variável dependente ”.

Fortin (2003, p.37), define variável dependente como: “é a que sofre o efeito esperado da variável independente, é o comportamento, a resposta, ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente”.

Assim a variável dependente do estudo é: “Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação estudante/orientador na prática clínica.”

Fortin (2003, p.38) define variáveis atributo como: “(...) as características dos sujeitos num estudo. Estas geralmente são variáveis demográficas: idade, escolaridade, sexo, estado civil, rendimento, etnia, etc.”

- Idade;
- Género;
- Outra licenciatura e a sua área;
- Trabalhador/Estudante.

2.4 – Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados é fundamental para a boa obtenção dos resultados com vista, a atingir os objectivos propostos. Assim e segundo Fortin (2003, p.41):

A colheita de dados efectua-se segundo um plano pré-estabelecido. É a colheita sistemática de informações junto dos participantes, com a ajuda dos instrumentos de medida escolhidos. Nesta etapa, deve-se precisar a forma como se desenrola a colheita de dados bem como as etapas preliminares que conduziram à obtenção das autorizações requeridas para efectuar o estudo no estabelecimento escolhido, se for o caso disso.

Para a obtenção de dados de uma forma científica é necessário proceder à elaboração de um instrumento de colheita de dados que neste caso, foi um questionário devidamente estruturado e adaptado à realidade destes estudantes.

No que diz respeito ao instrumento de colheita de dados, Fortin (2003, p.240) refere que: “Antes de empreender uma colheita de dados, o investigador deve perguntar-se se a informação que quer colher com a ajuda de um instrumento de medida em particular é exactamente a que tenha necessidade para responder aos objectivos da sua investigação”

De forma a adequar o instrumento de colheita de dados com a população em estudo optou-se por aplicar um questionário estruturado. Fortin (2003, p.250), refere que: “Um questionário (...) é um instrumento de medida que traduz os objectivos de um estudo com variáveis mensuráveis. Ajuda a organizar, a normalizar e controlar os dados, de tal forma que as informações procuradas possam ser colhidas de uma maneira rigorosa.”

Os questionários devem ser adaptados às características a serem estudadas e estruturados de forma a possibilitar uma fácil obtenção de dados, por este motivo foram realizadas várias questões de escolha múltipla e resposta curta, segundo Fortin (2003, p.250), os questionários “(...) podem conter questões fechadas em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis; podem conter questões abertas que pedem respostas escritas por parte dos sujeitos.”

2.4.1 – Pré-Teste

O pré-teste, segundo Fortin, (2003, p.253),

(...) consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada (...) a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas. (...) permite corrigir ou modificar o questionário, resolver problemas imprevistos e verificar a redacção e ordem das questões.

Deste modo, o pré-teste foi realizado na Universidade Fernando Pessoa – Porto, em 5 estudantes que não incluíram a amostra. O seu objectivo foi avaliar a eficácia e pertinência do questionário.

De forma a serem salvaguardados os aspectos éticos, os estudantes participaram de forma consentida na investigação, sendo respeitados os aspectos éticos inerentes.

2.5 - Tratamento dos dados

Após colheita dos dados através do questionário aplicado, tornou-se importante realizar o tratamento estatístico dos dados. Para a organização dos dados obtidos foi utilizado o software específico para a investigação, nomeadamente o Microsoft Excel 2007, para ambiente Windows.

Todos os resultados obtidos foram transformados em gráficos e quadros com a respectiva descrição.

As questões abertas, foram organizadas de acordo com as respostas dadas e tratadas quantitativamente.

Nas questões sete, oito, nove ponto um, dez, onze e doze, no seu tratamento não se utilizou o tamanho da amostra mas o número de respostas dadas pelos inquiridos.

III – FASE EMPÍRICA

3.1- Apresentação, Interpretação e Discussão dos Resultados

Este trabalho de investigação tem como fim dar a conhecer a opinião dos estudantes acerca da relação existente na prática clínica entre estudante/orientador.

Mediante a metodologia utilizada, foi elaborado um questionário com o intuito de atingir os objectivos propostos.

Após, a aplicação do questionário, efectuou-se a análise dos dados convertendo-os em gráficos e quadros com as devidas percentagens.

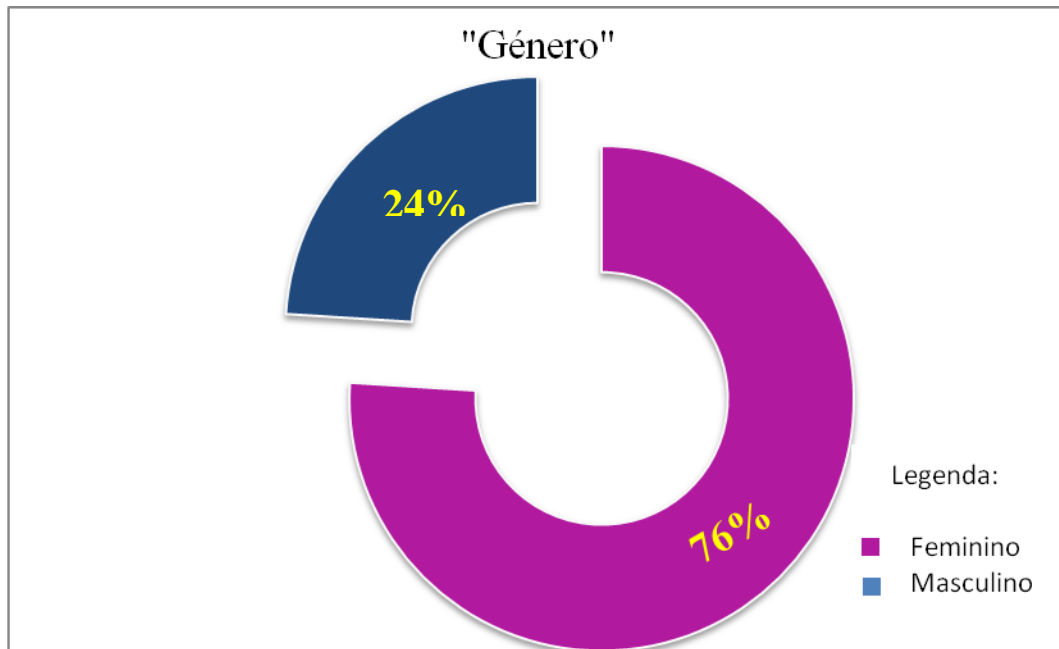
Segundo Fortin (1999, p.42) “A análise dos dados permite produzir resultados que podem ser interpretados pelo investigador. Os dados são analisados em função do objecto de estudo segundo se trata de explorar ou descrever os fenómenos, ou de verificar relações entre variáveis.”

Todos os gráficos e quadros abaixo apresentados, obedecem à ordem do questionário que se encontra em anexo (anexo II).

Numa primeira fase é efectuada a caracterização da amostra e posteriormente é apresentada a opinião dos estudantes acerca da relação estudante/orientador na prática clínica, em conjunto com esta apresentação é feita a discussão dos resultados e confrontações com os diversos autores com o intuito de verificar e reflectir se os resultados obtidos vão de encontro à bibliografia apresentada.

3.1.1. Caracterização social da amostra

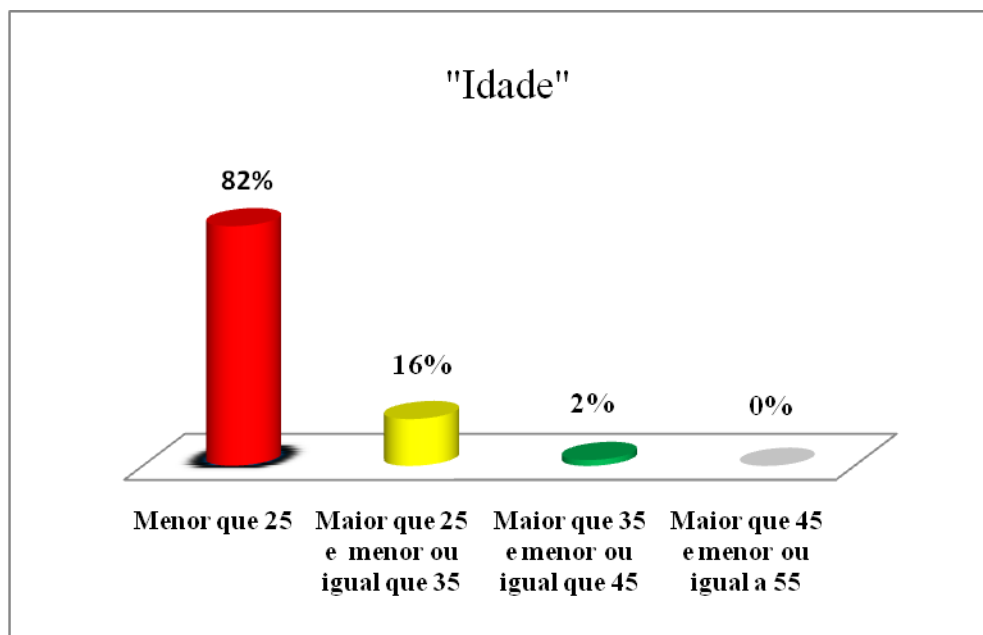
Gráfico 1 – Caracterização do Género



No gráfico 1, verifica-se que, 76 % dos estudantes são do género feminino e 24% do género “masculino”.

