



2. Aquisição de competências relacionais pelos estudantes de enfermagem

2. Aquisição de competências relacionais pelos estudantes de enfermagem¹

Maria Otília Zangão - Departamento de Enfermagem, Universidade de Évora

Introdução

No processo de cuidar em enfermagem para oferecer cuidados de enfermagem de qualidade, emergem duas dimensões imprescindíveis ao cuidar, a dimensão técnica e a expressiva (Balduino, Mantovani & Lacerda, 2009). A dimensão técnica compreende as capacidades e o conhecimento científico na procura de se desenvolverem as competências do “saber fazer” e na dimensão expressiva procura-se estar atento ao “saber estar” e ao “saber ser”.

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

Nesse sentido, deve adotar-se ao longo de todo o processo de cuidar um conjunto de atitudes necessárias para a criação de uma relação de ajuda. Os estudantes de enfermagem terão que ativar três dimensões, para serem reconhecidos como portadores de uma determinada competência. Para tal e segundo Le Boterf (2006:61) “primeiro, vem a dimensão dos recursos disponíveis (conhecimentos, saber-fazer, capacidades cognitivas, competências comportamentais) que ele pode mobilizar para agir; depois, surge a dimensão da ação e dos resultados que ela produz, isto é, a das práticas profissionais e do desempenho. Finalmente, há a dimensão da reflexividade, que é a do distanciamento em relação às duas dimensões anteriores” (Le Boterf, 2006: 61).

Lopes (2011) salienta que a relação é especialmente importante, nomeadamente porque são os enfermeiros os que permanecem em contacto mais tempo com os utentes e, por outro lado, este contacto adquire em diversas circunstâncias um grau de intimidade inquietante. Portanto, a relação estudante/utente não implica necessariamente

¹ O presente capítulo foi elaborado a partir da tese de doutoramento “Desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade durante o processo de cuidar”, apresentada à Universidade Católica Portuguesa para a obtenção do grau de doutor em enfermagem.

uma presença constante, mas sim uma presença atenta durante todo o processo de cuidar.

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

A compreensão do papel da intimidade no cuidar é uma questão essencial para o estabelecimento das competências relacionais no processo de cuidar o utente, visto que este se centra no desenvolvimento de relações interpessoais. A intimidade é uma questão de presença, que não tem muito a ver com o ato em si, mas com a qualidade da presença da pessoa em si própria e com a qualidade da presença para o outro (Bureau, 1995). Há autores que falam da intimidade terapêutica, ou seja a intimidade que é necessária na relação enfermeiro-utente a qual é fundamental para o bem-estar e recuperação do utente (Williams, 2001). A preservação da intimidade é vista como uma componente básica do cuidar.

A privacidade do utente constitui-se numa obrigação ético-legal que deve ser respeitada não apenas nas interações mantidas entre o utente e a equipa de enfermagem, mas também nas comunicações orais e escritas (Soares & Dall’Agnol, 2011). É necessário que a prestação de cuidados seja praticada a cada utente de acordo com as suas necessidades, pois preservar a intimidade dos utentes é um dever dos enfermeiros e um direito do próprio utente.

A nível do ensino de enfermagem é importante a articulação das competências relacionais e intimidade do utente, com as competências instrumentais. Não se prestam cuidados de enfermagem de qualidade sem a articulação de todas as dimensões das competências.

No curso de enfermagem, os conteúdos da aprendizagem devem conter referência a todas as dimensões das competências, pelo que devem apresentar conteúdos verbais, procedimentais e atitudinais (Carvalho, 2004). Os conteúdos verbais dizem respeito aos factos, conceitos e princípios de cada disciplina. Os conteúdos procedimentais di-

zem respeito ao saber-fazer incluído numa aprendizagem reflexiva integradora de conhecimentos. Estes conteúdos podem traduzir-se em procedimentos de destreza e procedimentos de natureza cognitiva, pois não basta saber-fazer, é importante saber relacionar o saber-fazer com o saber-saber. Os conteúdos atitudinais são de grande transversalidade ou generalidade e têm como objetivo desenvolver determinados valores, mais do que regular atitudes. Este tipo de conteúdos tem um elemento cognitivo (conhecimento e crenças), um elemento afetivo (emoções e afeições) e um elemento condutal (atitudes e intenções).

Em pesquisas realizadas sobre os planos curriculares de algumas escolas, constatámos que o tema competências relacionais e preservação da intimidade consta dos conteúdos de diversas unidades curriculares. No entanto, verificámos que em algumas escolas há unidades curriculares específicas para abordarem essas temáticas ao longo do processo formativo, tanto no período teórico como durante o período de prática clínica. Observou-se ainda que, durante o período de prática clínica existem várias metodologias na orientação dos estudantes e conseqüentemente no processo de aquisição de competências.

