

Palmira da Conceição Martins de Oliveira

**AUTO-EFICÁCIA ESPECÍFICA NAS COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS: percepção dos
estudantes finalistas do curso de licenciatura em
enfermagem**



**Universidade Portucalense Infante D. Henrique
Departamento de Ciências de Educação e do Património**

Porto

2010

Palmira da Conceição Martins de Oliveira

**AUTO-EFICÁCIA ESPECÍFICA NAS COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS: percepção dos estudantes
finalistas do curso de licenciatura em enfermagem**

Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Portucalense para
obtenção do grau de Mestre em Administração e Planificação da
Educação

Trabalho realizado sob a orientação do Professor Doutor Abel Paiva e
Silva



Universidade Portucalense Infante D. Henrique
Departamento de Ciências de Educação e do Património

Maio de 2010



Universidade Portucalense Infante D. Henrique

DECLARAÇÃO

Nome: Palmira da Conceição Martins de Oliveira

Nº. do B. I.: 10378646 Tel/Telem.: 962370906 e-mail: palmiraoliveira@esenf.pt

Designação do Mestrado: Administração e Planificação da Educação

Ano de conclusão: 11 - 05- 2010

Título da tese / dissertação

Auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais: percepção dos estudantes finalistas do curso de licenciatura em enfermagem

Orientador (es): Professor Doutor Abel Paiva e Silva

Declaro, para os devidos efeitos, que concedo, gratuitamente, à Universidade Portucalense Infante D. Henrique, para além da livre utilização do título e do resumo por mim disponibilizados, autorização, para esta arquivar nos respectivos ficheiros e tornar acessível aos interessados, nomeadamente através do seu repositório institucional, o trabalho supra-identificado, nas condições abaixo indicadas:

[Assinalar as opções aplicáveis em 1 e 2]

1. Tipo de Divulgação:

Total.

Parcial.

2. Âmbito de Divulgação:

Mundial (Internet aberta)

Intranet da Universidade Portucalense.

Internet, apenas a partir de **1 ano** **2 anos** **3 anos – até lá, apenas**

Intranet da UPT

Advertência: O direito de autor da obra pertence ao criador intelectual, pelo que a subscrição desta declaração não implica a renúncia de propriedade dos respectivos direitos de autor ou o direito de a usar em trabalhos futuros, os quais são pertença do subscritor desta declaração.

Assinatura: Palmira Oliveira

Porto, 11/05/2010

AGRADECIMENTOS

Ao Prof. Doutor Abel Paiva e Silva

Pelo privilégio concedido através da sua orientação científica. Pela sua peculiar sabedoria, objectividade, flexibilidade intelectual e capacidade de mobilização de saberes. Pelo desafio, e pelo estímulo proporcionado à aprendizagem, enfim..., por ter engrandecido este percurso de crescimento.

Aos Estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem

Pela participação e pela disposição para o desenvolvimento da enfermagem.

À ESEP

Por tornar este estudo possível.

Aos Amigos

*Em especial à Carla, à Marisa e à Henriqueta.
Pelo incentivo, partilha, compreensão, confiança e amizade daqueles que sabem quem são e o que são para mim.*

Ao Tozé e ao David

*Pela tolerância e compreensão nos momentos de ausência.
Pelo apoio, força e presença, mas sobretudo, por existirem e fazerem parte da minha vida de uma forma tão especial.*

A todos, que directa ou indirectamente apoiaram a concretização deste projecto.

Um obrigado sincero...

RESUMO

À luz dos pressupostos de Bolonha, é uma prioridade na formação em enfermagem, o desenvolvimento de competências, o que pressupõe capacidade de agir em situação (Le Boterf, 2003), funcionando como um dos principais indicadores da qualidade. Torna-se pois, fundamental interrogar como os estudantes no término da sua licenciatura se percebem como auto-eficazes face às competências do enfermeiro de cuidados gerais (ECGs), exigidas para a obtenção do título profissional: Enfermeiro.

O referencial da investigação assenta na perspectiva da teoria social cognitiva de Bandura (1986), pelo impacto já documentado na aprendizagem do estudante, onde as crenças de auto-eficácia constituem o factor fulcral, ao lhe permitirem a atribuição do controlo cognitivo, repercutindo-se na aquisição e desenvolvimento de competências.

O estudo tem um cariz exploratório, descritivo e correlacional, de natureza quantitativa. Construiu-se um questionário com a forma de uma escala de tipo *likert* (9 opções: 1- Totalmente Incompetente; 5 – Competente; 9 – Totalmente Competente) partindo do perfil de competências do ECGs validado pelo painel de peritos da Ordem dos Enfermeiros (2003), e incluiu-se questões abertas relacionadas com os factores que possam ter influenciado o desenvolvimento de competências. A amostra de conveniência foi constituída por 199 estudantes finalistas do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Foi verificada a validade e a confiabilidade do constructo, através da análise factorial exploratória e análise da consistência interna, tendo-se obtido 13 factores de Percepção de Auto-eficácia Específica (PAEE) nas competências do ECGs, que explicam 71% da variância total. No estudo da informação obtida nas questões abertas recorreu-se à análise de conteúdo (Bardin, 1995). O questionário reuniu qualidades psicométricas e emergiu como principal conclusão: globalmente os estudantes finalistas de enfermagem têm uma PAEE nas competências do ECGs elevada, próxima do “Totalmente Competente”. Identificaram-se áreas de PAEE negativas, competências que os estudantes consideram não ter desenvolvido e factores que influenciaram o desenvolvimento de competências, fornecendo informações importantes, para que a escola possa reflectir no seu currículo.

Ambicionamos, contribuir para a melhoria da formação dos enfermeiros e, conseqüentemente para a prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade.

Palavras-chave: Auto-eficácia; Competências; Estudantes; Currículo; Licenciatura em Enfermagem.

ABSTRACT

The development of competencies, which require the ability to act in situation (Le Boterf, 2003) are a priority in nursing education, according to the assumptions of Bologna, functioning as a main indicator of quality. It becomes therefore crucial to examine how students in the completion of their degree perceive themselves as self-efficient as displaying General Nurses Skills (GNS), required to obtain their professional title as Nurses.

Theoretical framework of the study is based on research from the perspective of social cognitive theory of Bandura (1986), that documented the impact on student learning, where self-efficacy beliefs are the key factor, when permitting the allocation of cognitive control, with repercussions in skills acquisition and development.

Methodologically, the study is exploratory in nature, descriptive and correlational, quantitative. A questionnaire was constructed in the form of a Likert-type scale (9 options: 1 - Totally Incompetent, 5 - Competent; 9 - Totally Competent) based on the skills profile of GNS, validated by the expert panel of the Nurses National Association (Ordem dos Enfermeiros, 2003), and open questions were included, concerning factors that may have influenced the development of students skills. The convenience sample was constituted of 199 undergraduate students of the ESEP. Validity and reliability of the construct was obtained by exploratory factor analysis and internal consistency: 13 factors of skills Perceived Self-Efficacy Specific (PAEE) having been discriminated, which explained 71% of the total variance. Responses obtained by open questions were treated using content analysis (Bardin, 1995).

Psychometric qualities of the questionnaire were obtained and we concluded that, in general, finalists nursing students have high PAEE general nursing skills, close to the highest score "Totally Competent". Areas of negative PAEE were identified, as well as skills that students have not developed and factors that influenced the development of skills, providing important information to future curriculum development.

With this study we aim to contribute to improve nursing education and, thus, to provide high quality nursing care.

Keywords: Self-efficacy, Skills, Students, Curriculum, Nursing Degree

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	17
PRIMEIRA PARTE -- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	23
1 – COMPETÊNCIAS E PROFISSIONALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM: DA ESCOLA AO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL.....	25
1.1 – O CONCEITO DE COMPETÊNCIA E A PROFISSÃO ENFERMAGEM.....	27
1.1.1 – O Conceito.....	27
1.1.2 – Ser Competente em Enfermagem	32
1.1.3 – Percepção pessoal de competência.....	39
1.2 – IDENTIDADE E SABERES NA ENFERMAGEM	45
1.2.1 – Enfermagem: enquadramento da disciplina, da profissão e do ensino em Portugal.....	47
1.2.2 – Perfil e competências profissionais do enfermeiro de cuidados gerais....	57
1.2.2.1 – Competências profissionais articuladas com o perfil definido.....	59
1.2.2.2 – Caracterização geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEP	61
1.3 – FORMAR PARA O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO ENFERMAGEM.....	70
1.3.1 – Os saberes teóricos e práticos.....	71
1.3.1.1 – Reflexão sobre a prática: Potencialidades heurísticas da formação em cenário clínico	72
1.3.2 – Aprendizagem: uma metamorfose.....	74
1.3.3 – Modelos de ensino para a competência profissional em Enfermagem....	75
1.3.3.1 – Papel dos actores: uma breve alusão	79
1.3.4 – Teorias contemporâneas da educação	82
1.3.4.1 – Teorias sociocognitivas	82
2 – AUTO-EFICÁCIA DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM: PRÍNCIPIOS BÁSICOS	85
2.1 – TEORIA SOCIAL COGNITIVA E AUTO-EFICÁCIA.....	85
2.1.1 – Auto-eficácia: definição e operacionalização	90
2.1.2 – Níveis de especificidade de auto-eficácia: avaliação por metodologia microanalítica	94
2.1.3 – Origens e dimensões de Auto-eficácia	96
2.1.4 – Distinção entre Crenças de Auto-eficácia e outros constructos	101
2.2 – INFLUÊNCIA DA AUTO-EFICÁCIA NO CONTEXTO ACADÉMICO	103
2.2.1 – Auto-eficácia, motivação e desempenho académico.....	103
2.2.1.1 – Contributo dos processos auto-regulatórios da aprendizagem para o desenvolvimento de competências em enfermagem: uma abordagem sociocognitiva	107
2.2.1.2 – Promoção da auto-eficácia no estudante de enfermagem: papel do professor.....	110
2.3 – AUTO-EFICÁCIA NA TRANSIÇÃO PARA O TRABALHO, DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM	117

SEGUNDA PARTE – ESTUDO DIFERENCIAL DA AUTO-EFICÁCIA NAS COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS E FACTORES RELACIONADOS, EM ESTUDANTES FINALISTAS DE ENFERMAGEM	125
3 – ITINERÁRIO METODOLÓGICO	127
3.1 – FUNDAMENTAÇÃO E FINALIDADE	127
3.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO.....	129
3.3 – TIPO DE ESTUDO	130
3. 4 – O INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	131
3.4.1 – Validação do conteúdo do questionário	131
3.4.2 – Pré-teste.....	132
3.4.3 – Versão final	132
3.4.3.1 – Planeamento e Colheita de Dados.....	133
3.4.3.2 – Tratamento de dados	134
3. 5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA	137
4 – ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	141
4.1 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS QUESTÕES ABERTAS.....	141
4.2 – ANÁLISE DA PAEE NAS COMPETÊNCIAS DO ECGs	173
4.2.1 – Análise factorial exploratória (AFE)	174
4.2.2 – Análise correlacional.....	199
4.2.3 – Estudo de relações	202
5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	207
5.1 – CONCLUSÕES DO ESTUDO	240
6 – APLICAÇÃO DO ESTUDO E SUGESTÕES.....	253
BIBLIOGRAFIA.....	257
ANEXOS.....	271
ANEXO 1 – QAPAEEC-ECGs	273
ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA DIRECCÇÃO DA ESEP	281
ANEXO 3 – ANÁLISE FACTORIAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS DA PAEE NAS COMPETÊNCIAS DO ECGS	285
ANEXO 4 – EXCLUSÃO DAS CARGAS FACTORIAIS INFERIORES A 0,4	289
ANEXO 6 – ESTUDO DE HOMOGENEIDADE DA PAEE NAS COMPETÊNCIAS DO ECGS	297