Podemos concluir que a frequência do curso é predominantemente feminina.

Gráfico 2 – Representação gráfica da Idade dos Inquiridos.

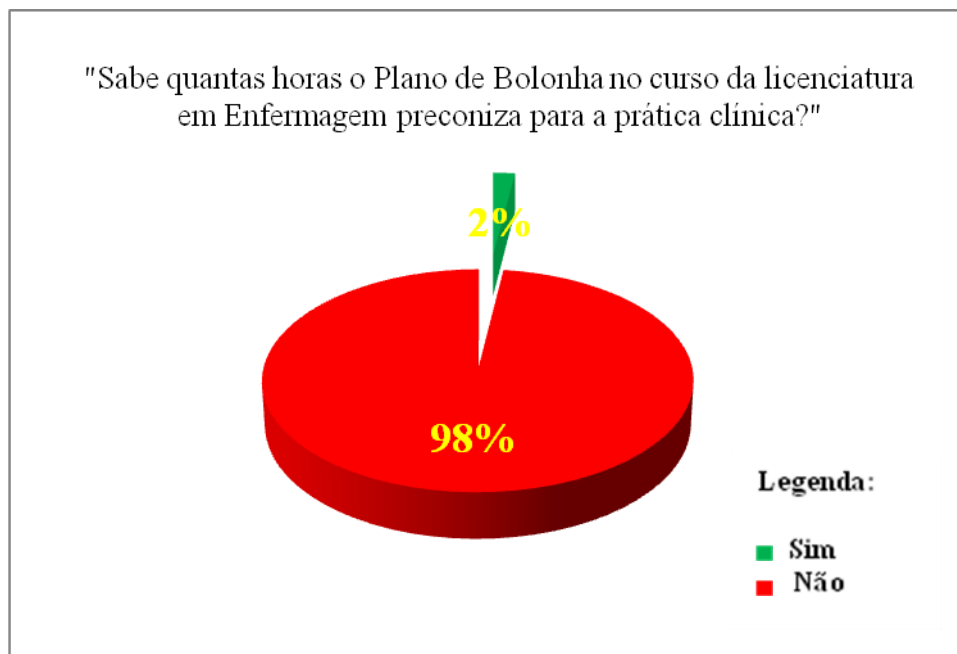


No que se refere à faixa etária, a amostra encontra-se majoritariamente com idades inferiores aos vinte e cinco anos (82%). Seguido dos estudantes com idades compreendidas entre os vinte e cinco e trinta e cinco anos, correspondendo a 16% da amostra. Por último, os estudantes com idades compreendidas entre os trinta e cinco e quarenta e cinco anos ocupam uma percentagem de 2%.

Na questão “ Possui outra Licenciatura?”, 98% da amostra referiu não possuir outra licenciatura e apenas 2 % da amostra (um estudante), referiu possuir uma licenciatura em ciências da tecnologia.

3.1.2. Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação estudante/orientador na prática clínica.

Gráfico 3 – Plano de Bolonha



Quadro 1- Número de respostas atribuídas à pergunta 1.1.

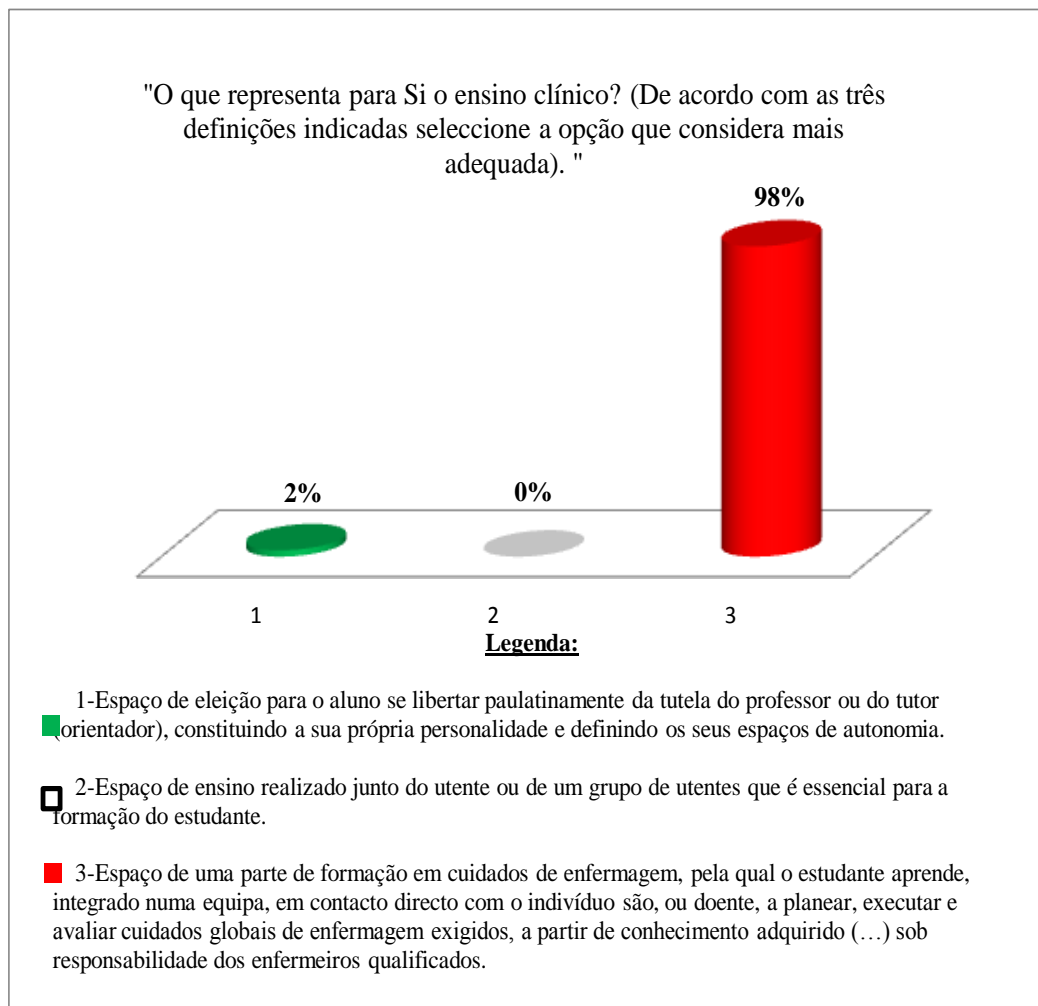
“Quantas?”	Frequência absoluta	Frequência relativa
Não respondidas	49	98%
Respondidas	1	2%
Total	50	100%

Relativamente à questão “Sabe quantas horas o Plano de Bolonha no Curso da Licenciatura em Enfermagem preconiza para a prática clínica?”, 98% dos estudantes assinalaram “não”.

Quando se pergunta “Quantas horas?”, como já foi referido anteriormente apenas 2% dos estudantes, respondeu à questão, indicando 2000 horas, o que contraria o relatório de

concretização dos objectivos de Bolonha na UFP, que menciona que o número obrigatório de horas a cumprir são: 2557 horas.

Gráfico 4 – Definição de ensino clínico.