A reflexão acerca do contexto onde se processa a formação em enfermagem é imperativa neste estudo, pois é o local onde são transmitidos os saberes, adquiridas as competências e se preparam os estudantes para a vida profissional. No contexto atual, verifica-se que cada instituição de ensino elaborou o seu plano curricular de acordo com as suas conceções e com as conceções definidas pelas diretrizes emanadas pela Comunidade Europeia e adaptadas ao Processo de Bolonha, tendo sempre em atenção as orientações do International Council of Nurses e da Ordem dos Enfermeiros.

Objetivo

Refletir sobre o processo de aquisição de competências relacionais na preservação da intimidade, pelos estudantes do primeiro ciclo de enfermagem.

Metodologia

Utilizámos uma combinação simultânea de instrumentos de natureza quantitativa e qualitativa, “porque acontece que os tipos de conhecimento que eles permitem adquirir se completam” (Fortin, 2009: 34):

- Questionário de caracterização dos estudantes;
- Inventário de Competências Relacionais de Ajuda (ICRA) - estudantes;
- Entrevista semiestruturada - docentes.

As respostas foram analisadas com recurso:

- ✓ Ao Software IBM® SPSS® Statistic (*Statistical Package for Social Sciences*);
- ✓ Da técnica de análise de conteúdo com recurso ao Software webQDA Software de Apoio à Análise Qualitativa versão 1.4.3 e ao Software Alceste 2010 (*Analyse Lexicale par Contexte d'un Ensemble de Segments de Texte*).

Utilizámos uma amostragem aleatória simples para os estudantes da licenciatura em enfermagem de uma Escola Superior de Enfermagem integrada numa Universidade (A) e de uma Escola Superior de Saúde integrada num Instituto Politécnico (B). Tratou-se de uma amostragem não-probabilística por conveniência para o grupo de docentes de ambas as escolas.

Relativamente às questões éticas, solicitámos autorização aos diretores das referidas Escolas, assim como o parecer da Comissão de Ética da Área de Saúde e Bem-Estar da Universidade de Évora e a todos os estudantes e docentes foi solicitada a sua participação no estudo mediante a apresentação do consentimento informado. Foram ainda seguidos todos os procedimentos éticos inerentes à pesquisa com seres humanos.

Resultados

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

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

Dos 299 estudantes incluídos no estudo 11,4 % frequentavam o 1º ano, 22,4 % frequentavam o 2º ano, a mesma percentagem frequentava o 3º ano e 18,7 % dos estudantes frequentava o 4º ano do CLE e ainda 25,1% são estudantes finalistas do CLE¹ (quadro 1).

¹ Dados recolhidos junto dos estudantes na última reunião realizada em cada escola no final do curso.

A maioria dos estudantes é do sexo feminino com 86,3% e apenas 13,7% do sexo masculino, o que encontra a sua justificação no facto de a enfermagem ser ainda uma profissão maioritariamente feminina (quadro 1).

Relativamente à variável idade dos estudantes, esta encontra-se entre os <19 e os 39 anos, situando-se a maioria no intervalo dos 20-29 anos com 77,6%, seguido do intervalo dos <19 anos com 15,7% e apenas 6,4% no intervalo dos 30-39 anos. Este último intervalo de idades deve-se à nova modalidade de entrada de estudantes no ensino superior, “Maiores de 23”. A moda situa-se no intervalo 20-29 anos (quadro 1).

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

Quadro 1 - Características sociodemográficas dos inquiridos (n=299)

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

Fonte: SPSS

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

Quadro 2 - Caracterização dos participantes (n = 19)

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

Fonte: SPSS

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

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

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

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

Atualmente, com o processo de Bolonha “exige a implementação de uma nova tecnologia educativa, com nova dinâmica de organização dos recursos humanos, recursos materiais e financeiros, com novos conceitos e novos métodos” (Ceitil, 2007: 57). É necessário a cada passo percorrido por um estudante de enfermagem perceber se há conjugação das competências técnico-científicas e das competências relacionais, pois o “saber-fazer” deve ser orientado pelo “saber-ser”.