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

art. - Artigo
AEE - Auto-eficácia Específica
AE - Auto-eficácia
AR - Auto-regulação
C - Competente
CE - Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CLE - Curso de Licenciatura em Enfermagem
DP - (*estatístico*) Desvio padrão
D.L. - Decreto-Lei
DR - Diário da República
ECGs - Enfermeiro de cuidados gerais
ECTS - Sistema europeu de transferência de créditos
enf. - Enfermeiro (s)
etc. - Entre outros
ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto
ex. - Exemplo (s)
F - Factor
F - (*estatístico*) Valor estatístico
Freq. - Frequência
GL - (*estatístico*) Graus de liberdade
ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros
KS - (*estatístico*) Teste Kolmogorov - Smirnov
MCTES - Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior
N - Número de casos
nº - Número
UC - Unidades curriculares
OE - Ordem dos Enfermeiros
OMS - Organização Mundial de Saúde
p - (*estatístico*) Nível de significância
PAE - Percepção de Auto-eficácia
PAEE - Percepção de Auto-eficácia Específica
Prof. - Professor (es)
QAPAEEC - ECGs - Questionário de avaliação da percepção de auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais
r - (*estatístico*) Coeficiente de correlação de Pearson
REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
R² ajustado - (*estatístico*) Coeficiente de determinação ajustado
S - Sujeito
TC - Totalmente Competente
TI - Totalmente Incompetente
TSC - Teoria Social Cognitiva
UE - Unidades de enumeração
 α - (*estatístico*) Alfa de Cronbach
 β - (*estatístico*) Coeficiente de regressão

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Competência: um resultado. Adaptado de Le Boterf (2003, p. 160).....	29
Figura 2 – Modelo explicativo da determinação recíproca triádica do funcionamento auto-regulatório (Adaptado de Bandura, 1986, p. 24; 2008, p. 27)	89
Figura 3 – Modelo esquemático sobre as fontes de informação e influência sobre a auto-eficácia (Bandura, 1986)	96
Figura 4 – Modelo explicativo da influência das crenças de AE no processo de aquisição/desenvolvimento de competências profissionais, do estudante do CLE.	124
Figura 5 – Escala de tipo <i>likert</i> de avaliação da PAEE nas competências do ECGs	133
Figura 6 – Modelo de PAEE sobre as competências do ECGs, dos estudantes finalistas do CLE.	206

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Domínios das competências do ECGs. Adaptado da OE (2003).....	59
Quadro 2 – Competências Gerais Graduado do 1º ciclo.....	60
Quadro 3 – Correspondência entre o plano de estudos da ESEP e as competências ECGs	66
Quadro 4 – Definição de Termos das Áreas temáticas	137
Quadro 5 – Representação da PAEE nas Competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem.....	182
Quadro 6 – Representação da PAEE nas Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais.....	184
Quadro 7 – Representação da PAEE nas Competências de Promoção da Saúde	185
Quadro 8 – Representação da PAEE nas Competências de Valorização Profissional .	187
Quadro 9 – Representação da PAEE nas Competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados	187
Quadro 10 – Representação da PAEE nas Competências de Prática Ético-Legal.....	188
Quadro 11 – Representação da PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão	189
Quadro 12 – Representação da PAEE nas Competências de Prática Ético-Moral	190
Quadro 13 – Representação da PAEE nas Competências de Execução de Cuidados ..	190
Quadro 14 – Representação da PAEE nas Competências Éticas.....	191
Quadro 15 – Representação da PAEE nas Competências de Formação Contínua	191
Quadro 16 – Representação da PAEE nas Competências de Responsabilidade.....	192
Quadro 17 – Representação da PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais.....	192
Quadro 18 – Competências com maior representação da PAEE como “Totalmente Competente”	193

Quadro 19 – Competências com representação da PAEE como “Totalmente Incompetente”	194
Quadro 20 – Competências com valores de PAEE inferiores a “Competente”	194
Quadro 21 – Resumo da estatística descritiva dos factores de PAEE nas competências do ECGs	197
Quadro 22 – Estatística Descritiva da configuração global da PAEE nas Competências do ECGs	199
Quadro 23 – Matriz de Correlações de Pearson entre os factores de PAEE nas Competências ECGs e com a configuração global de PAEE	200
Quadro 24 – Valor preditivo da Nota final de Curso na PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão	203
Quadro 25 – Valor preditivo da Nota final de Curso na PAEE nas Competências de Responsabilidade	204
Quadro 26 – Comparação de distribuição de PAEE nas competências entre os dois grupos de estudantes com opiniões diferentes acerca da adequação do curso ao exercício da profissão	205
Quadro 27 – Comparação de distribuição de PAEE nas competências entre os dois grupos de estudantes com opiniões diferentes acerca das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão	205
Quadro 28 – Nomeação dos factores de PAEE nas competências do ECGs e sua consistência interna	211

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Distribuição segundo a opinião dos estudantes sobre a Adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem	141
Gráfico 2 – Representação dos motivos associados à opinião dos estudantes acerca da adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem	145
Gráfico 3 – Distribuição dos estudantes segundo as suas Crenças de eficácia pessoal para exercício da profissão enfermagem	146
Gráfico 4 – Representação dos motivos associados à opinião dos estudantes acerca da Intensidade das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem	150
Gráfico 5 – Distribuição dos estudantes de acordo com a sua Motivação para o exercício da profissão Enfermagem	151
Gráfico 6 – Representação dos motivos associados à opinião dos estudantes acerca da Motivação para o exercício da profissão enfermagem	156
Gráfico 7 – Representação dos Factores com influência no desenvolvimento de competências por parte dos estudantes de enfermagem	168

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a idade.....	138
Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos segundo a Nota final de curso.....	139
Tabela 3 – Área Temática: Adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem; Categoria: Mais adequado.....	142
Tabela 4 – Área Temática: Adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem; Categoria: Menos adequado.....	143
Tabela 5 – Área Temática: Intensidade das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem; Categoria: Mais elevadas.....	146
Tabela 6 – Área Temática: Intensidade das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem; Categoria: Menos elevadas.....	148
Tabela 7 – Área Temática: Motivação para o exercício da profissão enfermagem; Categoria: Mais motivação	152
Tabela 8 – Área Temática: Motivação para o exercício da profissão enfermagem; Categoria: Menos motivação	154
Tabela 9 – Área Temática: Factores de influência no desenvolvimento de competências durante o CLE; Categoria: Mais influência positiva.....	156
Tabela 10 – Área Temática: Factores de influência no desenvolvimento de competências durante o CLE; Categoria: Menos influência positiva.....	162
Tabela 11 – Área Temática: Existência de competências não desenvolvidas durante o CLE.....	169
Tabela 12 – Representação dos Motivos do não desenvolvimento de competências de execução.....	170
Tabela 13 – Escala de avaliação da fiabilidade.....	175
Tabela 14 – Factor 1: PAEE nas Competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item...	176
Tabela 15 – Factor 2: PAEE nas Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item	177
Tabela 16 – Factor 3: PAEE nas Competências de Promoção da Saúde; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item	177
Tabela 17 – Factor 4: PAEE nas Competências de Valorização Profissional; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item	178
Tabela 18 – Factor 5: PAEE nas Competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item	178
Tabela 19 – Factor 6: PAEE nas Competências de Prática Ético-Legal; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item	179
Tabela 20 – Factor 7: PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item	179
Tabela 21 – Factor 8: PAEE nas Competências de Prática Ético-Moral; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item	180

Tabela 22 – Factor 9: PAEE nas Competências de Execução de Cuidados; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item	180
Tabela 23 – Factor 10: PAEE nas Competências Éticas; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item	181
Tabela 24 – o Factor 11: PAEE nas Competências de Formação Contínua; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item	181
Tabela 25 – Factor 12: PAEE nas Competências de Responsabilidade; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item	181
Tabela 26 – Factor 13: PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item...	181

INTRODUÇÃO

A sociedade hodierna é constituída por muita turbulência, em que as pessoas num ritmo desenfreado correm para todo o lado, não vá o tempo esvaír-se por entre os dedos. Mas, apesar deste frenesim constante, a verdade é que o tempo foge, e não há tempo sequer para parar e pensar, ... para pensar em nós e nos outros... contudo, na enfermagem, enquanto profissionalização do cuidar (Roach, 1984), e porque cuidar, implica o outro, tem que existir tempo para parar e pensar, para reflectir, ponderar e agir com competência, em segurança e com qualidade. Aliás cuidar, só é cuidado quando é humanizado, o que exige um compromisso com o saber científico.

Enfim, mudou a sociedade e o mercado de trabalho, e como tal, também mudaram as finalidades e exigências educativas. Exige-se plasticidade, exige-se adaptação a este ritmo louco, pelo que, pensamos que a educação será a chave para colmatar as imposições que emergem na complexidade, com que os enfermeiros se deparam diariamente. Será o agir profissional, edificado no conhecimento próprio da disciplina Enfermagem, oriundo da *práxis* e da investigação, e sustentado na fusão de saberes originários de várias fontes, que permitirá ao enfermeiro enfrentar esses desafios.

Sabendo que, educar em enfermagem implica ter em consideração as teorias científicas, pois sem isso, é o mesmo que actuar de forma tão-somente intuitiva e rotineira, onde a prática surge sem razões associadas, cabe às escolas de enfermagem a missão de formar para as realidades onde se inserem, considerando os contextos, que funcionam como parceiros dos modelos de formação, e fornecer os recursos necessários para que os estudantes adquiram e desenvolvam competências para o exercício profissional.

Na última década do século transacto a enfermagem evoluiu de distintas formas, quer no espaço profissional, quer no espaço da formação. No primeiro realçamos a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE), no segundo, destacámos a criação do curso de licenciatura em enfermagem, que se concretiza num ciclo de quatro anos. Acreditamos que o que movimentou esse avanço, foi o desenvolvimento da disciplina de

enfermagem, para a qual, contribuiu a investigação. Esta, embora seja maioritariamente de natureza académica, permitiu uma clarificação e uma consolidação da estrutura do conhecimento em enfermagem, de forma progressiva.

Neste sentido, para permitir a construção das competências, é necessário ter em consideração o desenho curricular adoptado pelas escolas, que deve ter em consideração as mudanças do contexto envolvente. Consequentemente, à luz do chamado “Processo de Bolonha”, torna-se inevitável, o despontar de novos paradigmas educacionais e a renovação das estratégias e métodos pedagógicos. Premeia-se o desenvolvimento do espírito crítico-reflexivo e criativo, a autonomia e a responsabilidade do estudante na construção da sua aprendizagem, sabendo que, a forma como aprende a aprender, marca-o para o resto da vida. E, como qualquer projecto educativo deverá ter em consideração aquele que aprende (Giordan, 2007), decidimos dirigir o nosso foco de estudo para os estudantes finalistas de enfermagem. Por conseguinte, decidimos que deveríamos aliar a este aspecto, outro importante, o nosso contexto profissional. Assim, como docentes integrados na formação inicial de enfermeiros, estamos empenhados em formar profissionais que prestem cuidados de qualidade e que respondam às expectativas actuais da sociedade, o que pressupõe competência. Esta é entendida, segundo Alarcão (1996), como “um conjunto de elementos, componentes ou potencialidades que a pessoa consegue mobilizar para agir nas circunstâncias reais, em situação” (citado por Tavares, 2003, p. 85). Implica combinar os recursos pessoais e os recursos do meio, de forma a conseguir navegar na imprevisibilidade (Le Boterf, 2003), e para tal, é necessário um certo talento artístico (Schön, 2000).

Por outro lado, considerando que é fundamental para o desenvolvimento do estudante efectuar um balanço acerca das suas competências, pontos fortes e pontos fracos, optámos por avaliar a sua percepção, entendendo que esta representa uma avaliação da pessoa relativamente ao seu mundo exterior e mundo interior (Graveto, 2005). Associámos ainda outro conceito, o de auto-eficácia específica (AEE), de acordo com a especificidade das tarefas, uma vez que, já está fortemente documentado o impacto da auto-eficácia (AE) na aprendizagem e no desempenho do estudante (Pajares, 1996).

A AE, constructo essencial da teoria social cognitiva (TSC) de Bandura (1986), refere-se às “crenças na capacidade própria para organizar e implementar o curso das acções requeridas para produzir determinados resultados” (Bandura, 1997, p. 3). Isto é, a percepção de AE não se refere às competências que a pessoa possui, mas sim, às

crenças acerca daquilo que cada um pode fazer (Bandura, 1986), representando a capacidade percebida pelo sujeito acerca do uso das capacidades e habilidades pessoais para a realização das tarefas necessárias para alcançar determinados objectivos (Bandura, 1997), funcionando dessa forma, como mediador entre o conhecimento e a acção.