Relativamente à questão “**O que representa para si o ensino clínico? (De acordo com as três definições indicadas seleccione a opção que considera mais adequada)**”, 98% dos estudantes seleccionam a terceira opção “Espaço de uma parte de formação em cuidados de enfermagem, pela qual o estudante aprende, integrado numa equipa, em contacto directo com o indivíduo são, ou doente, a planear, executar e avaliar cuidados globais de enfermagem

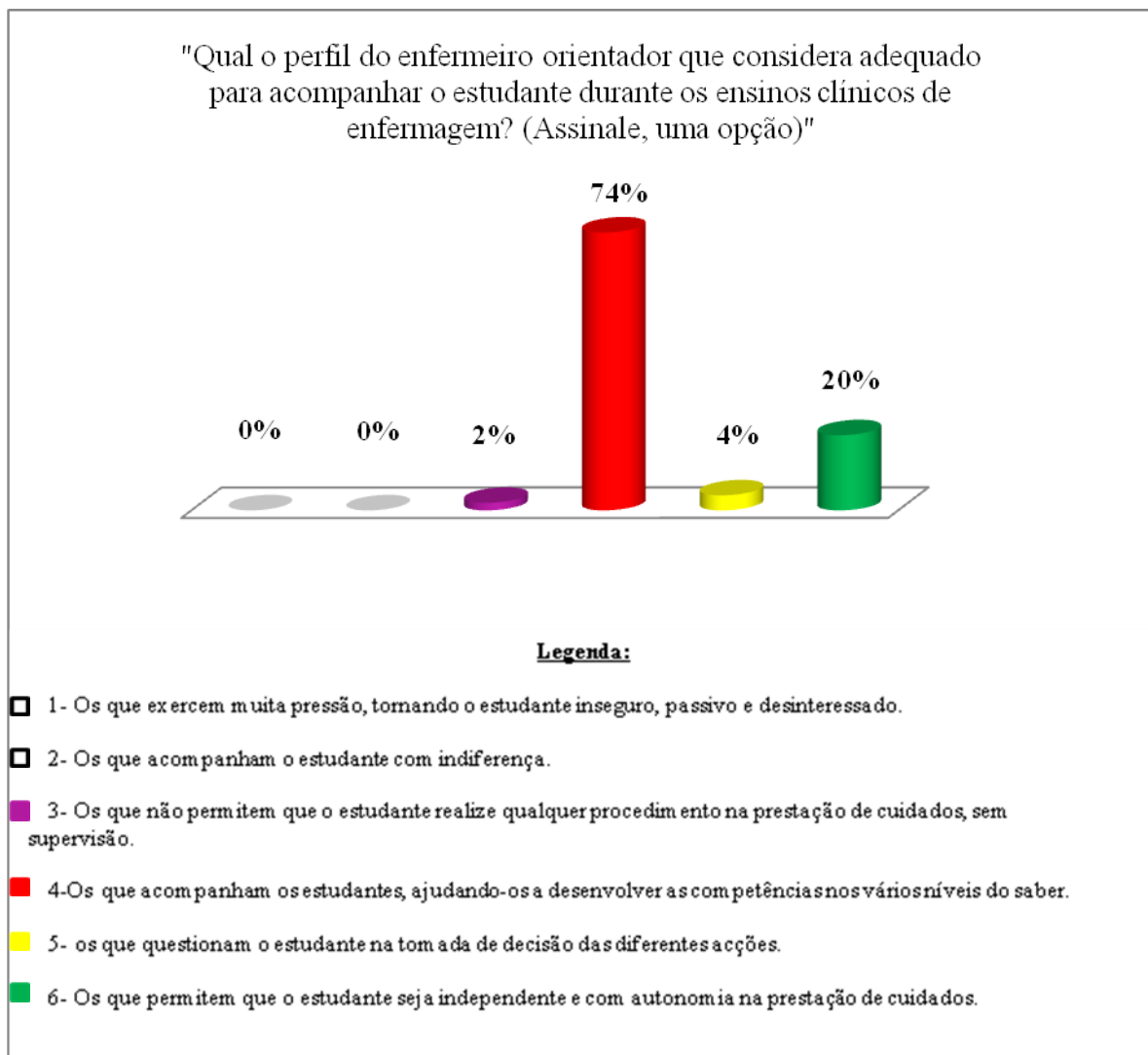
exigidos, a partir de conhecimento adquirido.”. E 2% dos estudantes seleccionam a primeira opção “ Espaço de eleição para o aluno se libertar paulatinamente da tutela do professor ou do tutor/orientador, constituindo a sua própria personalidade e definindo os seus espaços de autonomia.”.

As respostas vão de encontro ao que refere o autor Longarito (1999) e a directiva comunitária (77/453/ CEE – transporta para o direito Português após o tratado de adesão, pelo decreto de lei nº 320/89 de 27 de Agosto.

O primeiro autor define ensino clínico como: “ (...) a planear, executar e avaliar cuidados globais de enfermagem exigidos, a partir de conhecimentos adquiridos (...) sob a responsabilidade dos enfermeiros qualificados.” (Longarito, 1999, p.20).

A directiva comunitária que regulamenta a formação para enfermeiros define ensino clínico como sendo uma parte de formação em cuidados de enfermagem, pela qual o estudante aprende, integrado numa equipa, em contacto directo com o indivíduo são ou doente.

Gráfico 5 – Perfil do enfermeiro orientador.



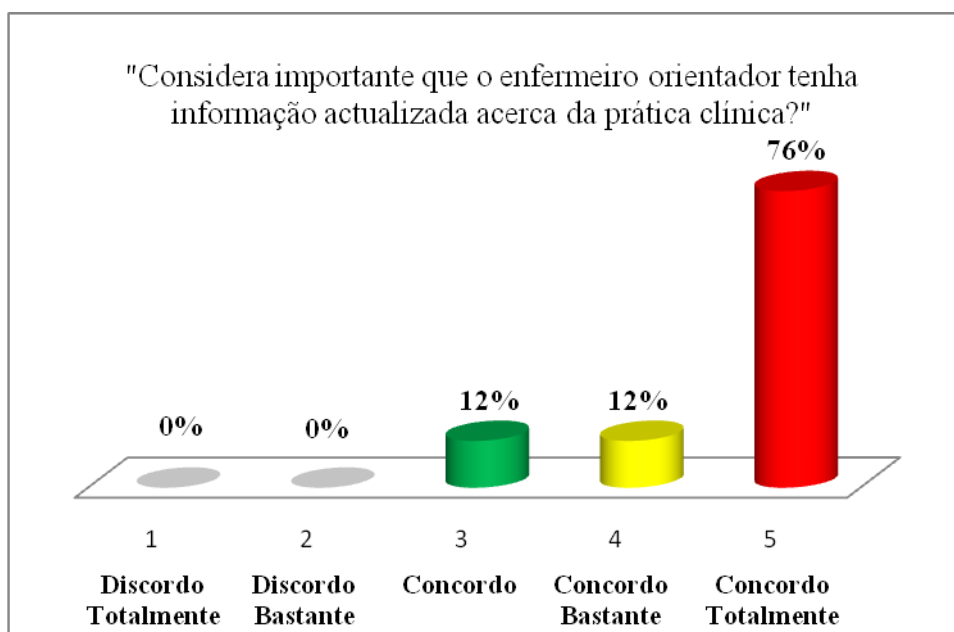
Quanto à questão “Qual o perfil do enfermeiro orientador que considera adequado para acompanhar o estudante durante os ensinamentos clínicos de enfermagem?”, 74% dos estudantes seleccionam a seguinte opção “os que acompanham os estudantes, ajudando-os a desenvolver as competências nos vários níveis do saber.”, 20% seleccionam a opção “Os que permitem que o estudante seja independente e com autonomia na prestação dos cuidados” e 4% dos estudantes seleccionam a opção “Os que questionam o estudante na tomada de decisão das diferentes acções.”.

Segundo Soeiro (1992, p.27), citado por Carvalhal (2003) “ Os que acompanham os estudantes, que para além da sua intervenção directa, ajudam-nos a crescer e inspiram o projecto pessoal da existência.”, esta afirmação vai de encontro à opção seleccionada maioritariamente (74%), pelos estudantes.

No entanto Jesus (1996 in Silva, 2004), que citando Combs, Blume, Newman e Wass, refere que não há um perfil único de orientador, mas sim o orientador tem que adaptar o estilo de orientação às necessidades reais do estudante que orienta.

As seguintes opções: “ Os que exercem muita pressão, tornando o estudante inseguro, passivo e desinteressado.” e “ Os que acompanha o estudante com indiferença.” Não foram seleccionadas por nenhum estudante.