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

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

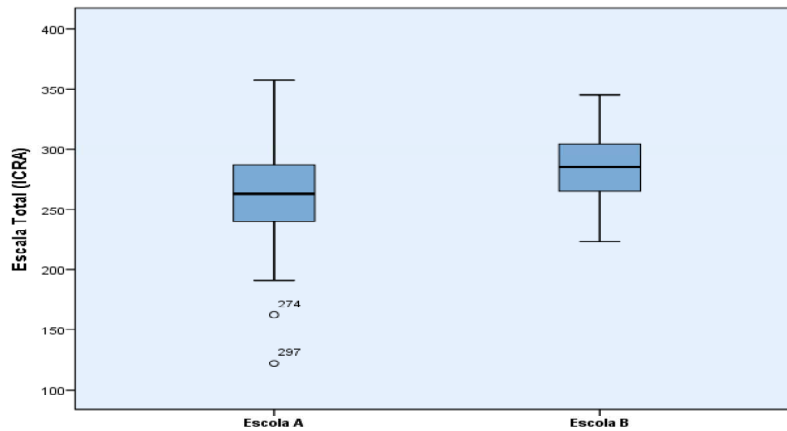
Os estudantes da Escola A obtiveram entre 122 – 357 pontos na soma da escala, com uma média de 263,75 pontos e um desvio padrão de 35,59, enquanto os estudantes da Escola B obtiveram entre 223 – 345 pontos com uma média de 284,31 pontos e um desvio padrão de 28,45, verificando-se diferenças estatisticamente significativas entre as duas Escolas.

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

Na figura 1 podemos observar a representação dos valores das competências relacionais de ajuda obtidas pelos estudantes de cada Escola. Aí, observamos um

menor desvio padrão dos valores da Escola B em relação à Escola A, sendo também observada uma média superior nessa Escola.

Figura 1 - Valores das médias do Escala Total (ICRA) nas duas Escolas



Fonte: SPSS

Relativamente à relação entre a variável dependente, aquisição de competências relacionais de ajuda e a variável independente Escola A e B constatámos pela análise das médias ao nível das competências relacionais de ajuda totais e das dimensões de competências relacionais de ajuda, que os estudantes da Escola B apresentam médias superiores às encontradas para os estudantes da Escola A. Assim, utilizámos o *Teste t-Student* para amostras independentes e verificámos que as diferenças encontradas são estatisticamente significativas ($p=0,00$) para as competências relacionais de ajuda total e para as dimensões de competências relacionais de ajuda.

A abordagem qualitativa é particularmente adequada ao estudo de fenómenos que não se podem tornar objetivos (LoBiondo-Wood & Haber, 2001), sendo o centro dos métodos qualitativos a experiência humana e o sentido atribuído pelos indivíduos que vivem a experiência. Assim, consideramos que este tipo de abordagem se adapta ao estudo em curso sobre a forma como os docentes percebem o desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes, pelos estudantes de enfermagem, durante o processo de cuidar.

No total foram realizadas 19 entrevistas a docentes das duas Escolas. A análise do conteúdo das entrevistas consiste num conjunto de técnicas de análise sistemática de texto, sendo a ideia principal deste procedimento, seguir uma análise controlada dos textos dentro do contexto em estudo (Mayring, 2000). Para esta análise foi utilizado um *Software* desenvolvido para análise textual, o qual se “apoia em cálculos efetuados

sobre a coocorrência de palavras em segmentos de texto, buscando distinguir classes de palavras que representem formas distintas de discurso sobre o tópico de interesse da investigação” (Nascimento & Menandro, 2006: 72). O *Software* utilizado é a *Analyse Lexicale par Context d’un Ensemble de Segments de Texte (Alceste)* 2010, Version Windows.

Após os resultados detalhados desta análise verificámos que há uma riqueza de vocabulário de 98,94%, o que corresponde à quase totalidade do *corpus*.

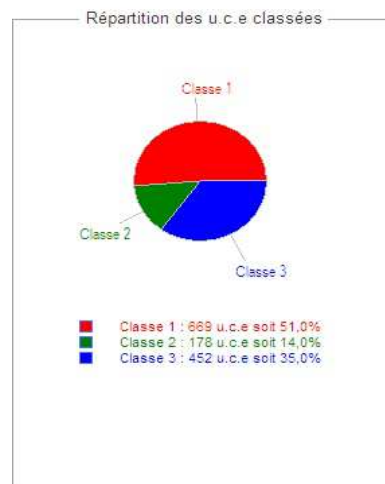
No que diz respeito aos percentuais definidores das classes, a classe 1 é composta por 669 UCE, representando 51% do total de UCEs, seguida da classe 3 com 452 UCE, representando 35% e por último a classe 2 com 178 UCE, representando 14% (totalizando 100% das unidades de contexto elementares). Verificámos também que a classe que mais UCE agrupou foi a classe 1 com 51% (Figura 2). As três classes originadas pela CHD abrangem contextos léxicos específicos, sendo cada uma denominada com um título:

Classe 1 – Competências

Classe 2 – Relacional

Classe 3 – Intimidade

Figura 2 - Dendrograma da divisão das UCE em classes

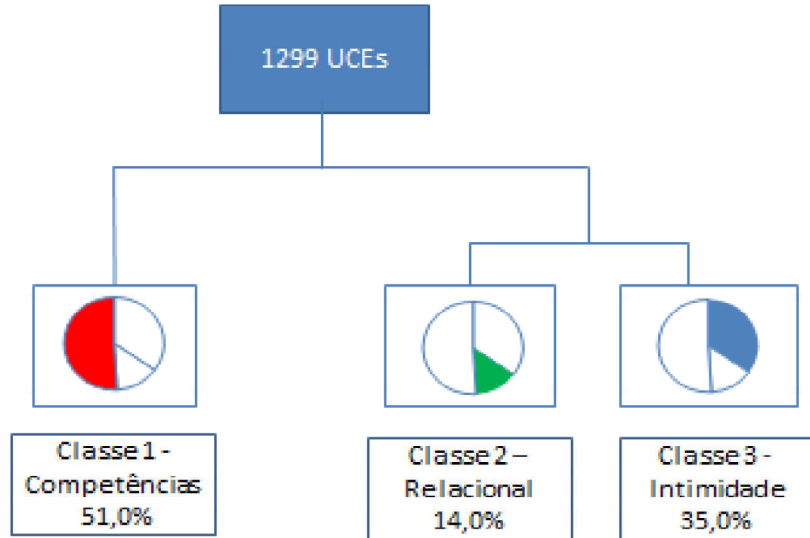


Fonte: Alceste

O *corpus* foi dividido em dois subgrupos. Num segundo momento, o subgrupo superior foi dividido em dois. Na primeira divisão resultou a Classe 1, na segunda divisão, resultaram a Classe 2 e 3. Isto significa que a Classe 1 possui menor relação ou proximidade

com as Classes 2 e 3. Por outro lado, a Classe 2 possui maior relação ou proximidade com a Classe 3 (Figura 3).

Figura 3 - Dendrograma da Classificação Hierárquica Descendente

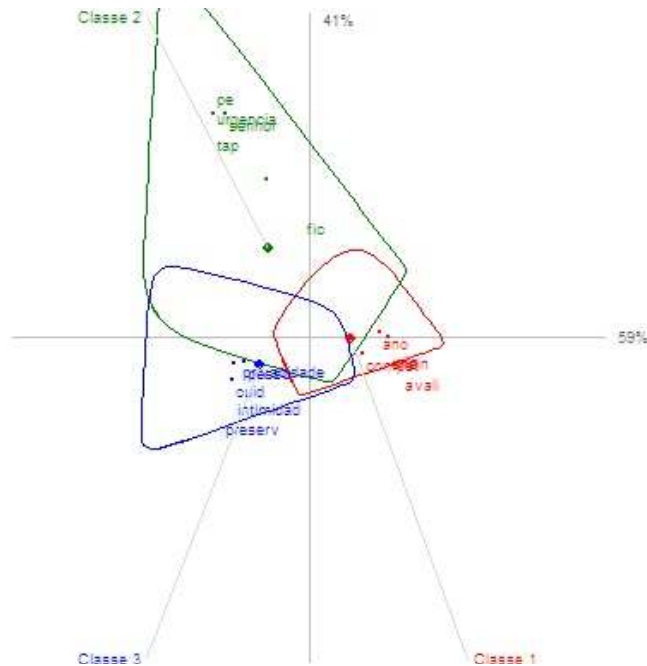


Fonte: Alceste

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

Na figura 4 pode-se observar que no quadrante superior esquerdo, mais junto ao eixo 2, se destacam as palavras aglutinadas na **classe 2** (senhor+, tap+, fic+, pé urgência) resultantes das entrevistas. No quadrante inferior esquerdo do gráfico destacam-se as palavras aglutinadas na **classe 3** com maior carga fatorial (pesso+, cuid+, intimid+, privacidade, preserv+). Em oposição, no mesmo eixo, mas no quadrante inferior direito, destacamos as palavras aglutinadas na **classe 1** com maior carga fatorial (compet+, ano, ensin+, clin+, avali+). Assim, podemos constatar o impacto que a aquisição de competências relacionais pode ter sobre a relação com o utente na preservação da intimidade, pois se considerarmos que o lado esquerdo do eixo 2 é negativo e o lado direito é positivo, então verificamos uma oposição da Classe 1 em relação às Classes 2 e 3, tal como já tínhamos observado na CHD.

Figura 4 - Análise fatorial de correspondência, com destaque para as três classes e as palavras com maiores cargas fatoriais



Fonte: Alceste

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

Quadro 3 - Categorias e subcategoria oriundas da classe 1

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

Fonte: Própria

Quadro 4 - Categorias e subcategorias oriundas da classe 2

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

Fonte: Própria

Quadro 5 - Categorias e subcategorias oriundas da classe 3

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

Fonte: Própria

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

Triangulação da informação recolhida

No decurso deste estudo, obtivemos dados que nos permitiram entender a influência do processo de ensino-aprendizagem do estudante na aquisição e desenvolvimento das competências relacionais e na preservação da intimidade durante o processo de cuidar, articulando diferentes ambientes de recolha de dados, assim como diferentes abordagens de tratamento dos mesmos.