Foi com base neste conjunto de pressupostos, que nos envolvemos num estudo no âmbito do Curso de Mestrado em Administração e Planificação da Educação, da Universidade Portucalense Infante D. Henrique, em que pretendemos avaliar a percepção de auto-eficácia específica (PAEE) dos estudantes finalistas de enfermagem, nas competências do enfermeiro de cuidados gerais (ECGs). O propósito é clarificar qual a percepção que os estudantes têm acerca daquilo que acreditam ser a sua competência em situações específicas, neste caso, as competências do ECGs, e relacionar com factores que possam influenciar essa percepção, associada ao desenvolvimento de competências.

Neste sentido, consideramos que após a adequação do currículo, em resultado da fusão das três Escolas Públicas Superiores de Enfermagem do Porto, como projecto devidamente articulado, sequencializado, organizado, gerido e realizado, e para que de facto, seja um verdadeiro instrumento de formação em função dos objectivos estratégicos e operacionais a atingir, torna-se crucial a última fase: avaliar. Portanto, seleccionámos a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP), como contexto para a realização do nosso estudo. Pensamos que clarificar a percepção dos estudantes finalistas, a respeito daquilo que acreditam ser a sua competência para o exercício da profissão de enfermeiro, pode ser um contributo indirecto, para a avaliação do plano de estudos, que tem por objectivo final, a aquisição dessas competências.

A finalidade será contribuir para a melhoria da formação inicial dos enfermeiros, e consequentemente para a prestação de cuidados de enfermagem de elevada qualidade. Como tal, desenvolvemos um estudo de natureza quantitativa, por gerar informação numérica apropriada para a análise estatística (Polit & Hungler, 1995), exploratório, dada a escassez de trabalhos realizados sobre a PAEE nas competências em enfermagem, e descritivo-correlacional, por implicar a descrição do fenómeno e a descoberta dos factores ligados ao mesmo (Fortin, 1999).

O relatório do estudo apresenta-se organizado em seis capítulos, que dão corpo a duas partes: a primeira refere-se ao enquadramento teórico e a segunda ao estudo diferencial da AE nas competências do ECGs e factores relacionados.

O primeiro capítulo é constituído pela contextualização teórica, de forma a enquadrar a investigação realizada. Aborda-se a competência e a profissionalização em enfermagem, desde a escola até ao desenvolvimento profissional. Contém ainda, o enquadramento da enfermagem em Portugal, o perfil e as competências do ECGs, e a caracterização geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da ESEP, integrando dessa forma a identidade e saberes na enfermagem. De seguida, aborda-se a formação para o exercício da profissão, destacando os modelos de ensino para a competência profissional em enfermagem, e a reflexão sobre a prática, devido ao papel fulcral que esta tem, na construção das competências.

No segundo capítulo, coloca-se o enfoque principal no racional teórico que suporta esta investigação: a TSC de Bandura (1986), que incorpora entre outros conceitos importantes, a noção de aprendizagem vicariante como forma de aprendizagem social, o determinismo recíproco, a AE e o conceito de auto-regulação (AR) como resultado do processo de socialização. Indubitavelmente, a nossa atenção dirige-se para a AE, para a sua influência no contexto académico e na transição para o mundo do trabalho. Consideramos importante, abordar a motivação, os processos de auto-regulação (AR) da aprendizagem no desenvolvimento de competências em enfermagem e, o papel dos professores na promoção da AE, no estudante de enfermagem.

O terceiro capítulo, que inicia a segunda parte do estudo, comporta o desenvolvimento do percurso metodológico, através da caracterização do mesmo, bem como, todos os procedimentos relativamente à construção do instrumento de recolha de dados: Questionário de avaliação da percepção de auto-eficácia específica nas competências do enfermeiro de cuidados gerais – QAPAEEC – ECGs, assim como, os procedimentos de recolha e de análise de dados.

O quarto capítulo agrega a análise dos resultados, sendo já introduzida a discussão das questões abertas, por uma questão de organização do trabalho.

O quinto capítulo versa sobre a discussão dos resultados obtidos. Contém ainda, as conclusões do estudo e considerações finais.

As implicações para a prática e as sugestões corporizam o sexto e último capítulo.

Queríamos ainda efectuar um esclarecimento: ao longo do estudo poderá aparecer a palavra doente, a palavra cliente ou a palavra utente, e o significado é o mesmo, ou seja, a pessoa que é alvo do cuidado de enfermagem; surgirá ainda, a palavra

estudante e a palavra aluno, e ambas se referem à pessoa que aprende no contexto educativo.

Cogitamos que este estudo é detentor de características peculiares, e esperamos que as linhas que se vão escrever, traduzam a complexidade que é abordar a percepção, o que implica algum grau de subjectividade, as crenças de AEE e as competências necessárias para exercer a profissão enfermagem, nos quais se envolve o currículo do CLE, e tudo o que isso implica. Esperamos ainda, que as informações venham ajudar a construir linhas orientadoras que favoreçam a construção, quer de PAEE elevadas, quer de competências, desde o primeiro dia de ingresso no CLE.

Afinal, “a investigação é uma actividade orientada no sentido da solução de problemas. É uma tentativa de averiguar, indagar, procurar respostas, que podem ser encontradas ou não” (Erasmé e Lima, 1989, citado por Graveto, 2005, p. 81), e foi com essa assumpção que partimos para este itinerário.

PRIMEIRA PARTE

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – COMPETÊNCIAS E PROFISSIONALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM: DA ESCOLA AO DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL

Como se constroem e desenvolvem as competências? Quais as mais importantes no desempenho profissional do enfermeiro? Será que existem diferentes níveis de importância quando falamos em competências profissionais? E, afinal, podem as competências ser avaliadas? E se sim, como? Mas, o que são: competências?

Estas são algumas das questões que emergem nas reflexões acerca da formação de profissionais de enfermagem, entendendo-se a formação como um processo permanente de apropriação pessoal do saber em contextos interactivos, de relação constante do sujeito com o meio, tornando assim, o conhecimento pessoalizado e socialmente construído na interacção ecológica dos contextos (Rua & Alarcão, 2005). Aspira-se, à formação de enfermeiros competentes, responsáveis, capazes de trabalhar em equipa, mobilizando o conhecimento interligado nas suas diferentes parcelas.

A construção dos saberes, por parte do estudante de enfermagem, advém em grande parte da experiência clínica, da observação, da reflexão sobre a prática que exige um permanente vaivém, um diálogo nos processos de interpretação, visando o auto-desenvolvimento e a edificação sólida como futuro enfermeiro. Assim, o agir profissional, arquitectado no conhecimento próprio da disciplina Enfermagem, decorrente da *práxis* e da investigação, e sustentado na fusão de saberes provenientes de várias fontes, permitirá ao enfermeiro enfrentar os desafios do paradigma sócio-profissional actual. E, a propósito das exigências de hoje, Rodrigues *et al.* (2006), evoca que a formação de uma consciência europeia de ensino superior passa pela aproximação do ensino aos interesses da sociedade, realização e satisfação pessoal e, pelo processo de desenvolvimento de competências em acção.

Com efeito, a questão central na Declaração de Bolonha “é o da mudança do paradigma de ensino de um modelo passivo, baseado na aquisição de conhecimentos, para um modelo baseado no desenvolvimento de competências, onde se incluem quer as de natureza genérica - instrumentais, interpessoais e sistémicas - quer as de natureza específica associadas à área de formação” (D. L. nº 74/2006, p. 2243). Entendendo-se as

competências instrumentais, como as capacidades para análise e sinopse, organização, cultura geral básica na comunicação; as competências interpessoais, como a capacidade de trabalho em grupo, de crítica e autocrítica, incorporar grupos interdisciplinares, de apreciar a diversidade e multiculturalidade; e as competências sistémicas como a capacidade de aplicar conhecimentos na prática, de aprender, de se adaptar a novas situações, de conceber ideias originais, de liderança, e de trabalho autónomo.

As mudanças no mercado de trabalho repercutem-se nos programas curriculares do ensino superior. Consequentemente, há que abandonar as ferramentas do passado que teimam em persistir no universo académico. “Espera-se dos diplomados do ensino superior que além de competências profissionais, possuam também competências de aprendizagem, competências sociais e competências de carreira, de forma a garantir uma grande empregabilidade também a longo prazo” (Van der Klink *et al.*, 2007, p. 74). De igual forma, numa das conclusões do seu estudo Carvalho (2004, p. 11), verificou que “a escola, os professores e os alunos defendem a formação de um enfermeiro com competências científicas, técnicas, relacionais e culturais, capaz de assumir uma postura reflexiva e adaptada às exigências da sociedade, constituindo-se como agente de mudança (...)”. Assim, naturalmente que ao pretendermos orientar os estudantes enfatizando o desenvolvimento profissional, é imprescindível ajudá-los na construção progressiva de profissionalidade. A missão será a promoção de uma aprendizagem auto-construída, o que passa por uma autocrítica dos estudantes e pela promoção de competências reflexivas. Na verdade, é a qualidade do pensamento que diferencia os homens entre si (Mussak, 2004), sendo necessária uma permanente auto-análise, para que se possam superar sempre, pois sabemos, que um enfermeiro engolido pela rotina quotidiana, terá sempre dificuldade em organizar-se de forma reflexiva, e em disponibilizar-se para a mudança e pesquisa. A incerteza e imprevisibilidade perturbam a possibilidade de conceptualização e de planeamento de cuidados, o estabelecimento de prioridades e uma prática de reflexão, criativa e de investigação.

Assumindo que a aprendizagem que o estudante faz ao longo do curso tem como objectivo o desenvolvimento de competências, de forma que no seu término, ele possa ser capaz de atingir os objectivos visados pelo mesmo, as competências podem funcionar como indicadores da qualidade de uma formação. Aliás, já F. Nightingale (1989) no seu livro *Notes on Nursing*, usa o termo competência, para referir as qualidades (características) que os estudantes deveriam possuir para serem enfermeiros no final do curso. E de acordo com o código deontológico do enfermeiro, para que um

estudante de enfermagem se torne num profissional, é necessário que possua reconhecida competência técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais aos indivíduos, família, grupos e comunidade (OE, 2003).

Percebe-se portanto, que associada à noção de competência está associada a qualidade no desempenho profissional. Então pode-se dizer, que o desempenho competente é o espelho da competência. Mas o que é a competência? Urge uma clarificação, ...

1.1 – O CONCEITO DE COMPETÊNCIA E A PROFISSÃO ENFERMAGEM

Expressamos a relevância que constituiu para nós, apreciar uma questão que aparentemente está bem definida (a competência), dado que anda nas nossas bocas diariamente, mas que afinal, nos envolve numa espiral de raciocínios quando pretendemos delimitá-la no papel.

1.1.1 – O Conceito

Reinbold e Breillot (1993), dizem que foram relatadas cerca de 120 definições da noção de competência, indício da complexidade que se pretende elucidar (citado por Canário, 2003, p. 138), porém, há quem considere que o número de definições é incalculável (Van der Klink *et al.*, 2007). Na verdade, a literatura confere muitas abordagens à competência, conceptualizando-a muitas vezes de formas distintas, sendo o termo aplicado em conjunturas diferentes, pelo que, ainda não se encontra estabilizado em termos de definição, inserindo-se numa matriz conceptual alargada. Ele tem sido usado, ora referindo-se a qualificação, ora a habilidade, ora a capacidade, ora a *performance*, ora a *skill*, existindo diversas gramáticas de competência

Relativamente à capacidade, a competência está profundamente inter-relacionado com ela, mas apesar disso, Fernandes (2007, p. 84) enuncia que “a noção de capacidade associa-se à ideia de potencialidade, mérito ou talento, um pouco diferente de competência cuja noção evoca a excelência do fazer, a habilidade, a amplitude dos «saberes» e dos «saber-fazer» num domínio específico e concreto da acção”. Ou seja, as capacidades exprimem as potencialidades de uma pessoa e as competências incluem um conjunto de capacidades e conhecimentos organizados para resolver uma dada situação. Por outro lado, “os conhecimentos, as capacidades, os saberes-fazer, as habilidades ou

skills, as motivações, ainda que sendo elementos constitutivos das competências efectivas, não se confundem com estas, por faltar a situação contextualizada onde a sua mobilização em rede seja de facto feita” (Esteves, 2009, p. 44).