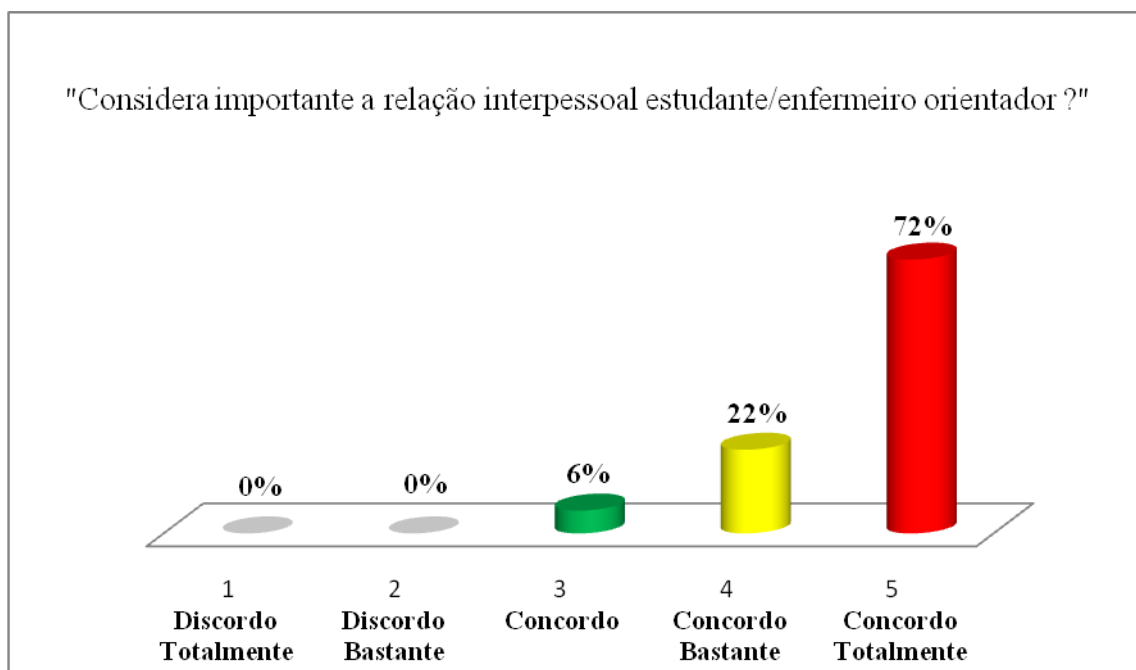
Gráfico 6 – Conhecimentos do orientador.



Relativamente à pergunta “Considera importante que o enfermeiro orientador tenha informação actualizada acerca da prática clínica?”, 76% dos estudantes responderam concordo totalmente, 12% dos estudantes respondem concordo bastante e concordo respectivamente.

Estes resultados vão de encontro ao que refere Collière (1989 in Carvalhal, 2003), é importante que um orientador, se mantenha em contacto com a realidade e actualizado na informação. Desta forma, os conhecimentos científicos que fundamentam a prática, manter-se-ão actualizados e válidos de forma a poder transmitir aos estudantes.

Gráfico 7 – Relação interpessoal estudante/orientador.



Quanto à questão “**Considera importante a relação interpessoal estudante/enfermeiro orientador?**” 72% dos estudantes respondem “concordo totalmente”, 22% “concordo bastante” e 6% “concordo”.

Os resultados vão de encontro aos seguintes autores: Cottrel e Smith (2000 in Belo, 2004, p.51), que refere que “supervisão clínica por vezes falha na prática, devido às relações interpessoais. Estas podem tornar a supervisão menos afectiva.”. Abreu (2003), possui a mesma opinião referindo que o êxito do processo de orientação clínica em enfermagem depende da qualidade da relação entre estudante/orientador.

Quadro 2 – Porque considera importante a relação interpessoal estudante/orientador.

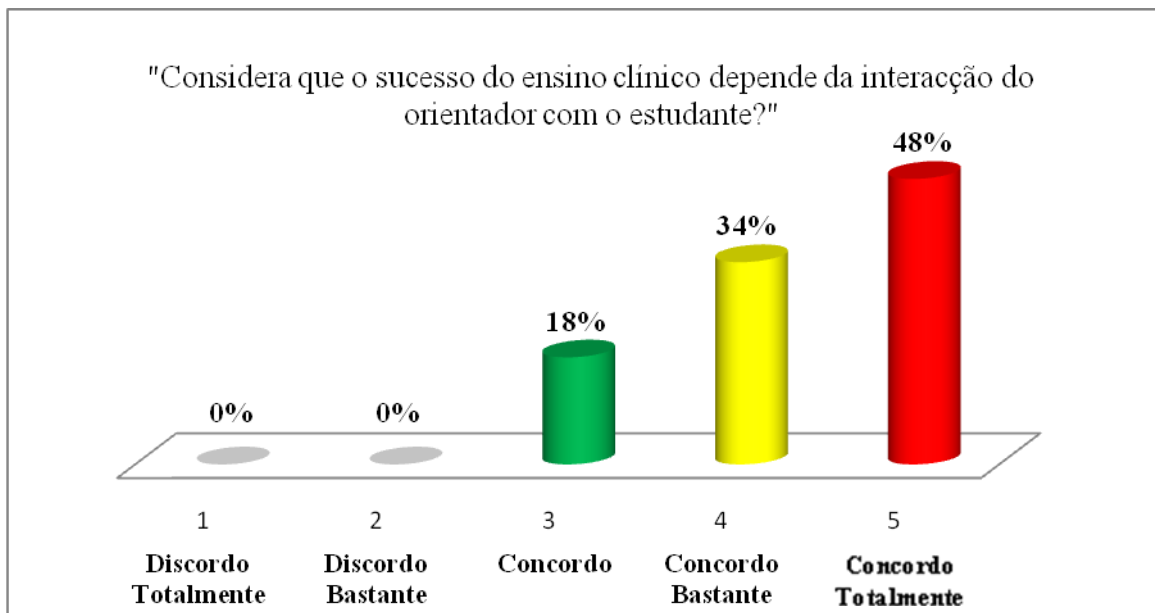
Nº de respostas	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não respondidas	6	12%
Respondidas	44	88%
Total	50	100%
“ Porquê?”		
Interacção	14	23.7%
Adaptação	11	18.6%
Desenvolvimento de competências	11	18.6%
Confiança	10	17%
Empatia	5	8.5%
Pressão	4	6.8%
Percepção das dificuldades do estudante	4	6.8%
Nota: É de salientar que o nº total de respostas não corresponde ao nº da amostra atendendo que cada pessoa deu mais que uma resposta.		

Na questão “ **Porquê?**”, que os estudantes consideram a relação interpessoal estudante/orientador importante obtiveram-se as seguintes respostas: “interacção” com 23.7%, seguida de “adaptação” e “competências” com 18.6% respectivamente, “confiança” com 17%, “empatia” com 8.5% e por último “pressão” e “percepção das dificuldades do estudante” com (6.8%) respectivamente.

A resposta “interacção” foi a mais indicada na relação interpessoal estudante/orientador, no entanto, uma grande parte dos autores defende como factor mais importante a confiança.

Griffith e Bakanauskas (1983 in Carvalho, 2003), Goldhammer et al (1993) (in Belo, 2004) e Pereira (1996), referem que a base principal da relação estudante/orientador é a confiança, que possibilita uma condição favorável à aprendizagem. Carvalho (2003) refere ainda que sem confiança esta relação não é facilitadora de aprendizagem.

Gráfico 8 – Sucesso do ensino clínico.

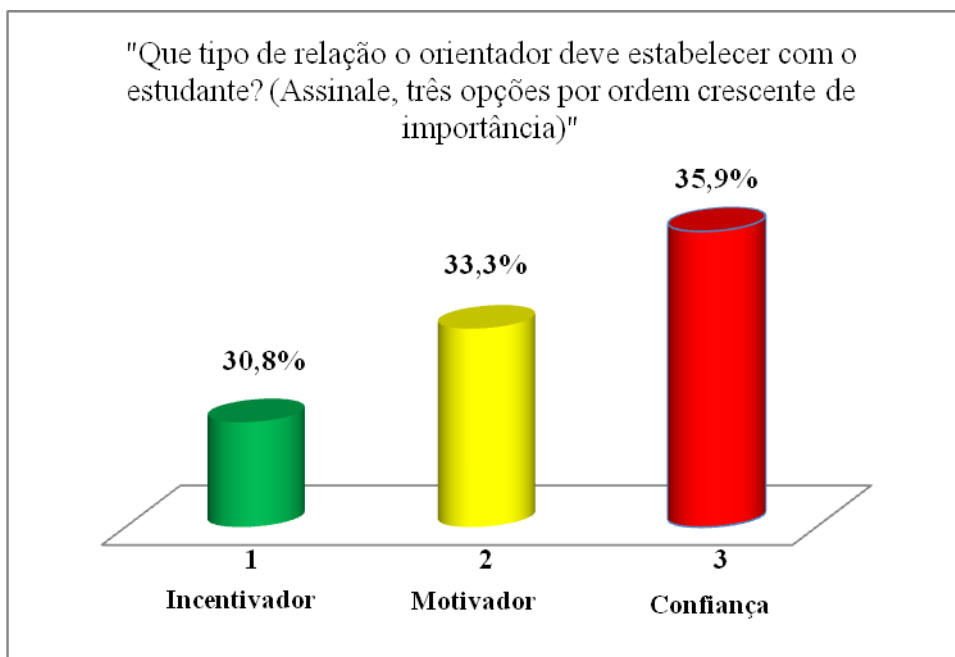


Na questão **“Considera que o sucesso do ensino clínico depende da interacção do orientador com o estudante?”** 48% dos estudantes assinalam “concordo totalmente”; 34% “concordo bastante” e 18% “concordo”.