Nesta triangulação de informação vamos utilizar a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano (Bronfenbrenner) de forma a perceber como ocorre a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionais preservando a intimidade dos utentes ao longo do curso de enfermagem, articulando as variáveis predictoras da nossa investigação.

O modelo ecológico proposto por Bronfenbrenner pretende distinguir não apenas o contexto, mas as variadas interações que têm lugar entre a pessoa e os diferentes sistemas com que se relaciona.

Apresentamos de seguida os níveis estruturais do ambiente ecológico, definidos por Bronfenbrenner (2005) e adaptados ao nosso estudo (Figura 5):

O **microssistema** pode ser descrito por contextos onde ocorrem as atividades, papéis e relações interpessoais experienciadas pela pessoa num determinado momento da sua vida, com outras pessoas com diferentes características de personalidade e ideologias socioculturais.

O **mesossistema** abrange as uniões e os processos que ocorrem entre dois ou mais ambientes (microssistemas), os quais incluem a pessoa em desenvolvimento. Para o estudante, este mesossistema é constituído por vários microssistemas, ou seja, o estudante interage com vários ambientes como a escola e as unidades de cuidados onde realiza o seu ensino clínico.

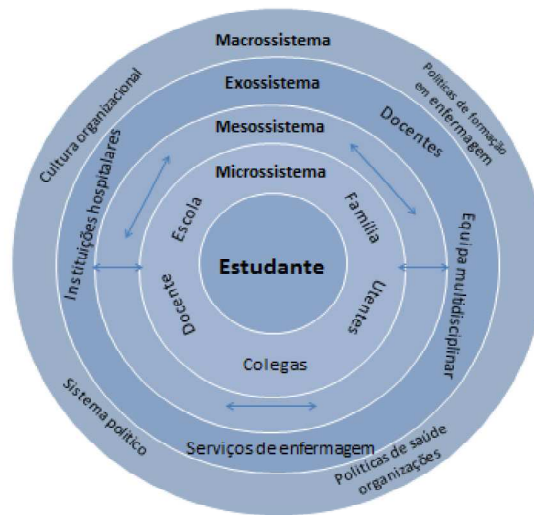
O **exossistema** engloba as ligações e os processos que ocorrem entre dois ou mais contextos, nos quais pelo menos um deles não afeta diretamente a pessoa em desenvolvimento, mas fá-lo de forma indireta.

O **macrossistema** exerce influência na pessoa em desenvolvimento e engloba o contexto global e as relações entre esses ambientes (micro, meso e exossistema) nomeadamente determinada cultura, subcultura ou o contexto social mais amplo.

No caso dos estudantes, o desenvolvimento de competências relacionais sofre influências por exemplo das orientações da OMS, das políticas de saúde, da política de formação em enfermagem, assim como da filosofia de cuidados da própria instituição que podem exercer influência indireta sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes por parte do estudante de enfermagem.

Abreu (2007) refere ainda um quinto nível estrutural, o cronossistema, o qual compreende o conjunto de mudanças e transformações ao nível da pessoa ao longo do tempo.

Figura 5 - Modelo de desenvolvimento bioecológico do estudante de enfermagem, baseado em Bronfenbrenner



Fonte: Adaptado de Abreu, 2007

Bronfenbrenner (2005) salienta que o processo de desenvolvimento humano ocorre como um exercício que reúne as características do ambiente e da pessoa, num processo de quatro núcleos inter-relacionados que ficou conhecido por Modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT) desenvolvido por Bronfenbrenner & Morris (1998).

Cada estudante (pessoa) desenvolve estas competências na interação com o ambiente (contexto) onde está inserido, que é influenciado por um sistema de inter-relações (mesossistema, exossistema e macrossistema), sendo ainda o processo e o tempo elementos essenciais a esse desenvolvimento de competências relacionais. Por outro lado, as mudanças do desenvolvimento humano também podem ser desencadeadas por experiências de vida.

À luz do Modelo PPCT de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner e Morris (1998, 2006), vamos confrontar os dados provenientes das análises e discussões realizadas nas partes anteriores do nosso estudo de forma a extrair significados para elaborarmos as conclusões. Iremos estruturar a apresentação de acordo com os elementos do Modelo PPCT:

Processo - O primeiro componente do modelo, o processo “abrange formas particulares de interação do organismo com o ambiente, chamadas processo proximal, que operam ao longo do tempo e são situadas como os mecanismos primários que produzem o desenvolvimento humano” (Bronfenbrenner, 2005: 25).