Com efeito, ao longo da nossa revisão da literatura, não encontramos uma definição única, contudo, com o objectivo de compreendermos o significado de competência, sentimos necessidade de ir à sua origem: do latim *competens*, que significa: *o que vai com..., o que é adaptado a...*, manifestando uma actuação adaptada a uma situação. “Ser competente implica saber o que fazer em cada situação concreta” (Rua & Alarcão, 2005, p. 375). No entanto, tal implica uma compreensão sobre a situação e uma intenção na acção, o que pressupõe mobilizar e articular as diferentes micro-competências mais adequadas à situação.

Para Rosário *et al.* (2006, p. 109), as competências são entendidas como “um conjunto de conhecimentos, destrezas e atitudes necessários para exercer uma determinada tarefa, e para resolver problemas de forma autónoma e criativa”. Para Berger Filho (1998) “as competências são especialmente as evidências do que o indivíduo é capaz de fazer com aquilo que sabe. Entende-se por competências os esquemas mentais, ou seja, as acções e operações mentais de carácter cognitivo, sócio-afectivo ou psicomotor que mobilizadas e associadas a saberes teóricos ou experiências geram habilidades, ou seja, um saber-fazer” (citado por Carvalho, 2004, p. 363).

Todavia, Le Boterf (2005), a propósito das definições (como as anteriores) em que a competência é muitas vezes entendida como a «aplicação» de saberes teóricos ou práticos ou como um conjunto de aptidões ou de traços de personalidade (rigor, espírito de iniciativa, tenacidade, ...) diz-nos que as mesmas possuem fraquezas na medida em que, comparam as competências a recursos (saberes, saber-fazer e saber-ser) e só há competência quando estes são aplicados na acção; a competência é vista como uma «soma», e na verdade trata-se de uma combinação em que cada elemento se modifica na relação com os outros, sendo pois, um processo que combina recursos. De igual forma, Schön (2000) entende a competência como a mobilização de saberes e de saberes fazer adequados às situações concretas, sendo possível apenas com a reflexão na e sobre a acção.

Por seu lado, Mussak (2004, p. 44) diz-nos que “a competência é o produto entre saber, poder e querer”, conforme a figura 1. Ideia essa, partilhada por Le Boterf (2003), isto é, se o indivíduo quer fazer e sabe fazer, mas se lhe faltam habilidades humanas para de forma adequada, aplicar os seus conhecimentos, a competência tende a zero.

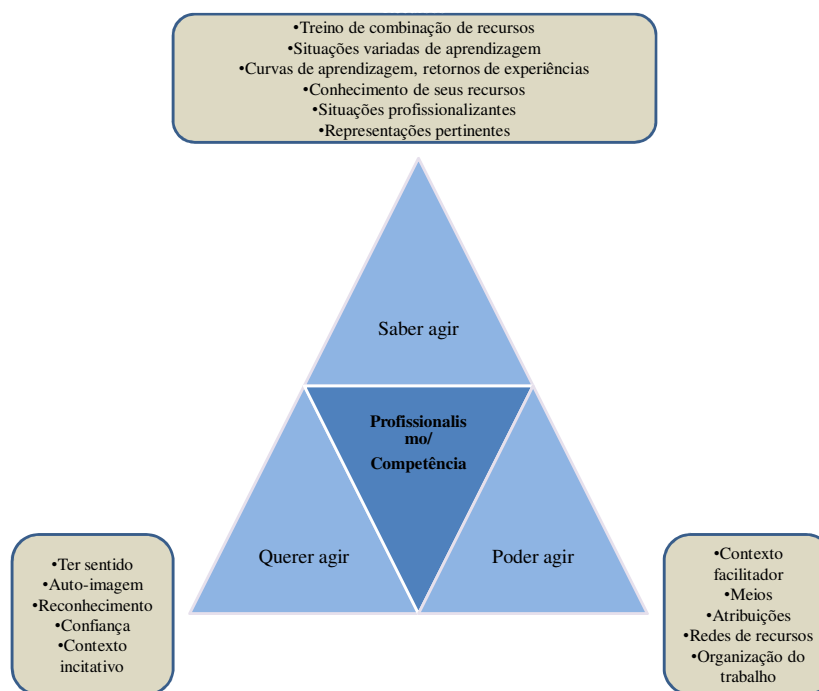


Figura 1 – Competência: um resultado. Adaptado de Le Boterf (2003, p. 160)

Mas, entre os vários autores que se têm dedicado ao estudo das competências, salientamos dois, pela influência que ambos têm exercido sobre as questões da formação, um dos temas centrais deste trabalho, nomeadamente Perrenoud (2001, 2002) e Le Boterf (2003, 2005).

O primeiro refere-se às competências como uma orquestração de diversos recursos cognitivos e afectivos para enfrentar um conjunto de situações complexas, que se traduz na capacidade para agir de forma eficaz numa dada situação (Perrenoud, 2002). Este autor acentua a conexão da competência com os saberes e com os contextos, ao declarar que ter competência é saber mobilizar saberes e ao clarificar que a competência é a capacidade de utilizar os saberes para agir em situação, de tal forma, que não existe competência sem saberes. Na mesma linha de pensamento, o outro autor propõe que a competência é a capacidade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos para enfrentar uma situação complexa, reconhecendo de igual forma, que a competência requer um «equipamento» de saberes, porém, salienta que não se reduz a tal, ou seja, não reside nos recursos (saberes, saber-fazer ou saber-ser) a serem mobilizados, mas na própria mobilização dos mesmos (Le Boterf, 2003). Efectivamente, este autor interessa-se, pelas competências necessárias ao desempenho das profissões complexas, definindo-as como aquelas profissões em que os profissionais

devem enfrentar o desconhecido e a mudança permanente, situação em que se encontra a profissão enfermagem, não só pela complexidade dos problemas a resolver, como pelo carácter incerto do contexto de trabalho.

Continuando, Le Boterf (2003) ao definir competência como um saber agir em situação, de modo pertinente e no momento oportuno, fala de um saber mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos adquiridos não só através da formação, como também, de todos os conhecimentos e experiências adquiridas ao longo da vida e que se manifestam nos contextos de trabalho específicos. Para este autor, a competência não se circunscreve unicamente «a um saber», reforçando o facto de a mesma não ser o tal somatório de saberes, mas sim, o referido, saber agir (ou saber fazer em situação, em acção) que abarca três elementos basilares: 1 – saber mobilizar, numa situação concreta, os conhecimentos ou capacidades adquiridas através da formação (mas não necessariamente). Por exemplo, e reportando-nos ao nosso estudo, um estudante de enfermagem pode saber executar correctamente a técnica de aspiração de secreções perante um doente com limpeza das vias áreas ineficaz e, não decidir executá-la no momento certo; 2 – Um saber integrar, tendo em consideração os múltiplos conhecimentos e os múltiplos saber-fazer. A competência exige capacidade de organizar, seleccionar e integrar o que pode vir a ser útil para se conseguir executar uma actividade, ou conduzir um projecto com sucesso. Retomando o exemplo anterior, o estudante demonstra competência quando sabe mobilizar e integrar os conhecimentos teóricos e habilidades adquiridas e actua de forma eficaz; 3 – Um saber transferir, pois toda a competência deverá poder-se transferir e adaptar, não ficando presa à execução de uma única actividade. Ser competente exige mais do que ser um bom executante. Voltando ao mesmo exemplo, frequentemente o estudante de enfermagem, face aos diferentes cenários clínicos e recursos que dispõe, tem que se adaptar e até, improvisar e inovar, para resolver os problemas, mesmo sem ter recebido informação prévia dirigida à resolução de um novo problema, muitas vezes inerente à própria condição de saúde do doente, ou à falta de recursos materiais e humanos. Nesta definição, a competência adquire um cariz dinâmico e dialéctico no confronto com os outros e com o contexto, incutindo-lhe uma óptica inacabada, em constante desenvolvimento.

Le Boterf (2003) diferencia também, a noção de competência da de conhecimentos adquiridos através da formação, sendo estes últimos os conhecimentos e capacidades que os formandos passam a deter após ter completado a sua formação profissional. No que concerne às competências, estas existem quando os indivíduos que

augeram formação aplicam eficazmente e com conhecimento, aquilo que aprenderam na formação, numa situação de trabalho concreta, pois, possuir as capacidades e conhecimentos não significa necessariamente ser-se competente, salientando que a competência não é um estado, mas um processo. Afinal, a competência “só é compreensível (e susceptível de ser produzida) «em acção»” (Canário, 2003, p. 139).

No encadeamento das diferentes definições explanadas, parece existir aquiescência entre a maioria dos autores consultados, apesar de nem todos citados (Alarcão, 2001; Bellier, 2001; Benner, 2001; Dias, 2005; Graveto, 2005; Le Boterf, 2003, 2005; Perrenoud, 2001, 2002; Schön, 2000; entre outros), em que as competências se adquirem na acção. Partilham ainda outras comunicações, abrangendo a competência, pelo menos, conhecimentos, aptidões e atitudes, sendo inseparável da acção e do contexto onde ocorre, construindo-se enquanto processo em função de situações específicas. Agir com competência significa demonstrar capacidade para concretizar eficazmente o saber e o saber-fazer na realização de uma tarefa, que resulta da experiência profissional e se observa na análise das funções, sendo validada pelo desempenho profissional num dado cenário. Implica mobilização, pois, “as competências utilizam, integram ou mobilizam o conhecimento em situação de acção” (Lucchese & Barros, 2006, p. 96) e, resultados, assumindo uma noção operacional, não as reduzindo a simples características da pessoa, mas considerando-as um repertório da pessoa, na situação de trabalho.

No final desta explanação, decidimos adoptar uma ideia análoga à de Bellier (2001, p. 244) em que “a competência permite agir e/ou resolver problemas profissionais de forma satisfatória num contexto particular ao mobilizar diversas capacidades de maneira integrada” e de Cavaco (2007, p. 23), em que “a competência é referente à capacidade de mobilizar, num determinado contexto, um conjunto de saberes, situados ao nível do saber, saber-fazer e saber-ser, na resolução de problemas. A competência não existe *per se*, está ligada a uma acção concreta e associada a um contexto específico”. Isto é, uma concepção de que a competência é a capacidade de agir em situação (Le Boterf, 2003, 2005).

Para tal, é essencial conhecer o «que não se sabe», visto que é condição necessária, apesar de não ser suficiente, para uma aprendizagem continuada, em que a abordagem da formação centrada nas competências mais do que nos conhecimentos “não pretende mais do que permitir a cada um aprender a utilizar os seus saberes para actuar” (Rua & Alarcão, 2005, p. 376). O desenvolvimento do estudante pressupõe que

este seja capaz de avaliar as suas capacidades e competências, reconhecer aspectos fortes e fracos, analisar as suas possibilidades, procurar melhorias, desenvolver o autoconhecimento e a auto-regulação (AR), e tomar decisões relativas à profissão. É aqui, que se insere a necessidade de avaliar a percepção de auto-eficácia específica (PAEE), tendo por base o julgamento sobre as competências face a uma situação específica. Não falamos em avaliação de competências, porquanto tal só pode ser feito perante a situação concreta, pois, o facto de a competência ter por base uma acção, um contexto e procedimentos específicos coloca problemas na sua avaliação, porque o processo de reconhecimento e validação ocorre diferido no tempo. “Não há competência senão posta em acto, a competência só pode ser competência em situação. Ela não preexiste ao acontecimento ou à situação” (Le Boterf, 2003, p. 51). O que queremos dizer, é que o indivíduo não é avaliado no momento em que manifesta certa competência, mas sim *a posteriori*.

1.1.2 – Ser Competente em Enfermagem

Sabendo que “o profissional reconhecido como competente é aquele que sabe agir com competência”, (Le Boterf, 2003, p. 11) e que o saber agir deve ser distinguido do saber-fazer, pois a competência do profissional está no saber combinatório de recursos pessoais (saberes, saber-fazer, aptidões, ou qualidades e por experiências acumuladas) e recursos do meio (equipamentos, materiais, informações e redes relacionais), a situação de trabalho, pelas competências múltiplas que mobiliza, comporta um potencial formativo. E, a aprendizagem realizada supõe a interacção da pessoa com as situações (experiência), sendo diferente a situação de trabalho que modifica o trabalhador por repetição ou impregnação, da situação em que a pessoa tem intenção em se empenhar num processo de aprendizagem. Aliás, a propósito da formação dos enfermeiros, Amendoeira (2006, p. 282) aborda a importância de um novo paradigma para a formação, “tendo em vista o desenvolvimento de competências que lhes permitam cuidar, diminuir as actividades de tipo mecânico e repetitivo”, que lhe permitam transpor, o que supõe que tenham capacidade de aprender e de se adaptar. Esta noção de transversalidade e transferibilidade face à variabilidade dos contextos, é aquela que melhor caracteriza o saber-ser, que segundo Bellier (2001), desenvolve-se a partir das competências ditas chave ou genéricas.