Estes resultados vão de encontro ao que refere Pereira:

Uma orientação partilhada onde existe um compromisso no que respeita a objectivos comuns e em que a colaboração de ambas as partes se integra de forma harmoniosa cria condições para que a prática clínica facilite o desenvolvimento e enriquecimento do aluno a nível pessoal e profissional. Para que isto aconteça é necessário que haja uma comunicação interpessoal eficaz, onde prevaleçam a verdade e o respeito mútuo. Só uma comunicação interpessoal de qualidade desencadeia e faz renascer relações interpessoais de qualidade. (Pereira, 1996, p.12).

Gráfico 9 – Tipo de relação.



Relativamente à questão **“Que tipo de relação o orientador deve estabelecer com o estudante? (Assinale, três opções por ordem crescente de importância) ”**, por ordem crescente de importância surge 35,9% a “confiança” como sendo a mais importante, seguida com 33,3% “motivador” e por último “incentivador” com 30,8%.

Como já foi referido anteriormente, a “confiança” surge novamente como factor muito importante na relação estudante/orientador.

A esta questão apenas responderam 92% dos estudantes.

Quadro 3 – Aspectos a corrigir na relação aluno/orientador.

“Indique três aspectos que considere fundamental corrigir na relação aluno/orientador?”	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Confiança	36	34.6%
Arrogância	21	20.2%
Autonomia	18	17.3%
Motivação	14	13.5%
Respeito	8	7.7%
Discussão da evolução do aluno	7	6.7%
Nota: É de salientar que o nº total de respostas não corresponde ao nº da amostra atendendo que cada pessoa deu mais que uma resposta.		

Os três aspectos mais indicados a corrigir são: “confiança” com 34,6% das respostas, “arrogância” com 20,2% e “autonomia” com 17,3%.

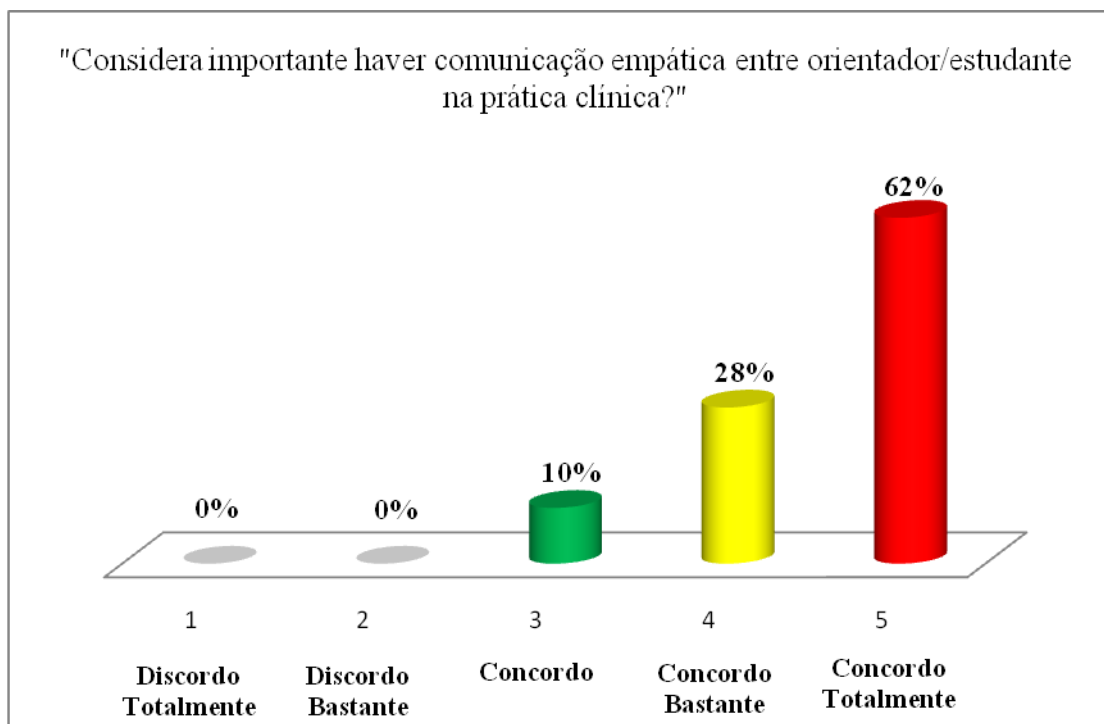
A relação estudante/orientador, projectando um futuro profissional autónomo, depende da confiança mútua reflectida na compreensão, suporte e compromisso (Goldhammer et al., 1993 in Belo, 2004).

Tal como define o dicionário de língua portuguesa (2001, p.60), arrogância encontra-se definida como: “altivo; insolente; presumido.”.

Ninguém aprende pelo outro, cada um tem que se aplicar para que, conjuntamente com o supervisor, atinja um dos principais objectivos – a autonomia (reflexiva). Apesar de ser da responsabilidade do supervisor encaminhar, guiar o aluno, a construção do seu conhecimento está nas suas mãos. (Sá-Chaves, 2001 in Belo, 2004, p.60)

À questão acima mencionada, apenas responderam 82% dos estudantes.

Gráfico 10 – Comunicação empática.



Na questão **“Considera importante haver comunicação empática entre orientador/estudante na prática clínica?”**, 62% dos estudantes assinalam **“concordo totalmente”**, 28% **“concordo bastante”** e 10% **“concordo”**.

Estes dados confirmam os ideais de Belo (2004), quando refere que, empatia significa a disponibilidade estável para uma efectiva e afectiva comunicação com os outros, compreendendo-os profundamente.

Também para Rogers (1979, p.22 in Belo, 2004, p.78), a empatia:

(...) significa compreensão intuitiva (...) intuir, com precisão, os sentimentos e significados pessoais experimentados pelo cliente (estudante) e de comunicar-lhe essa compreensão. Esta compreensão intuitiva sem controlar o cliente (estudante), ajuda-o, a ter uma consciência mais clara e, daí, um maior controlo sobre o seu próprio mundo e comportamento.

Podemos então concluir que a empatia na relação orientadora/estudante é fundamental para o

decorrer do ensino clínico com bons resultados.

Quadro 4 - Comunicação aluno/orientador.

Nº de Respostas	Frequência Absoluta	Frequência Relativa
Não respondidas	6	12%
Respondidas	44	88%
Total	50	100%
“Indique três aspectos que considere importantes na comunicação estudante/orientador?”		
Confiança	39	32.5%
Respeito	37	30.8%
Empatia	30	25%
Motivadora	14	11.7%
Nota: É de salientar que o nº total de respostas não corresponde ao nº da amostra atendendo que cada pessoa deu mais que uma resposta.		

Na questão **“Indique três aspectos que considere importantes na comunicação estudante /orientador?”**, indicam maioritariamente **“confiança”** (32.5%), **“respeito”** (30.8%) e **“empatia”** (25%).No entanto, 11,7% da amostra indica comunicação **“motivadora”**.