Bronfenbrenner e Morris (1998) apresentam ainda outro aspeto particularmente importante para o sucesso do ensino-aprendizagem, pois consideram os processos proximais como os motores do desenvolvimento e a sua variação sistemática, como uma função das características de ambos: Pessoa e contexto.

No nosso estudo pudemos identificar, nos dados relativos aos estudantes, o início dos ensinamentos clínicos e o tipo de acompanhamento em ensino clínico como fatores que poderão emergir como um estímulo para o desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade do utente, pois para que ocorra esse desenvolvimento é necessário que o estudante esteja inserido numa atividade (ensino clínico) efetiva e regular durante períodos de tempo prolongados, a qual deve ser progressivamente mais complexa. Isto acontece com os estudantes da Escola B que vão tendo uma evolução ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos na aquisição e desenvolvimento desta dimensão das competências, o que não se verifica nos estudantes da escola A em que esta dimensão das competências é introduzida ao mesmo tempo que outras dimensões são também exigidas.

Pessoa - Na perspetiva do modelo bioecológico de desenvolvimento humano as pessoas (estudantes) possuem características biopsicológicas e características constituídas em contacto com os processos proximais - as características bio-psico-ambientais, por vezes tratadas como variáveis dependentes do desenvolvimento humano, poucas vezes analisadas como precursoras do desenvolvimento posterior e mais raramente como fatores moderadores que influenciam a força e o sentido dos processos do desenvolvimento humano (Bronfenbrenner, 2005).

Neste estudo foi identificada apenas uma variável, relacionada com as características da pessoa, o sexo, que poderá influenciar o desenvolvimento do estudante na aquisição e desenvolvimento desta dimensão das competências. De acordo com Bronfenbrenner (2005: 173) esta característica física está no conjunto (sexo, idade e raça) das “consideradas poderosas na influência do curso do desenvolvimento futuro”.

Na nossa amostra existem diferenças estatisticamente significativas de acordo com o sexo dos estudantes para aquisição e desenvolvimento das competências relacionais na preservação da intimidade dos utentes, pelo que podemos concluir que o sexo dos estudantes influencia esta dimensão das competências.

Contexto - A componente do modelo, contexto, compreende os vários ambientes, desde os mais contíguos aos mais longínquos (micro, meso, exo e macrosistema) os quais podem influenciar a pessoa em desenvolvimento.

Tal como já referimos anteriormente o tipo de acompanhamento em Ensino Clínico pode ser um dos fatores que pode influenciar o desenvolvimento de competências relacionais na preservação da intimidade do utente pelo estudante de enfermagem, assim, como outras das variáveis preditoras como a Escola, pois as diferenças de planos curriculares também é um dos fatores que foi destacado na discussão dos dados como promotor de diferenças estatisticamente significativas entre os estudantes analisados. Por outro lado, as relações interinstitucionais também poderão influenciar todo este processo, pois algumas vezes a falha de comunicação entre as escolas e as unidades de cuidados são fatores que podem marcar o desenvolvimento do estudante, concluímos então que todo o contexto influencia o processo e a pessoa. A forma como é avaliada esta dimensão das competências também deveria ser repensada, pois sendo este um momento de eleição para a sua aquisição e desenvolvimento, tem particularidades que importa compreender e o que se avalia é demasiado subjetivo, tal como é referido por Carvalho (2004).

Tempo - O último componente do modelo, o tempo, é um fator que tem também ele a sua importância, pois permite-nos avaliar como ocorre o desenvolvimento humano ao longo do ciclo vital. Bronfenbrenner & Morris (1998) citados por Abreu (2007) salientam que as mudanças atribuídas ao tempo são também elas criadoras de transformações na biografia da pessoa em desenvolvimento.

No nosso estudo verificámos que a variável ano do curso também tinha influência para o desenvolvimento desta dimensão das competências, pois verificámos que tanto nas respostas dos estudantes, como dos docentes, esta variável aparecia como influenciadora do nível de competências que os estudantes apresentavam.