A este propósito, entendendo que formar-se é querer transformar-se, que “formar-se é adquirir, refrescar ou desenvolver saber e saber-fazer, habilidades, capacidades, é desenvolver competências que combinam uma gama de comportamentos e de saberes face a problemas a resolver em situações específicas” (Caspar, 2007, p. 93), Dias (2005) chama a atenção para a necessidade de repensar o currículo na enfermagem, de definir os objectivos da aprendizagem, da selecção e organização dos conteúdos e das estratégias pedagógicas, bem como, o processo de avaliação, de forma a promover o desenvolvimento integrado e simultâneo de competências. Na verdade, “os conhecimentos que os currículos proporcionam não valem por si mesmos, mas pela possibilidade de ajudarem a desenvolver as competências de cada sujeito e de serem, por este, investidos na acção” (Esteves, 2009, p. 41).

Por outro lado, esse desenvolvimento das competências na formação inicial dos enfermeiros, deve acontecer em diferentes dimensões, sejam elas: Pessoais, genéricas, chave ou de terceira dimensão; Científicas (os conhecimentos, diferentes formas de saberes e saberes formalizados); Técnicas (os saber-fazer que caracterizam a profissão); Sócio-afectivas e relacionais e Ético-morais (dimensões do desenvolvimento pessoal, social e moral), ou outras, sendo uma assumpção já expressa por diversos investigadores: Pires (1994, 2007), Alarcão (1996), Costa (1998), Sá-Chaves (2000), Abreu (2001, 2003, 2007), Bellier (2001), Perrenoud (2001, 2002), Le Boterf (2003, 2005), Carvalho (2004), Dias (2005), Graveto (2005), Amendoeira (2006), Fernandes (2007), Mestrinho (2007). Sendo assim, é basilar que os estudantes de enfermagem tenham sempre presente quais as metas a alcançar, qual o significado da competência e quais as competências a desenvolver. A operacionalização destas, constitui o indicador das actividades que os estudantes devem realizar, sendo simultaneamente um indicador para a avaliação, pois se não se souber qual é a meta final, difícil será, seleccionar o caminho adequado para a alcançar e, não será possível avaliar e consequentemente aprender.

No âmbito da enfermagem enquanto profissão, Alarcão (1996, p. 19) afirma que a competência profissional “implica um conhecimento situado na acção, holístico, criativo, pessoal, construído, um conhecimento que depende, entre outras coisas, da capacidade do profissional para apreciar o valor das suas decisões e as consequências que delas decorrem”. É aqui que se salienta a óptica da prática como fonte de conhecimento através da experimentação e reflexão, sendo um momento privilegiado de integração e de desenvolvimento de competências. Também Mestrinho (2007) nos diz

que “ao nível das profissões, o conceito de competência compreende os saberes conceptuais, da experiência e os saberes da acção (na formação inicial e contínua)” (p. 200). E, resulta de um conjunto de micro-interacções: - com o próprio (interacção intrapessoal); - com os outros (interacção interpessoal); - com os saberes na sua relação de interactividade (interacção interdisciplinar) (Rua & Alarcão, 2005), sem esquecer, que “nem toda a experiência resulta necessariamente numa aprendizagem, mas a experiência constitui, ela própria, um potencial de aprendizagem” (Dominicé, 1989 citado por Cavaco, 2007, p. 23).

Por conseguinte, torna-se fundamental a introdução de modelos educativos orientados para o desenvolvimento das competências, preparando para o saber agir, mobilizar, integrar e combinar saberes múltiplos, refutando algumas críticas que afirmam que os saberes já não têm lugar num currículo com essa orientação, uma vez que, não existe competência sem saberes (Perrenoud, 2002), a que Le Boterf (2003) chama de recursos.

Posto isto, um programa curricular baseado nas competências, deve promover não só as competências necessárias para gerar a oportunidade de trabalho, mas ferramentas de pensar e de agir, num mundo complexo e em mutação, onde é necessário movimentar recursos em tempo útil. Assim, o desenvolvimento da competência profissional concretiza-se num processo de experiência reflectida, pelo que as competências não são ensinadas, mas sim construídas através de uma prática reflexiva (Perrenoud, 2002). Ou seja, num ensino para a competência “ensinar exige reflexão crítica sobre a prática, num movimento dinâmico e dialéctico entre o fazer e o pensar sobre esse fazer” (Lucchese & Barros, 2006, p. 93), o que requer um currículo integrado baseado na resolução de problemas, em rede e vivo, que proporcione a oportunidade de conhecer, fazer, relacionar, aplicar e transformar. O currículo deve ser desenhado de acordo com a acção que se pretende, atribuindo um valor de uso a cada conhecimento, de forma a contribuir para a edificação de competências. Não importa a transmissão do conhecimento acumulado, mas desenvolver a capacidade para se recorrer ao que se sabe, para se alcançar o que se deseja e projecta. Daí, o modelo das competências profissionais é conceptualizado por Minet (1995); Reboul (1982); Pires (1994), a partir de três dimensões: Saber (conhecimentos); Saber-fazer (habilidades); Saber-ser (atitudes e valores éticos), sendo actualmente neste último, que se foca o ensino em enfermagem, o que pressupõe uma concepção diferente da tradicional abordagem pela qualificação (citado por Dias, 2005, p. XXXVII), sem esquecer que “o saber, o saber-fazer, o saber

viver juntos e o saber-ser constituem quatro aspectos, intimamente ligados, numa mesma realidade” (Delors *et al.*, 2003).

Quanto às qualificações entendem-se como conjunto de saberes resultantes de formações explícitas, passíveis de serem medidos ou certificados. As qualificações diferem da competência: “quando a qualificação se reduz a diplomas de formação inicial, isso não significa que a pessoa saiba agir com competência. Significa antes, que ela dispõe de certos recursos com os quais pode construir competências” (Le Boterf, 2003, p. 21). Quanto às competências, já vimos que se relacionam com os saberes oriundos da formação e da experiência da acção, que são mobilizados e, se manifestam em situações de trabalho, sendo possíveis de avaliar embora com maior dificuldade. “Espera-se que o trabalhador exerça sua qualificação para realizar um trabalho; espera-se que o profissional operacionalize competências para administrar uma situação profissional” (Le Boterf, 2003, p. 25), pelo que, o desenvolvimento profissional passa obrigatoriamente por um desenvolvimento pessoal.

A respeito do que significa ser um profissional competente, Le Boterf (2003) salienta que o profissional é aquele que sabe navegar na complexidade de uma situação profissional, de forma responsável. Ele “possui um *corpus* de conhecimentos e habilidades reconhecido e valorizado no mercado de trabalho. (...) Aquele que é reconhecido como um profissional competente possui uma identidade social que vai além do emprego que ocupa” (p. 34). O autor identifica seis competências inerentes aos profissionais que sabem gerir a complexidade: “Saber agir com pertinência; Saber mobilizar saberes e conhecimentos num contexto profissional; Saber integrar ou combinar saberes múltiplos e heterogéneos; Saber transpor; Saber aprender e aprender a aprender; Saber envolver-se” (pp. 38 - 82). Importa sublinhar a natureza da última das competências listadas - Saber envolver-se - que remete para um domínio eminentemente social ou sócio-afectivo, onde a motivação, o interesse, a vontade do profissional, avultam. “É preciso querer agir para poder e saber agir” (p. 80), de tal forma que “a competência é inseparável da motivação por estar sempre ligada à situação significativa construída pelo sujeito” (p. 154). Assim, o profissional mobiliza as suas competências em função de um projecto que para ele tem um significado, um sentido.

Naturalmente, transpomos o que foi descrito sobre as competências até agora, para a enfermagem, onde a noção de competência envolve um conjunto de conhecimentos, capacidades para agir e comportamentos estruturados em função das características e âmbito da acção, que o enfermeiro tem que desenvolver no exercício da

sua actividade. A par dos conhecimentos, a experiência é essencial para a sua consolidação. “Exprime-se em termos de actividades ou da prática profissional e corresponde aos esquemas ou modos de agir de cada pessoa. Implica um saber mobilizar, integrar e transferir conhecimentos que se deverão articular com o saber-fazer” (Dias, 2005, p. 33). Este saber-fazer ou capacidades operacionais, caracteriza o conhecimento prático, estando subdividido em: saber-fazer formais, que são constituídos pelo desenvolvimento de métodos, de instrumentos através da sua aplicação e utilização prática no exercício profissional; os saber-fazer empíricos que compreendem os ensinamentos oriundos da experiência prática; os saber-fazer relacionais que são designados por diversos termos como «competências comportamentais», «saber-ser» e «saber-estar»; e os saber-fazer cognitivos que correspondem às operações intelectuais necessárias à formulação, à análise e à resolução de problemas, à concepção e realização de projectos, à capacidade de decisão, à criatividade ou à invenção (Le Boterf, 2003). Alguns autores distinguem o saber-fazer, normalmente ligado a aspectos de natureza «técnica», do saber-ser e saber-estar, estando estes mais associados aos aspectos relacionais. Todavia, pela descrição anterior, salientamos que nem sempre esta distinção é assim tão fácil de operacionalizar.

Parafraseando Rua & Alarcão (2005, p. 375) a competência do enfermeiro “deve alicerçar-se num conjunto de características entre as quais destacamos: - uma personalidade equilibrada e humanista, responsável; - conhecimentos científicos e técnicos sólidos e actualizados; - capacidade de analisar os fenómenos e acontecimentos criticamente, de tomar decisões, de agir perante o inesperado, de trabalhar em equipas multidisciplinares; - uma atitude de aprendizagem continuada”.

Por sua vez, Dias (2005, p. 36) no seu estudo que pretendia dar contributos para a definição de um perfil de competências do enfermeiro licenciado, avança com a seguinte definição: “as competências dizem respeito às características individuais (potencialidades, habilidades, capacidades de acção, aptidões, atitudes, traços de personalidade e comportamentos estruturados), conhecimentos gerais e especializados que permitem ao enfermeiro realizar autonomamente uma vasta gama de actividades, designadas por cuidados de enfermagem (...) podem ser observados através da qualidade da execução das técnicas e procedimentos que caracterizam a profissão e lhe permitem discutir, analisar e decidir sobre os aspectos relacionados com a profissão. Organizam-se em categorias multidimensionais centradas nas dimensões pessoal, científica, técnica, sócio-afectiva, relacional, comunicativa e ético-moral”. Esta autora

propõe assim, uma tipologia de competências nos três vectores: a) saberes – (cujos itens descrevem um conjunto de competências pessoais ou genéricas; conhecimentos gerais e especializados no âmbito da profissão: acesso e aplicação de conhecimentos especializados e transdisciplinares, estratégias cognitivas, capacidades para trabalhar em grupo e sentido de organização); b) saber-fazer (que caracteriza a profissão: comportamentos de domínio psico-motor, técnicas e procedimentos que determinam as performances) e, c) saber-ser em contexto de trabalho (sócio-afectivas, relacionais, comunicação e ético-morais).

Meneses (1996) define competência como “a capacidade de integrar os saberes diversos e heterogéneos para os finalizar na realização de actividades, acrescentando que, hoje é requerida uma diversidade de competências para as profissões cujo saber se baseia nas capacidades relacionais ou criativas, como é o caso da enfermagem” (citado por Madeira & Lopes, 2007, p. 55). Por outro lado, na sociedade do conhecimento actual, alicerçada num arquipélago de saberes, é preciso cada vez mais que a profissão de enfermagem, seja capaz de contribuir para a resolução dos problemas das pessoas, em diferentes cenários (domicílio, hospital, ...), com intervenções que vão desde a cura à recuperação de autonomia, de forma a permitir o mais elevado nível de bem-estar, o que se sustenta em muito, pelos saberes relacionais. Deste modo, a própria sociedade e comunidade científica deverá fomentar o desenvolvimento da aprendizagem de competências inerentes à orientação para o cuidar (Amendoeira, 2006).