Estes resultados vão ao encontro do autor Sá Chaves (2001 in Belo, 2004) quando refere que na relação estudante/orientador existem atitudes fundamentais de qualidade e densidade, tais como:

- A amizade, que implica capacidade de aceitação mútua (ultrapassando diferenças), partilha de conhecimentos. Dá segurança e coragem;
- Confiança recíproca, pedra angular da vivência da amizade;
- A fidelidade, mantendo a sintonia de projecto e consciência da lealdade;

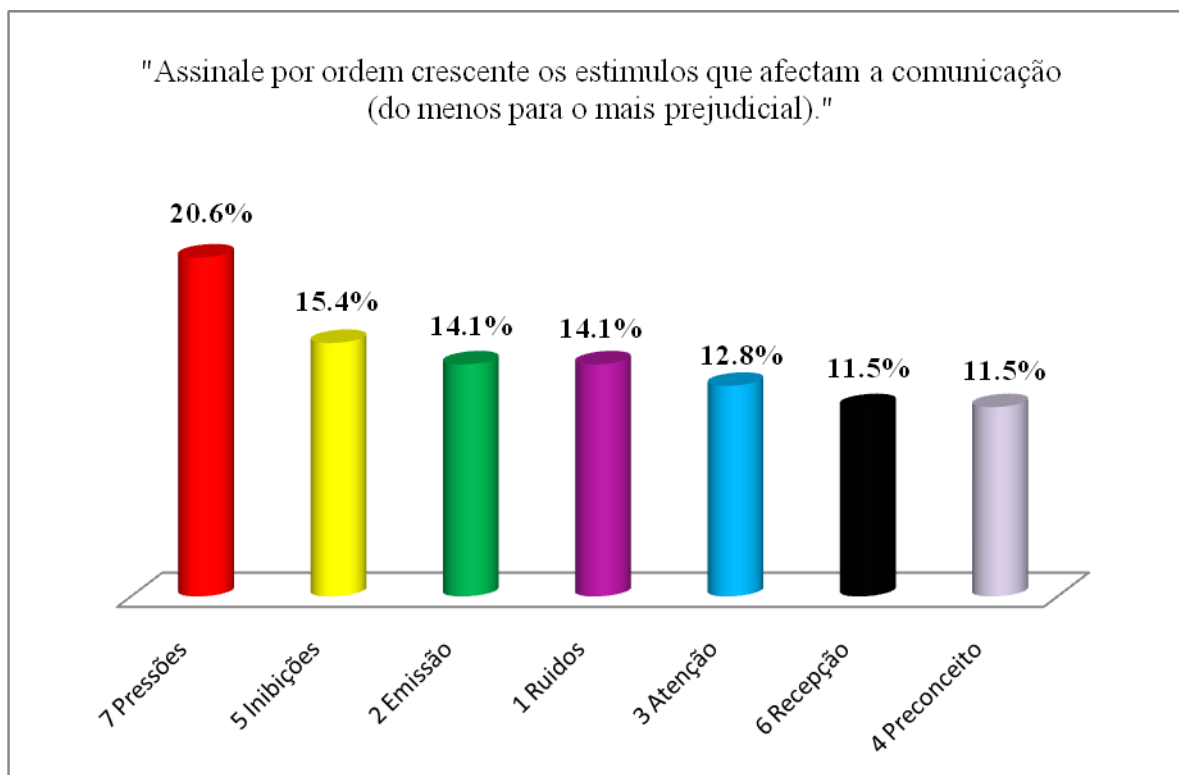
Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação estudante/orientador na prática clínica.

- Diálogo entre estudante e orientador.

Os estudantes enumeraram aspectos que vão de encontro aos autores acima mencionados.

A esta questão apenas 88% dos estudantes respondeu.

Gráfico 11 – Estímulos que afectam a comunicação.



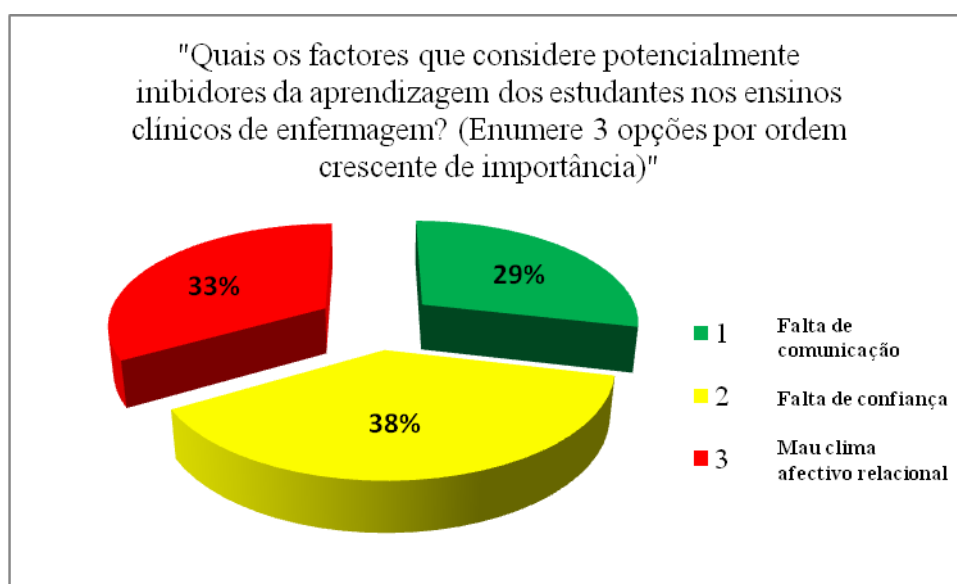
Relativamente à questão "Assinale por ordem crescente os estímulos que afectam a comunicação (do menos para o mais prejudicial).", os estudantes assinalaram como o estímulo mais prejudicial "pressões" (20.6%) e como o menos prejudicial os "ruídos"(14.1%).

Belo (2004) refere que existem barreiras que dificultam ou impedem a comunicação. Estas barreiras podem ser exteriores aos intervenientes, como por exemplo: ruídos, diversidade de estímulos que perturbam a atenção, concentração, emissão e recepção. Outros são aspectos internos, intelectuais e afectivos, conscientes e inconscientes, tais como: os preconceitos,

inibições ou pressões.

Todas as opções foram de encontro ao que foi mencionado anteriormente, no entanto os estudantes seleccionaram como o estímulo mais as “pressões” muitas das vezes induzidas pelos orientadores, dificultando o percurso de ensino clínico. Como o estímulo menos prejudicial, os estudantes seleccionaram os “ruídos”, que apesar de afectarem a comunicação, na prática de enfermagem os estudantes entendem que não é a mais prejudicial.

Gráfico 12 – Factores inibidores da aprendizagem em ensino clínico.



Na questão "**Quais os factores que considere potencialmente inibidores da aprendizagem dos estudantes nos ensinamentos clínicos de enfermagem? (Enumere 3 opções por ordem crescente de importância)** ", os três factores seleccionados pelos estudantes do menos inibidor, para o mais inibidor foram: “falta de comunicação” com 29%, “falta de confiança” com 38% e “mau clima afectivo relacional” com 33%.

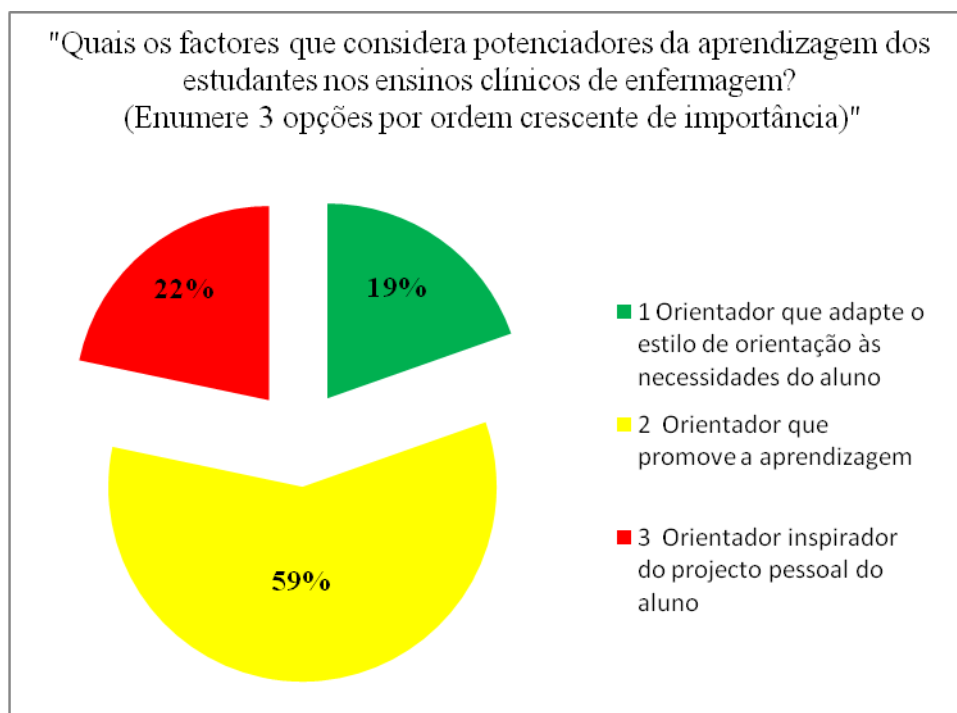
Apesar, do clima afectivo relacional ser referido como o mais importante (33%), a falta de confiança assinalada em segundo lugar (38%) das respostas demonstrando maior concordância.