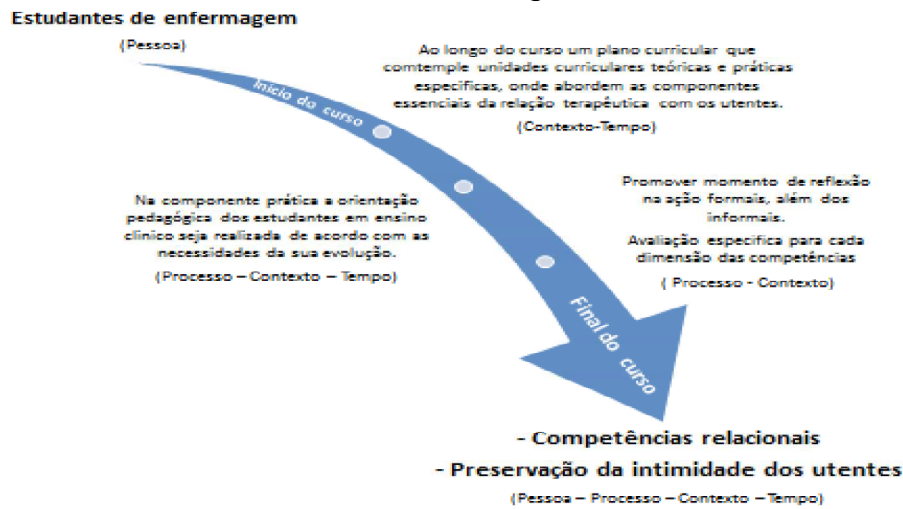
Conclusão

A formação de enfermeiros assenta num modelo de desenvolvimento humano. Ao propormos um modelo de bases teórico-metodológicas nesta dimensão das competências defende-se um ensino contextualizado, numa realidade atual, junto dos utentes a quem prestamos cuidados humanizados.

Todo o processo de ensino-aprendizagem abrange formas particulares de interação entre o estudante e o ambiente, ou seja os processos proximais que atuam ao longo do curso e que são olhados como os principais mecanismos que conduzem ao grande objetivo quando o estudante termina a sua formação académica. No entanto, estes mecanismos variam em função das características dos estudantes, dos contextos ambientais onde decorre a formação e do evoluir do curso. Portanto, a aprendizagem constitui um processo vital para a adaptação e o desenvolvimento do estudante e os resultados dessa aprendizagem dependem essencialmente do estudante mas também do processo e do contexto.

Ao utilizarmos a Teoria Bioecológica do Desenvolvimento Humano de Bronfenbrenner, procurámos explicar a informação seletiva recolhida pelos vários instrumentos ao longo da investigação e explicar com base na Teoria do desenvolvimento humano como ocorre a aquisição e o desenvolvimento desta dimensão das competências nos estudantes de enfermagem e propor bases teórico-metodológicas para a aquisição e desenvolvimento das competências relacionais preservando a intimidade do utente durante o processo de cuidar.

Figura 6 - Representação do modelo de bases teórico-metodológicas para os estudantes de enfermagem



Fonte: Própria

Desta investigação advêm algumas implicações práticas para as Escolas pelo que deixamos algumas sugestões de bases teórico-metodológicas para o ensino da enfermagem. Assim, parece importante que sejam (re)pensados os planos curriculares do CLE, no sentido de perspetivar o Processo e o Contexto em que decorre o curso, como o mais adequado para a aquisição e o desenvolvimento desta dimensão das competências, pois tal como verificamos estes (Processo e Contexto) são dois grandes influenciadores das diferenças encontradas entre os estudantes das duas Escolas implicadas no estudo. A formação inicial dos enfermeiros tem uma acuidade particular na construção da sua identidade enquanto enfermeiros e a forma como aprendem ou aprenderam irá marcá-los ao longo de toda a sua vida profissional e pessoal.

Tal como nos é referido por Rocha (2008), é emergente a necessidade das Escolas investirem no processo ensino-aprendizagem para a promoção desta dimensão das competências no processo de cuidar, pois tal como já foi relatado, existe clara evidência científica dos benefícios para os utentes, em termos de ganhos em saúde, fruto de cuidados de enfermagem de qualidade.

Referências bibliográficas

Abreu, W.C. (2007), *Formação e aprendizagem em contexto clínico: Fundamentos, teorias e considerações didáticas*, Coimbra: Formasau.

Balduino, A.F.A.; Mantovani, M.F.; Lacerda, M.R. (2009), «O processo de cuidar de enfermagem ao portador de doença crônica cardíaca», *Revista de Enfermagem*, vol.13, nº2, abril-

junho, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro, pp. 342-51. Acedido em 21/10/2009, disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n2/v13n2a15.pdf>

Bronfenbrenner, U. (2005), *Making Human Beings Human: Bioecological Perspectives on Human Development*, California: Sage Publications, Inc. Acedido em 28/07/2013, disponível em:

http://books.google.pt/books?id=byY08EBUrQQC&pg=PR30&hl=pt-PT&source=gb_s_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false

Bronfenbrenner, U.; Morris, P. (2006), «The Bioecological Model of Human Development», In Damon, W.; Lerner, R., *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development*, sixth edition, Chapter 14, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc. pp. 793-828. Acedido em 08/07/2013, disponível em:

http://books.google.pt/books?id=GFzWZMvQR8kC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gb_s_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