Afinal, “aos novos profissionais já não é só exigido o tradicional conjunto de saberes e de competências a nível das habilidades, destreza, segurança, atitudes ou conhecimentos. Solicita-se a capacidade de contribuir para o desenvolvimento da profissão e de trabalhar os fundamentos da mesma (...); solicita-se a abertura para a aprendizagem ao longo da vida, a motivação para a autoavaliação e a formulação de contributos para as ciências de enfermagem” (Abreu, 2007, p. 97). Para ser competente, o enfermeiro deve obter e manter um determinado nível de competência. Porém, como é um particular nível de competência desenvolvido e avaliado?

Relativamente à aquisição e desenvolvimento de competências num contexto normal da prática de enfermagem, Benner (2001) ao utilizar o modelo de desenvolvimento de Dreyfus no seu estudo, considerou que o enfermeiro passa por cinco níveis de proficiência, partindo do iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente até a perito. Nesta lógica, o enfermeiro torna-se competente quando tem consciência dos seus actos e quando consegue efectuar uma análise concreta de uma

situação, planejar e priorizar as suas intervenções adequadamente, sendo esta competência adquirida após dois ou três anos de prática, na mesma área de enfermagem.

Da evidência do projecto desenvolvido por Tabari-Khomeiran *et al.* (2007, p. 212 - 213), confirma-se que a competência profissional se desenvolve através de um processo interactivo constante e complexo, que ocorre entre o enfermeiro e o universo circundante. Cinco fases principais emergiram como sendo cruciais para o processo de desenvolvimento de competências: a) Reconhecimento (a fase inicial desse desenvolvimento, que actua como o motivo do movimento dos enfermeiros para esse desenvolvimento. Contém duas partes: força motriz e o reconhecimento dessa força e, pode ser interna ou externa); b) Proporcionar adequados requisitos (incluindo o conhecimento teórico e apoio suficientes, que têm demonstrado ser necessidades mínimas para se envolver numa actividade); c) Experiência (o coração do processo de desenvolvimento de competências que lhes oferece uma oportunidade para fazer uma ligação entre a teoria e a prática); d) Consolidação (a fase de ganhar o domínio completo do trabalho proposto, principalmente através da prática repetida e confronto desafiador das situações usando a reflexão); e) Integração (incorporar as novas competências com as antigas e preparação para ensinar e supervisionar outros nas áreas relacionadas).

As mesmas autoras (2007, p. 213) falam-nos de quatro factores que influenciam esse desenvolvimento de competências:

- “Ambiente: factores físicos e emocionais que podem encorajar ou desencorajar os enfermeiros no processo em direcção ao desenvolvimento de competências;
- Características pessoais: certos atributos individuais que afectam o desejo do indivíduo para aprender;
- Assuntos relacionados com o trabalho: incluindo extra-profissionais e intra-profissionais, questões que afectam a motivação dos enfermeiros para exercer com mais competência;
- Oportunidades: situações não planeadas, inesperadas que serão benéficas se o enfermeiro as transformar em situações de aprendizagem”.

Enfim, dos estudantes de enfermagem enquanto futuros profissionais, espera-se um vasto dossier de competências, numa perspectiva multidimensional incluindo requisitos cognitivos e técnicos indispensáveis à execução da actividade e ainda, organizacionais, relacionais, morais, éticos, atitudinais, comunicacionais e a integração de conhecimentos já alcançados, em contextos e situações novas (Fonseca, 2006).

Por conseguinte, verifica-se que os diferentes autores consultados abordam as competências do profissional de enfermagem, segundo diferentes dimensões, de tal

forma que, por exemplo, para Rua & Alarcão (2005), a competência profissional do enfermeiro envolve três sub-competências essenciais: a competência cognitiva, a competência técnica e a competência comunicacional, que podem ainda ser desdobradas em micro-competências. Na competência cognitiva inclui-se: a identificação das necessidades do cliente; a análise e interpretação da informação recolhida; a planificação das intervenções de enfermagem com base nas prioridades identificadas; a fundamentação das intervenções; a avaliação da evolução da situação clínica em questão. A competência técnica é sub-dividida nas seguintes micro-competências: efectuar correctamente os procedimentos respeitando as normas estabelecidas; possuir destreza manual; utilizar o material adequado a cada situação. Por seu turno, a competência comunicacional pressupõe: saber ouvir; comunicar de forma adequada às características do cliente/família; efectuar ensinamentos oportunos; registar de forma sistematizada a informação; transmitir informações correctas e pertinentes; estabelecer uma relação de ajuda. Pensamos que é nesta vertente, que se cumpre o desígnio de ser enfermeiro: “estar em relação”, visto que, na sua essência o exercício da enfermagem centra-se na relação interpessoal com as pessoas, apesar da relação terapêutica de ajuda, não ser linear e simples, mas sim, um processo construído de significado, partilha e reciprocidade.

Portanto, observa-se que de acordo com os autores em questão, são abordadas mais ou menos dimensões das competências, e relativamente às enunciadas, podemos dizer que de comum, têm as competências abordadas do ponto de vista cognitivo (do saber), do ponto de vista técnico do domínio psico-motor (saber-fazer) e, do ponto de vista relacional/comunicacional (saber-ser), denunciando pelo menos três grandes dimensões das competências dos profissionais de enfermagem, sem discriminação de níveis de importância.

1.1.3 – Percepção pessoal de competência

Hoje em dia, exige-se mais competitividade e menos produtividade, mais conhecimento e menos informação e, mais educação. Na esfera profissional, não basta falar-se de qualificações, é necessário validar e reconhecer as competências adquiridas através da formação certificada e as alcançadas pela aprendizagem ao longo da vida (OE, 2007). Mas, o desenvolvimento da educação permanente implica que se estudem novas formas de certificação que tenham em consideração o conjunto das competências

adquiridas, uma vez que, a experiência é produtora de saberes, partindo de uma lógica formativa, centrada na pessoa e na sua singularidade. Assim, será mais adequado utilizar metodologias que implicam processos mais personalizados, como os balanços e os portfolios das competências ou de aprendizagens adquiridas.

Por outro lado, a avaliação de competências deve ter uma finalidade formativa para a inclusão de melhores práticas de cuidados de enfermagem, assegurando que aqueles que são incompetentes são filtrados do sistema, e garantindo a segurança, o profissionalismo (por ex., responsabilidade), as habilidades psicossociais (tais como comunicação) e a proficiência psicomotora (capacidade técnica para os procedimentos de enfermagem, por exemplo) (Norman *et al.*, 2002). Aliás, a avaliação de competências inclui o pensamento em acção, a confiança e clareza na tomada de decisões autónomas e a recuperação de informações baseadas em evidências que devem ser transportadas para o contexto de situações práticas (Allen *et al.*, 2008).

A auto-reflexão e a auto-avaliação são assim, componentes necessárias nessa avaliação. Esse balanço de competências funciona como um *check-up* completo das lacunas da formação, saberes, saberes-fazer e saber-ser, tanto do ponto de vista das competências profissionais como das qualidades pessoais, evitando a estagnação pela possibilidade de permitir a procura de oportunidades de aprendizagem para promover a competência continuada e o crescimento profissional (Dias, 2005), com a missão de melhorar a qualidade dos serviços prestados. Isto é, funciona como guia para a auto-formação, inscrevendo-se no mecanismo de AR que permite antecipar o futuro e gerir o percurso de carreira, de forma responsável. Pode assim, “constituir-se como um motor desencadeador de uma dinâmica pessoal de auto-formação, de auto-valorização, de auto-confiança, e de desejo de desenvolvimento/construção permanente, sempre inacabado” (Pires, 2007, p. 12), ao permitir um desenvolvimento activo das competências e o ganhar de confiança em si mesmo, como resultado da experiência directa das competências postas em prática, contribuindo para aumentar a PAEE.

Portanto, é possível medir a percepção que cada um tem em relação aos seus conhecimentos, comportamentos, capacidades, habilidades, técnicas e/ou atitudes em que se sustenta o desempenho profissional da enfermagem, e de onde, descende a problemática do nosso estudo.

Efectivamente, sabendo que o profissional movimenta os seus recursos não só em função de uma representação operatória da situação, mas também em função da representação que tem de si mesmo, da forma como se aprecia e se auto-avalia (Le

Boterf, 2003), torna-se fundamental falarmos de auto-eficácia (AE) e de competência percebida. Daqui decorre que cada pessoa deve ter uma representação de si mesmo imparcial e ajustada à realidade, para poder antecipar como é capaz de se comportar ou reagir nesta ou naquela situação. Por conseguinte, já há algum consenso entre os pesquisadores sobre o pensamento de que quando os alunos evidenciam uma competência percebida ajustada, as suas características pessoais e sociais estarão também melhor adaptadas, independentemente do grau de realização ou da capacidade individual. Com efeito, nesse caso, a competência percebida intervém na motivação, conduzindo os indivíduos a avançar com os seus objectivos (Simões & Ferrão, 2005).

Atendendo que “a melhor definição de *competência pessoal percebida* está ligada ao conceito de julgamentos que os indivíduos fazem acerca da sua capacidade pessoal” (Simões & Ferrão, 2005, p. 26) podemos dizer, que se espelha no conceito de AE, no contexto do nosso trabalho, não sendo contudo, o mesmo que auto-estima. Pois, tal como expressaremos mais adiante, a PAEE enquanto percepção da pessoa sobre aquilo que acredita ser a sua competência perante situações específicas, permite indicarlhe o que julga estar ao seu alcance, o que está em condições de poder e de saber resolver e, porque a competência implica mobilizar, também “mobilizar os seus recursos pressupõe ter confiança na capacidade para utilizá-los de modo eficaz e no seu potencial de evolução” (Le Boterf, 2003). Por seu turno, a auto-estima “refere-se, sobretudo, à forma como os sujeitos avaliam a sua *performance* e gostam de si próprios” (Simões & Ferrão, 2005, p. 26).

Pensamos que uma auto-imagem positiva e uma AE elevada constituem um pré-requisito à produção de competências, uma vez que “as crenças de AE, isto é, de que uma pessoa possui as competências necessárias para ter sucesso, podem ser consideradas como indicadores de uma maneira de pensar e de agir” (Lauder *et al.*, 2008, p. 35). Por outro lado, “só há um envolvimento pertinente na actividade se o sujeito tiver uma relação positiva consigo mesmo” (Le Boterf, 2003, p. 150), visto que, cada um determina o seu comportamento em função do que lhe parece acessível e inacessível. O que está em jogo, é o grau de convicção com o qual o indivíduo crê poder alcançar um objectivo, bem como, o valor que ele atribui ao facto de o conseguir e, a satisfação que daí advém.

Realçamos ainda, que existe um número avultado de dados empíricos a apoiar a alegação de que a AE influencia a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências (Pajares, 1996) e a progressão na carreira de enfermagem (Harvey &

McMurray, 1994, citado por Lauder *et al.*, 2008, p. 36), sabendo que a AE é uma capacidade de organizar e executar as acções necessárias para gerir situações, e que fortes crenças de AE normalmente reflectem-se numa maior motivação e autoconfiança (Bandura, 1995). Pelo que, as pessoas com as crenças de AE nesse nível, tendem a perceber a realização de tarefas difíceis como um desafio a ser realizado. Bandura (1995) diz-nos que a competência é pensada para ser relacionada com a AE. Sendo provável que, nos indivíduos que realizam actividades sem sucesso, esse facto aconteça não necessariamente por falta de habilidades, mas porque falta-lhes a crença de AE para usar as suas habilidades. Segundo Fereday & Muir-Cochrane (2006), o julgamento de uma pessoa acerca do seu desempenho parece ter um papel fulcral no desenvolvimento da AE, pois, se a pessoa percepciona-se como competente, tal ajudará a melhorar as suas habilidades (citado por Lauder *et al.*, 2008, p. 36), numa sequência de contínuo crescimento, o que por sua vez, permite assegurar a competência. Salientamos ainda, que de acordo com Chacko & Huba (1991) e Colquitt *et al.* (2000) a elevada AE está associada a efectiva aprendizagem em enfermagem (citado por Lauder *et al.*, 2008, p. 36), de tal forma que, segundo Farrand *et al.* (2006), no decurso de alguns estudos, os estudantes que foram submetidos a metodologias pedagógicas orientadas por competências face aos estudantes que não usufruíram de um currículo por competências, relataram altos níveis de confiança no fornecimento e gestão de cuidados, na aprendizagem holística, na orientação ao longo da vida, atendendo às normas de qualidade e, em ser um enfermeiro seguro e competente, parecendo ter níveis mais elevados de confiança nas suas habilidades clínicas (citado por Lauder *et al.*, 2008, p. 37).