Carvalho (2003, p.121), conclui, no seu estudo, que os estudantes de enfermagem valorizam, nos seus orientadores, “ (...) o desenvolvimento de um clima de diálogo, abertura e confiança, onde haja aceitação, compreensão e respeito.”.

Pereira (1996, p.105), no seu estudo, conclui que, para o desenvolvimento do clima afectivo-relacional, os estudantes identificaram características como: “Confiança, à vontade, comunicação e empatia (...)”.

À questão acima mencionada, apenas 78% respondeu.

Gráfico 13 – Factores potenciadores da aprendizagem em ensino clínico.



No que concerne à questão "Quais os factores que considera potenciadores da aprendizagem dos estudantes nos ensinamentos clínicos de enfermagem? (Enumere 3 opções por ordem crescente de importância) ", os três factores seleccionados pelos estudantes do menos potenciador, para o mais potenciador foram: “ o orientador que adapte o estilo de orientação às necessidades do aluno” com 19%, “orientador que promove a aprendizagem” com 59% e “orientador inspirador do projecto pessoal do aluno” com 22%.

O segundo item seleccionado, apesar de não aparecer como o mais potenciador, foi o item no qual, houve maior consenso por parte dos estudantes.

Como nos refere Soeiro (1992, p.27), citado por Carvalhal (2003), existem três tipos de orientadores entre os quais “Os que acompanham os estudantes que, para além, da sua intervenção directa, ajudam-nos a crescer e inspiram o projecto pessoal da existência (...)”.

Concordamos com Jesus (1996 in Silva, 2004) que, citando Combs, Blume, Newman e Wass, refere que não há um perfil único de um orientador, mas o mesmo deve alterar o seu estilo conforme as necessidades do estudante.

Para Ribeiro (1993 in Carvalhal, 2003), o orientador clínico deverá ser possuidor de três características:

- Deve ser bem formado, manifestando atitudes adequadas no processo de ensino/aprendizagem, visto que atitudes e relações interpessoais constituem um elemento fundamental no ensino;
- Deve ser um bom decisor pedagógico com conhecimentos e aptidões para conceber e conduzir as actividades de aprendizagem do estudante de enfermagem;
- Deve estar a pronto a assumir um papel profissional, porque está ligado a uma instituição social e é membro de uma profissão – Enfermagem.

À questão acima mencionada, apenas 78% respondeu.

V - CONCLUSÃO

Finalizando a investigação, é importante interpretar e reflectir acerca dos aspectos mais importantes obtidos no decorrer do estudo.

Um dos objectivos da conclusão é também responder às perguntas levantadas no início da investigação.

A grande motivação para abordar este tema foram, sem dúvida, os modelos de orientação que são aplicados no ensino clínico, e que contribuem para a qualidade do processo ensino aprendizagem.

Face ao exposto, a questão de investigação para este trabalho é “Qual a opinião dos estudantes do 4º ano da licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, sobre a relação estudante/orientador, na prática clínica?”

As relações interpessoais estabelecidas na prática clínica entre estudante/ orientador, podem ser facilitadoras ou inibidoras do processo de aprendizagem.

A comunicação também assume um papel fundamental para o estabelecimento de relações entre ambos os intervenientes.

Definidos estes aspectos fundamentais a investigar foram delimitados os objectivos da investigação.

Os objectivos definidos foram atingidos, visto que, o instrumento de recolha de dados foi elaborado com perguntas que vão de encontro aos aspectos fundamentais a investigar (relação, comunicação, empatia e aspectos inibidores e potenciadores da aprendizagem). E todas as respostas obtidas dos estudantes vão de encontro à bibliografia apresentada ao longo do trabalho de investigação.

O ensino clínico vai permitir consolidar e aplicar os conhecimentos teóricos.

Um dos resultados da investigação, foi o facto dos estudantes do 4º ano do CLE, não saberem o número de horas a que estavam sujeitos à prática clínica, visto ser, um local de consolidação da aprendizagem e um dos factores com ponderação na avaliação.

Uma das questões levantadas no questionário foi: “Que tipo de relação o orientador deve estabelecer com o estudante? Os estudantes responderam: “relação incentivadora”; “relação motivadora” e “relação de confiança”. A confiança é a base de uma relação sólida, permitindo deste modo bons resultados na prática e no crescimento individual.

Os estudantes quando questionados acerca dos aspectos a serem corrigidos na relação estudante/ orientador, as três principais respostas obtidas foram: “confiança”, “arrogância” e “autonomia”. A confiança, mais uma vez surge como um factor de grande importância na relação.

Estas duas questões referidas anteriormente, levaram à concretização do objectivo geral da investigação: Saber a opinião dos estudantes de enfermagem sobre a importância da relação que este estabelece com o orientador no processo de aprendizagem em ensino clínico.

A comunicação sem “respeito”, “confiança” e “empatia”, não é uma comunicação sólida resistente e produtiva, os estudantes referenciaram estes três aspectos como sendo os mais importantes na comunicação e referenciaram como estímulo mais prejudicial que afecta a comunicação as pressões. As pressões muitas das vezes induzidas pelo orientador, na prática clínica, são prejudiciais ao rendimento do estudante, inibindo-os nos procedimentos a efectuar. Deste modo atingimos o objectivo: Identificar a importância atribuída pelos estudantes de enfermagem à comunicação e à empatia na relação com o orientador em ensino clínico de enfermagem.

Um dos objectivos desta investigação, é identificar os factores potencialmente inibidores da aprendizagem, sendo o mais assinalado, “o mau clima afectivo relacional”, no entanto, o mais

indicado e o que demonstrou maior concordância entre os estudantes foi a “falta de confiança”, que mais uma vez surge como factor de grande relevância nos ensinamentos clínicos.

Fazendo referência ao objectivo: Identificar aspectos da relação que influenciam, como potenciais inibidores na aprendizagem dos estudantes em ensino clínico de enfermagem, foi questionado, quais os factores potenciadores da aprendizagem e os estudantes seleccionam, o “orientador inspirador do projecto pessoal do aluno”, como o mais importante, no entanto o item onde houve maior concordância entre os estudantes foi “orientador que promove a aprendizagem do aluno”.

É de salientar que os estudantes dão ênfase aos orientadores com informação actualizada acerca da prática clínica.

O projecto de investigação, foi de extrema importância, pois com a problemática identificada, surgiu a necessidade de aprofundar conhecimentos, com vista a atingir os objectivos de estudo e ir de encontro às preocupações pessoais.

As grandes dificuldades encontradas ao longo da realização deste trabalho foram sem dúvida, a gestão de tempo, devido às actividades lectivas realizadas durante o último ano.

Pensamos ser pertinente que os orientadores tenham formação em supervisão clínica porque tem reflexos na uniformização da orientação da prática clínica e que se vai traduzir no processo ensino aprendizagem dos estudantes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. C. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que Parcerias para a Excelência em Saúde?*. Coimbra, Formasau.

Alarcão, I.(et al).(1996). *Formação Reflexiva de Professores: Estratégias de Supervisão*. Porto, Porto Editora.

Albarello, L.(et al).(1997). *Práticas e Métodos de Investigação em Ciência Sociais*. Lisboa, Gradiva.

Bardin, L.(1979). *Análise de Conteúdo*. Lisboa, Edições 70.

Belo, A. P.(2004). *Supervisão em Ensino Clínico - Perspectiva do Aluno*. Aveiro, Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade de Aveiro.

Bogdan, R. e Biklen, S.(1994). *Investigação Qualitativa em Educação: Uma Introdução à Teoria e aos Métodos*. Porto, Porto Editora.

Carpenter, D. R. e Streubert, H. J.(2002). *Investigação Qualitativa em Enfermagem*. Loures, Luso Ciência.

Carvalho, R.(2003). *Parcerias na Formação: Papel dos Orientadores Clínicos – Perspectiva dos Actores*. Loures, Lusociência.

Carvalho, A. L. R. F.(1996). *Factores que Influenciam a Aprendizagem do Aluno de Enfermagem*. Porto, Dissertação de Mestrado apresentado ao ICBAS.

Decreto-Lei nº 291/00. “D.R. Série I-B” 1193 (00-12-19) 7392.

Ferreira, C. M. S.(2004). *A Técnica de Espelhamento na Aprendizagem Clínica dos*

Estudantes de Enfermagem. *Revista em Investigação em Enfermagem*, nº 9 (Fevereiro).