<http://www.columbia.edu/cu/psychology/courses/3615/Readings/BronfenbrennerModelofDevelopment.pdf>

Bureau, J. (1995), «L'intimité et l'identité sexuelle: une approche existentielle». *Revue Sexologique: Dossier: Intimité*, vol.3, nº1, printemps, Montreal: UQAM et Les Éditions I.R.I.S., pp. 7-36. Acedido em 01/02/2012, disponível em:

http://www.er.uqam.ca/nobel/revsexo/revues/revueSexo_v3n1.pdf

Camargo, B.V. (2005), «Alceste: um programa informático de análise quantitativa de dados textuais, in Moreira, A.S.P.; Camargo, B.V.; Jesuíno, J.C.; Nóbrega, S.M. (organizadores), *Perspectivas Teórico-metodológicas em representações sociais*, capítulo 17, pp. 511-539, Editora Universitária – UFPB, Brasil. Acedido em 19/07/2013, disponível:

http://www.laccos.org/pdf/Camargo2005_alc.pdf

Carvalho, A.L. (2004), *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico da licenciatura em enfermagem*. Coleção Medicina e Saúde, Lisboa: Instituto Piaget.

Ceitel, M. (2007), *Gestão e desenvolvimento de competências*, Lisboa: Edições Sílabo, Lda.

Dias, M.F.P.B. (2006), *Construção e Validação de um Inventário de Competências: Contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro com o grau de licenciado*. Loures: Lusociência: Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Ferreira, M.; Tavares, J.; Duarte, J. (2006), «Competências relacionais de ajuda nos estudantes de enfermagem», *Revista de Enfermagem Referência*, II Série, nº2, junho,

Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, pp. 51-62. Acedido em 17/03/2010, disponível em:

http://www.esenfc.pt/public/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=24&id_revista=4&id_edicao=6

Fortin, M.F. (2009), *O processo de investigação*, Loures: Lusociência.

Le Boterf, G. (2006), «Avaliar a competência de um profissional: três dimensões a explorar», Saúde, S.; Almeida, C.C. (tradução), *Revista Pessoal*, junho, Lisboa: Associação Portuguesa de Gestão das Pessoas, pp.60-63. Acedido em 10/07/2010, disponível em:

<http://www.guyleboterf-conseil.com/Article%20evaluation%20version%20directe%20Pessoal.pdf>

LoBiondo-Wood, G.; Haber, J.(2001), *Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização*, 4ª Edição. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A.

Lopes, M.J. (2011), «A relação enfermeiro-doente como intervenção terapêutica: reflexões a partir dos resultados de um trabalho de investigação», Silva, A.O.; Costa, I.C.C.; Alves, M.S.C.F. *Investigação em Saúde: múltiplos enfoques*, Natal: EDUFRRN. Editora Universitária, pp. 20-30. Acedido em 24/04/2013, disponível em:

<https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/4108>

Mayring, P. (2000), «Qualitative Content Analysis», *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, vol.1, nº2, art. 20, june. Acedido em 13/11/2012, disponível em: <http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:0114-fqs0002204>

Nascimento, A.R.A.; Menandro, P.R.M. (2006), «Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada», *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Ano 6, nº 2, 2º semestre Rio de Janeiro: Universidade Estadual do Rio de Janeiro, pp.72-88. Acedido em 23/11/2013, disponível em:

<http://www.revispsi.uerj.br/v6n2/artigos/pdf/v6n2a07.pdf>

Rocha, A.P. (2008), *A relação de ajuda no ensino de enfermagem*, Dissertação de Doutoramento em Ciências da Saúde, Aveiro: Universidade de Aveiro. Acedido em 11/03/2013, disponível em:

<http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3315/1/2009000631.pdf>

Soares, N.V.; Dall’Agnol, C.M. (2011) «Privacidade dos pacientes – uma questão ética para a gerência do cuidado em enfermagem» *Revista Acta Paulista de Enfermagem*; 24(5). São Paulo: Escola Paulista de Enfermagem – EPE/[Universidade Federal de São](http://www.unifesp.br)

Paulo – UNIFESP, pp. 683-688. Acedido em 27-01-2014, disponível em: <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/38500/000816798.pdf?sequence=1>

Sousa, A.B. (2009), *Investigação em educação*, 2ª edição, Lisboa: Livros Horizonte, Lda.

Williams, A. (2001a), «A literature review on the concept of intimacy in nursing», *Journal of Advanced Nursing*. vol.33, nº5, July, pp. 660-667. Acedido em 27/02/2009, Disponível em: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=fd1439d3-d010-4287-95d3-d3964bd6d8d8%40sessionmgr104&vid=2&hid=121>