Aliás, se por um lado a AE constrói-se ao longo das experiências da pessoa, por outro, é a partir da representação das suas próprias competências, que essa pessoa chegará a esse julgamento de AE. E a partir desta, a pessoa procura a sua motivação e encontra energia para se envolver nos projectos e actividades, o que depende do contexto em causa e da relação com os outros. Com efeito, usando as palavras de Simões & Ferrão (2005, p. 26) “é mais provável que os indivíduos com uma percepção positiva das suas competências se envolvam mais facilmente em acções desafiantes, do que aqueles que percepcionam as suas competências de forma negativa. Dessa forma, os indivíduos modificam os seus comportamentos e atitudes em face das tarefas e do modo como percebem a sua competência pessoal e com a expectativa de sucesso”.

Por seu turno, também os metaconhecimentos têm aqui um papel preponderante, sendo definidos como os “conhecimentos que o sujeito tem de seus próprios conhecimentos e capacidades, da sua «maneira de agir para». É o conhecimento do que ele tem, do que sabe fazer” (Le Boterf, 2003, p. 152). Aqui, acomoda-se a injunção de Sócrates: «Conhece-te a ti mesmo» que permite a orientação autónoma da acção e da aprendizagem. E, a metacognição permitirá descrever como a pessoa faz para descrever esses saber-fazer, o que permitirá fundamentar o aprender a aprender.

Esta temática da percepção de si, tem vindo a ser trabalhada ao nível da profissão enfermagem, entendendo que, as percepções representam avaliações das pessoas sejam em relação ao «mundo» exterior ou ao seu «mundo» interior, em que, “essas avaliações são feitas em função de pontos de referência que lhes foram ensinados ou apreendidos e que, por acreditarem serem verdadeiros, são interiorizados, transformando-os em convicções” (Graveto, 2005, p. 206). Nesse sentido, já Anjos e Monge (1991), consideravam que a imagem que os enfermeiros têm de si próprios pode ser essencial na motivação para a mudança e para o desenvolvimento de processos de mudança instituintes. Na investigação que realizaram a estudantes finalistas de enfermagem (sobre auto-estima e auto-imagem), uma das conclusões que eduziram foi que, grande parte dos estudantes, no período de transição para a vida profissional activa, vive uma etapa conturbada, para a qual, contribui a incerteza perante o emprego. Contudo, essa transição não põe em causa um nível elevado de auto-estima para diversos estudantes: referem-se, inclusivamente, ao “encontro da vocação”, “à conquista da autonomia” e a uma “melhor imagem de nós” como factores facilitadores da construção de projectos futuros (citados por Graveto, 2005, p. 206).

Assim, a percepção pessoal de competência assume a liderança na relação do indivíduo com a tarefa. E de acordo com alguns autores, no contexto académico, que é transponível para outras situações, os estudantes que depreciam a sua competência desenvolvem crenças de AE e fragilizam a confiança nas suas capacidades, debilidade essa, que pode ser apenas subjectiva ou, a longo prazo, tornar-se objectiva, pela intervenção que tem na motivação. Emerge uma ilusão de incompetência que leva a uma subestimação das suas reais competências, por outro lado, caso haja uma sobrestimação da competência isso resultará, da mesma forma, num investimento deslocado do foco de atenção do sujeito: em vez de gerir o processo de aprendizagem, centra-se no resultado (Simões & Ferrão, 2005).

Apela-se portanto, à análise de cada estudante ou profissional de enfermagem, assumindo um agir responsável nos seus papéis, que seja invocada a consciência reflexiva de cada um, face às suas competências, uma vez que, segundo Rodrigues (2000) a decisão sobre as competências a promover, em lugar de resultar de um acto prescritivo, deve ter por base a tomada de consciência (percepção pessoal) por parte de cada formando das suas próprias dificuldades (citado por Graveto, 2005, p. 207).

Consideramos que o profissional de enfermagem enquanto cuidador que visa a evolução e a qualidade dos cuidados que presta, deve interrogar-se sobre a representação que tem de si mesmo, sobre os seus receios, crenças, hábitos, cuidados que presta, etc., dado que, aprender a ser enfermeiro implica a articulação simultânea de um conhecimento de si, de um conhecimento dos outros e de um conhecimento do mundo (Canário, 1998). Com o mencionado balanço, é possível propor escolhas e mudanças a inserir nos mais diversos contextos, desde a escola até aos locais da prática. Esse mesmo balanço possibilitará um certo nível de confiança e um agir com determinado nível de qualidade, pela análise e eventual correcção, para melhor cuidar.

Contudo ao falarmos em enfermagem, temos de clarificar qual o seu campo de competência e, fazer a distinção entre «cuidar» e «tratar», algo que nos debruçaremos mais à frente. Adiantámos contudo, que esse campo situa-se como um prolongamento, uma substituição daquilo que os clientes dos cuidados não podem, temporariamente, assegurar por si próprios, ou lhes é assegurado pelos que os rodeiam. Cumpre-se em determinadas circunstâncias de vida, e/ou quando há escassez de recursos do meio, pelo que, o que estabelece a necessidade de cuidados de enfermagem não se pode ligar, somente, à maior ou menor gravidade de uma doença, de uma limitação ou consequências funcionais, consideradas isoladamente, mas à inter-relação que existe entre o ambiente, as possibilidades, capacidades e recursos da pessoa, no período da trajectória de vida em que se situa (Collière, 1999).

E, ao olharmos para os dispositivos normativos que legislam a formação do ECGs, verifica-se que as competências a desenvolver são uma preocupação central em todo o processo, em que, segundo a definição da OE: “a competência do ECGs refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (2003, p. 16). Pelo exposto até ao momento, pensamos que esta definição limita-se a ela própria, ao incluir apenas o termo aplicar, embora o ajuizar pressuponha competências que vão além da mera aplicação, e pensamos, que é aqui que ela se enriquece. Contudo, apesar das competências serem

centrais no processo de formação dos enfermeiros, segundo Dias (2005), a preocupação dirige-se sobretudo para as competências técnico-científicas, não existindo referência directa ao desenvolvimento de competências sócio-afectivas, relacionais e ético-morais, apesar de estarem implícitas e ocuparem muitas horas de ensino ao longo do CLE, mas que são tidas, no seu todo, como competências transversais. Para Rey (1996), estas adquirem-se e desenvolvem-se através dos conteúdos das diferentes UC e das diversas actividades escolares, para as quais todos os professores contribuem (citado por Dias, 2005, p. XXXVII).

No final deste sub-capítulo, voltamos a lembrar inevitavelmente a relevância de desenvolver no estudante de enfermagem a capacidade de auto-avaliação, de tal modo que lhe permita, num processo de AR da aprendizagem, ajustar correctamente as suas competências reais às competências esperadas. Cabe ao professor e ao estudante, bem como à escola, enquanto ambiente lectivo, criar condições para promover a qualidade das aprendizagens.

Adicionalmente dever-se-á enquadrar o factor da crença de AE relativamente à competência percebida, nos modelos pedagógicos a adoptar. A TSC ajuda os educadores, ao fornecer um quadro para compreender e prever a mudança do comportamento dos estudantes, uma vez que, este é o resultado de uma interacção entre os próprios estudantes, o seu comportamento e o ambiente (Bandura, 1986). A “TSC propõe que a auto-percepção dos estudantes do seu desempenho tem um papel, senão o mais importante, em prever o nível de AE” (Lauder *et al.*, 2008, p. 37). Assim sendo, após darmos a conhecer um pouco sobre o que é a enfermagem, sobre as competências do ECGs, urge a necessidade de nos debruçarmos de forma mais aprofundada, sobre a formação para o desenvolvimento dessas competências, e sobre o papel da crença de AE em todo este processo. Sigamos então, por este trajecto...

1.2 – IDENTIDADE E SABERES NA ENFERMAGEM

Apesar da recente demarcação e evolução da profissão Enfermagem, há ainda muito pouca visibilidade social, continuando com dificuldades em afirmar a sua autonomia. A imagem está confinada à tarefa a realizar, o que desvaloriza a prática de cuidar em si: “a imagem pública do enfermeiro continua rendida à vertente técnica, na proximidade com o «corpo» doente, assim como na submissão ao médico, ou como seu auxiliar ou como mero cumpridor de ordens” (Figueiredo, 2004, p. 86). A mesma autora

obteve como resultado do seu estudo, em que relaciona a formação inicial, as representações sociais dos estudantes acerca da enfermagem e as estratégias de integração na vida profissional, que é evidente que a representação que a população tem dos enfermeiros, não corresponde ainda a uma enfermagem autónoma, com um corpo de conhecimentos e domínios específicos (Figueiredo, 2004).

A literatura caracteriza de forma ampla, que a experiência é fundamental para o estudante desenvolver a sua identidade profissional, de tal forma, que “a formação em contexto clínico transcende a lógica de aplicação de conhecimentos, para se situar ao nível dos processos mais complexos da consciência, da identidade profissional e da construção colectiva de uma lógica de qualidade” (Abreu, 2007, p. 17). A formação em contexto clínico, como cenário real que é, atrai, pois, só aí é possível desenvolver determinadas competências, que não se conseguem alcançar em sala de aula ou em laboratório. Mas, é complexa e imprevisível, dificultando o planeamento, atribuindo ao ensino um carácter de oportunismo de acordo com aquilo que surge. Tal, não se pode esquecer, pela via, de essa oportunidade não se repetir, na singularidade das experiências.

Pensamos que o reconhecimento social da profissão advém pela afirmação da mesma através da prática de cuidados, o que implica, competência. E falar em competência, implica falar em educação em enfermagem, como espaço privilegiado, para a sua aquisição e desenvolvimento. É basilar, que se encontre um modelo que favoreça o desenvolvimento integrado das competências no seu todo. Actualmente, não é suficiente o saber, ou o saber-fazer, é necessário também, saber aprender, comunicar, trabalhar em grupo e saber auto-avaliar-se, saber mobilizar para saber reagir e gerir no inesperado de forma autónoma, saber combinar para saber tomar decisões, o que implica ser criativo, plasticidade, transferabilidade de saberes e reflexão sobre as práticas.

Estas ideias conduzem-nos a uma reflexão sobre a enfermagem enquanto disciplina e profissão, e sobre a influência da formação na construção das competências necessárias ao exercício da enfermagem.

1.2.1 – Enfermagem: enquadramento da disciplina, da profissão e do ensino em Portugal

Incidir sobre a Enfermagem, enquanto profissão e enquanto disciplina científica pressupõe o enquadramento no sistema de ensino e no sistema profissional. E ao falarmos em enfermagem, reportámo-nos à profissionalização do Cuidar (Roach, 1984), partindo do pressuposto que não há cuidado sem humanização. Impõe o respeito e a defesa da autonomia e dignidade das pessoas, e como tal, tudo que é feito pelos enfermeiros tem que ser bem feito, daí exige competência: só é bem, o que se faz bem!

Para cuidar não basta boas intenções, é necessário um compromisso com o saber científico e exige-se mais que o cumprimento dos deveres da profissão, implica competência e *a priori* o respeito pela autonomia das pessoas, em cada decisão que o enfermeiro toma. Aliás tomar decisões, pode ser considerada como a questão central na enfermagem, porém, a competência é condição *sine qua non* para essa tomada de decisões fundamentada.

Disciplina

Hoje, os desafios que se colocam aos enfermeiros, em Portugal como noutros países ocidentais, estão sobretudo relacionados com a complexidade das situações de saúde e doença que exigem uma abordagem interdisciplinar, transdisciplinar e sistémica, obrigando a um verdadeiro trabalho de equipa e à utilização da criatividade para contornar obstáculos internos e externos à organização onde desenvolvem a sua actividade.

A transformação acelerada da realidade social obriga a uma constante recriação do agir profissional da enfermagem. Destacámos a mudança no cenário dos cuidados: transferência de cuidados hospitalares para os serviços da comunidade e reorganização dos cuidados de saúde primários, desafiando os enfermeiros a um desempenho cada vez mais autónomo, polivalente e flexível, inserido em equipas multidisciplinares e em que o novo paradigma centra-se no cidadão como um sujeito activo na tomada de decisões em saúde; os novos problemas de saúde, relacionados com os estilos de vida, o envelhecimento, as doenças crónicas, a exclusão social, etc., coloca-nos perante indivíduos com diferentes graus de dependência, altamente carenciados em matéria de cuidados de saúde; o desafio relacionado com os direitos e deveres do cidadão e o

multiculturalismo; o desafio da qualidade da formação e dos cuidados; a sociedade da informação e do descartável e, a necessidade de novas estratégias para um novo posicionamento da escola e da profissão face à sociedade em que vivemos, em que *aprender ao longo de toda a vida* é o lema reinante, entre outros.