Fonseca, M. J.(2004). *Supervisão em Ensino Clínico – Perspectiva do Docente*. Aveiro, Dissertação de Mestrado apresentada a Universidade de Aveiro.

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fortin, M. F. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Franco, J. J. S.(2000). Orientação dos Alunos em Ensino Clínico de Enfermagem: Problemática Especificas e Perspectivas de Actuação. *Revista de Investigação em Enfermagem*, nº1 (Fevereiro), pp. 32-50.

Horta, W. (1977). Curso sobre Teorias de Enfermagem. *Revista Servir*, nº 104, vol.25.

Longarito, C. F. S.(1999). *O Ensino Clínico: Dificuldades, Recursos e Profissionalismo – Subsídios para Uma Abordagem Interactiva*. Porto, dissertação de mestrado apresentado ao ICBAS.

Pereira, M. A. G.(1996). *Percepção da Relação Professor/ Aluno na Prática Clínica de Enfermagem: Comunicação e Assertividade*. Porto, Dissertação de Mestrado Apresentado ao ICBAS.

Pires, R. (et al). (2004). Supervisão Clínica de Alunos de Enfermagem. *Revista Sinais Vitais*, nº54 (Maio).

Polit, D. F. e Huungler, B. P.(1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. Porto Alegre, Artes Médicas.

Quivy, R. e Campenhoudt, L.V. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa, Gradiva.

Ribeiro, J. L. P. (1999). *A Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa, Climepsi.

Ribeiro, L. F. (1995). *Cuidar e Tratar: Formação em Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral*. Lisboa, Educa.

Rodrigues, M. A.(1999). *Metodologias de Análise de Necessidades de Formação na formação Continua de Professores – Contributos para o Seu Estudo*. Lisboa, dissertação de Doutoramento Apresentada à Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Silva, A.(1999). *As Práticas Clínicas na Formação dos Enfermeiros*. Porto, Dissertação de Mestrado Apresentada ao ICBAS.

Silva, D. M.(2004). *Dimensões Psicopedagógicas da Formação dos Enfermeiros*. Aveiro, Dissertação de Doutoramento Apresentada à Universidade de Aveiro.

Silva, M. (et al).(1998). Contributo do Enfermeiro na Formação do Aluno em Ensino Clínico. *Revista Nursing, nº128 (Dezembro)*.

Simões, J. F.(1999). O Enfermeiro como Formador. *Revista Nursing, nº135 (Julho/Agosto)*.

Simões, J. F. F. L.(2004). *Supervisão em Ensino Clínico – Perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes*. Aveiro, Dissertação de Mestrado Apresentada à Universidade de Aveiro.

Relatório de concretização dos objectivos de Bolonha na UFP. [Em linha]. Disponível em http://www.ufp.pt/index.php?option=com_content&view=article&id=772:bolonha-na-ufp&catid=21:universidade&Itemid=515. [Consultado em 13/05/2010].

Wikipédia. [Em linha]. Disponível em <http://pt.wikipedia.org/wiki/Arrog%C3%A2ncia>.
[Consultado em 18/05/2010].

ANEXOS

ANEXO I

Cronograma

ANEXO II

Instrumento de recolha de dados (Questionário)

QUESTIONÁRIO

Raquel Oliveira dos Santos, aluna do 4º ano do curso de Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa a efectuar um projecto de graduação cujo tema é: **“Opinião dos estudantes de enfermagem sobre a relação estudante/orientador na prática clínica.”**.

Este estudo tem como principal objectivo: **Saber a opinião dos estudantes de Enfermagem sobre a importância da relação que estabelece com o orientador no processo de aprendizagem em ensino clínico.**

Neste sentido, venho solicitar a vossa Exa. a sua participação no preenchimento deste questionário.

Os dados deste questionário são anónimos e confidenciais, pelo que não deve colocar o seu nome em nenhuma parte.

O preenchimento do questionário demora cerca de 15 minutos.

Antecipadamente agradece-se a sua preciosa colaboração.

A aluna nº16534

Raquel Oliveira dos Santos

Parte I

(Caracterização da amostra)

Assinale com um X a situação que mais se ajusta ao seu caso:

1- Género:

Feminino

Masculino

2- Idade:

<25 anos

>25 e ≤35 anos

>35 e ≤45 anos

>45 e ≤55 anos

3- Possui outra Licenciatura?

Sim

Não

(Se respondeu Não, passe à pergunta 5).

4- De que área é a sua Licenciatura ?

Ciências da Saúde

Ciências e Tecnologia

Ciências Humanas e Sociais

Outra? Qual? _____

5- É trabalhador/ estudante?

Sim

Não

II Parte

1- Sabe quantas horas o Plano de Bolonha no Curso de Licenciatura em Enfermagem preconiza para a prática clínica?

Sim

Não

1.1 - Se sim, quantas horas?

2- O que representa para Si o ensino clínico?

(De acordo com as três definições a seguir indicadas seleccione a opção que considere mais adequada)

Espaço de eleição para o aluno se libertar paulatinamente da tutela do professor ou do tutor (orientador), constituindo a sua própria personalidade e definindo os seus espaços de autonomia.

Espaço de ensino realizado junto do utente ou de um grupo de utentes que é essencial para a formação do estudante.

Espaço de uma parte de formação em cuidados de enfermagem, pela qual o estudante aprende, integrado numa equipa, em contacto directo com o indivíduo são, ou doente, a planear, executar e avaliar cuidados globais de enfermagem exigidos, a partir de conhecimento adquirido (...) sob responsabilidade dos enfermeiros qualificados.

3- Qual o perfil do enfermeiro orientador que considera adequado para acompanhar o estudante durante os ensinamentos clínicos de enfermagem?

(Assinale, uma opção)

- Os que exercem muita pressão, tornando o estudante inseguro, passivo, e desinteressado;
- Os que acompanham o estudante com indiferença;
- Os que não permitem que o estudante realize qualquer procedimento na prestação de cuidados, sem supervisão;
- Os que acompanham os estudantes, ajudando-os a desenvolver as competências nos vários níveis do saber;
- Os que questionam o estudante na tomada de decisão das diferentes acções;
- Os que permitem que o estudante seja independente e com autonomia na prestação de cuidados.

4- Considera importante que o enfermeiro orientador tenha informação actualizada acerca da prática clínica?

(Assinale, uma opção)

- Discordo totalmente
- Discordo bastante
- Concordo
- Concordo bastante
- Concordo Totalmente

5- Considera importante a relação interpessoal Estudante/Enfermeiro Orientador?

(Assinale, uma opção)

Discordo totalmente

Discordo bastante

Concordo

Concordo bastante

Concordo Totalmente

5.1- Porquê?

6- Considera que o sucesso do ensino clínico depende da interacção do orientador com o estudante?

(Assinale, uma opção)

Discordo totalmente

Discordo bastante

Concordo

Concordo bastante

Concordo Totalmente

7- Que tipo de relação o orientador deve estabelecer com o estudante?

(Assinale, três opções por ordem crescente de importância)

Pacífica;

Aberta;

Incentivadora;

Ajuda;

Motivadora;

Conjunta;

Confiança;

8- Indique três aspectos que considere fundamental corrigir na relação estudante/orientador?

(Indique três aspectos)

9- Considera importante haver comunicação empática entre orientador/estudante na prática clínica?

(Assinale uma opção)

Discordo totalmente

Discordo bastante

Concordo

Concordo bastante

Concordo Totalmente

9.1- Indique três aspectos que considere importantes na comunicação estudante /orientador na prática clínica?

10- Assinale por ordem crescente os estímulos que afectam a comunicação (do menos para o mais prejudicial).

Ruídos;

Atenção;

Emissão;

Recepção;

Preconceito;

Inibições;

Pressões.

11 - Quais os factores que considera potencialmente inibidores da aprendizagem dos estudantes nos ensinamentos clínicos de enfermagem?

(Enumere 3 opções por ordem crescente de importância)

Mau clima afectivo-relacional;

Falta de confiança;

Falta de vontade;

Falta de comunicação;

Falta de empatia.

12- Quais os factores que considera potenciadores da aprendizagem dos estudantes nos ensinos clínicos de enfermagem?

(Enumere 3 opções por ordem crescente de importância)

- Orientadores inspiradores do projecto pessoal do estudante;
- Diálogo estudante orientador;
- Confiança recíproca;
- Orientador que adapte o estilo de orientação às necessidades do estudante;
- Orientador que promove a aprendizagem;
- Amizade (aceitação mútua);
- Orientador que acompanhe o estudante.

Obrigada pela colaboração