A Bastonária da OE, M. Sousa, referiu em 2001 que “a enfermagem evoluiu ao longo do século XX, essencialmente na segunda metade do mesmo, vindo a ser reconhecida como uma disciplina da área da saúde, como capaz de responder a um dos desígnios do século XXI: garantir a sustentabilidade de um sistema de saúde que salvguarde a universalidade no acesso aos cuidados” (p. 12). Amendoeira (2006), também se refere à enfermagem como uma disciplina do conhecimento com consolidação progressiva com investigação própria, que cria, representa e aplica o conhecimento essencial à prática dos cuidados enquadrando-se no ensino universitário.

Em Portugal, as últimas três décadas foram férteis sobre a importância de se investir numa matriz conceptual própria, que alicerçasse o conhecimento disciplinar intérprete da sua identidade. Pode dizer-se ainda que, desde a década de cinquenta até aos nossos dias, vários autores têm-se preocupado em definir a enfermagem, verificando-se, segundo Fernandes (2007, p. 59), a predominância de dois processos identitários, distintos e dominantes sobre os cuidados:

1. “Um trajecto inicial, que realça a responsabilidade pelo médico ao enfermeiro, na prestação diária dos cuidados ao doente. Não se vislumbra qualquer conhecimento próprio da disciplina, mas apenas a descrição de um conjunto de habilidades que as enfermeiras deveriam conhecer para praticar cuidados (actos médicos delegados) e que vão dar início à identidade: a enfermeira como auxiliar do médico;
2. Um outro trajecto, o actual, que reconhece a importância da responsabilidade autónoma da enfermagem, pelo bem-estar físico, psicológico e social do cidadão, decorrente da utilização de uma filosofia própria de abordagem de cuidados à pessoa”.

Na verdade, a enfermagem tem-se esforçado para se integrar no seio das disciplinas do conhecimento, o que requer “a construção e a demonstração de um saber próprio (...) de um «corpo de conhecimento» (...)” (Silva, 2006, p. 114). Amplificamos esta cogitação com palavras da OE estruturadas a partir do seu enquadramento conceptual, a enfermagem “*afirmou-se como disciplina do conhecimento autónoma, com um campo de intervenção próprio, tomando por objecto a resposta humana aos problemas de saúde e aos processos de vida assim como as transições enfrentadas pelos indivíduos, famílias e grupos, ao longo do ciclo de vida; sendo que os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção de projectos de saúde que cada*

peessoa vive e persegue. Neste contexto procura-se ao longo de todo o ciclo vital, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos factores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (2007, p. 4).

Realça-se ainda, que “importa evoluir no âmbito do exercício profissional, dos modelos em uso em muito circunscritos ao modelo biomédico – com ênfase na gestão de sinais e sintomas da doença -, para modelos nos quais haja maior valorização da teoria da enfermagem – com ênfase nas respostas humanas envolvidas nas transições” (Silva, 2007, p. 14). Pois, segundo Pearson & Vaughan (1986): “há bastantes provas que o modelo biomédico é o modelo em que muitas enfermeiras assumem a sua prática. Os trabalhos de investigação em enfermagem relatam frequentemente como as enfermeiras continuam a considerar os doentes como seres físicos, dando pouca atenção às características mais latas da natureza humana (...) os objectivos da enfermagem são (...) dirigidos para a cura” (citado por Silva, 2006, p. 28). Costa (1998) também nos diz que na enfermagem “há uma discrepância entre aquilo que as teorias sugerem e aquilo que na prática ocorre” (p. 25). Esta ideia de divórcio é também partilhada por Basto (1998) para quem a fase de desenvolvimento da enfermagem (nos modelos expostos) ainda não possibilitou, que as práticas reflectam o que é ensinado na formação em enfermagem. Existe portanto, “um modelo em uso nos contextos da acção e modelos expostos na formação em enfermagem” (Silva, 2006, p. 28), sendo o exercício profissional consequência do modelo em uso, pois, este é influenciado e influencia, o modelo de assistência da equipa multidisciplinar das instituições de cuidados.

Espera-se assim dos enfermeiros, um contributo para aumentarem o repertório de recursos internos das pessoas para lidarem com os desafios que requerem adaptação e auto-controlo. Torna-se indispensável o desenvolvimento da disciplina de enfermagem e de uma linguagem comum. Todavia, há mudanças a congratular. O percurso da profissão encaminha-se “de um exercício profissional caracterizado principalmente pela dimensão execução (aplicando o conhecimento de disciplinas do domínio das ciências da saúde) para uma lógica cada vez mais conceptual (usando o conhecimento da disciplina que é criado e representado a partir da investigação e da teoria de enfermagem), de tal forma, que vários modelos conceptuais têm sido desenvolvidos para explicar a natureza dos processos envolvidos nas tomadas de decisão clínica” (Silva, 2007, p. 14). O que é reafirmado pela OE (2008, p. 19) pois, “sendo certo que as

modificações operadas nas competências exigidas aos enfermeiros e, por isso mesmo, no seu nível de formação académica e profissional têm vindo a traduzir-se no desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente, esta noção de desenvolvimento de um determinado tipo de *praxis*, descrita como complexa, diferenciada e exigente, foi permitindo assumir elevadas responsabilidades nas áreas da concepção, organização e prestação dos cuidados de saúde proporcionados à população”.

Por seu lado, Lopes (1999) efectuou um estudo acerca das concepções de enfermagem, e referiu que a disciplina de enfermagem atravessa um percurso de avanços e recuos, marcado por momentos de crise e de desacordo entre os membros da comunidade científica sobre as questões relacionadas com o «modelo padrão» de actuação disciplinar (citado por Fernandes, 2007, p. 62). Na realidade, a evidência das práticas revela-nos diferentes concepções de cuidados nas práticas dos enfermeiros, entre os serviços de saúde e os currículos escolares, o que por vezes, gera confusão nos estudantes de enfermagem. Mas o mesmo autor, Lopes, (2000) entende a enfermagem como disciplina e profissão, pelo facto de que a enfermagem não se reduz aos conteúdos (disciplina), situa-se também na prática e é na relação entre a teoria e a prática que a mesma se constrói (citado por Amendoeira, 2006, p. 165). Assim, a emergência da articulação teórico-prática, tornou indispensável a colaboração dos enfermeiros em exercício, principalmente nos locais de estágio, com um papel importante na selecção destes, que assegurem uma adequada integração de conhecimentos e experiências, dada a relevância da formação prática na formação do futuro enfermeiro.

Salienta-se ainda, que o enquadramento conceptual foi tornado público em 2003, pela OE, cuja prática expressa, o que é a profissão.

Profissão e Ensino: um caminho percorrido

Voltamos a reforçar que actualmente em Portugal, três cenários emolduram a oportunidade para esta reflexão: a evolução existente no ensino em enfermagem (licenciatura, mestrados e doutoramentos); a evolução verificada no exercício da profissão (cuidados mais complexos e a criação da Ordem dos Enfermeiros), e a evolução das necessidades em cuidados de saúde, tendo por base, as políticas de saúde que reforçam a necessidade de redução de custos.

Enquanto actividade centrada no cuidado humano, arroga-se que a prática profissional moderna da enfermagem nasce com F. Nightingale. Em Portugal, no início do século XX, a realidade da profissão era dramática, tendo permanecido por muito tempo a existência de «enfermeiros clínicos», com prática e sem formação, de tal forma que, quando o exercício da profissão foi regulamentado e exigida a carteira profissional, cerca de 80% dos enfermeiros em exercício no país, não reuniam condições para o ser (Vieira, 2007).

No que concerne ao ponto de vista da filosofia curricular, e até ao final da década de 70, a formação em enfermagem foi claramente dominada pela perspectiva da racionalidade técnica inerente à perspectiva biomédica, baseada na cura e alívio dos sintomas. Mas com a democratização do ensino em Abril de 1974, valoriza-se sobretudo a participação do estudante como ser em projecto, e o estatuto muda de aluno para estudante - aquele que estuda. No início da década de 80 ocorre uma mudança na configuração dos currículos escolares, passando a compreender a perspectiva do *cuidar-curar*, enquadrável num: “paradigma de enfermagem contemporâneo emergente” (Amendoeira, 2006, p. 34), surgindo uma revalorização do relevo curricular atribuído às ciências sociais e humanas, antes subjugadas pelas ciências biomédicas. Todavia, o marco mais importante no ensino de enfermagem foi a sua integração ao nível do ensino superior politécnico (D.L. nº 480/88, de 23 de Dezembro, regulamentado pela Portaria nº 65-A/90 de 26 de Janeiro), sob a dupla tutela do Ministério da Educação e da Saúde. A partir desta altura o acesso à profissão faz-se através do grau de Bacharel e os cursos de especialização conferem o Diploma de Estudos Superiores Especializados e o grau de Licenciado. Em 1989, as escolas de enfermagem públicas são reconvertidas em Escolas Superiores de Enfermagem, e um ano mais tarde, passam a desenvolver os seus próprios Planos de Estudo, exercendo a autonomia pedagógica e científica que detêm (Amendoeira, 2006; Vieira, 2007). Nesta década de 80, para além da integração do ensino de enfermagem no sistema nacional de educação, verificou-se a criação de carreira única (1981) para os enfermeiros. Assiste-se ainda, a sinais evidentes da autonomização das Escolas face aos Hospitais, o que se concretiza nas relações conflituosas desenvolvidas entre enfermeiros do exercício e enfermeiros docentes, com grande descredibilização destes últimos, e começa a considerar-se a disciplina de enfermagem com uma componente teórica, surgindo tentativas de definição dos cuidados de enfermagem e da enfermagem (Amendoeira, 2006).

Pode-se encarar a década de 90, como o período áureo da enfermagem portuguesa. Em 1991 em Lisboa e depois em 1993, no Porto, surgem os primeiros Cursos de Mestrado em Ciências de Enfermagem, e após, em 2002, foi defendido o primeiro doutoramento em Ciências de Enfermagem, no Porto. Nesta década, o reconhecimento social e político da disciplina de enfermagem, com acesso ao conhecimento nas universidades, através da ênfase na investigação do cuidar, permitiu a valorização da prática como campo da investigação e de análise e produção de saberes.

Através do D.L. n.º 353/99 de 3 de Setembro é aprovada a criação do Curso de Licenciatura em Enfermagem, que passa a ser o nível de formação necessária para ingresso na profissão, sendo criado o Curso de Complemento de Formação para os enfermeiros bacharéis. Não se limitou a uma mera alteração da duração do curso (de 3 para 4 anos), pelo que, destaca-se nesse documento a consolidação de competências presente no objecto dos cursos de licenciatura. Estabeleceu que à licenciatura cabe “assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de enfermagem gerais” (nº 1, art. 5.º) e ainda a participação na *gestão*, na *formação de profissionais* e na *investigação*, áreas de actuação profissional previstas no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). São ainda criados os Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em enfermagem para acesso ao título de Enf. especialista. Afirma ainda, que a formação em Enfermagem ao nível do mestrado e do doutoramento será desenvolvida pelas instituições de ensino universitário, posição igualmente defendida pela OE.

Dá-se a consolidação e consciencialização da disciplina, que se desenvolve ao nível do ensino superior (autonomia) e de um grupo profissional em processo de autonomização, com reconhecimento social, sendo clarificadas as funções autónomas e interdependentes dos enfermeiros, em 1996, através do REPE, e corroboradas em 1998, pela OE. Mas, é sobretudo com os mestrados e doutoramentos em ciências de enfermagem, que se reconhece no meio académico a área disciplinar da enfermagem.

O modelo de formação prescreve a formação centralizada no desenvolvimento do potencial do estudante, contribuindo para o seu crescimento pessoal e profissional, e este adquire um estatuto igual aos dos outros estudantes, com a integração plena e tutela única do Ministério da Ciência e do Ensino Superior. Tal, veio ainda promover a construção dos processos identitários (Abreu, 2001) em vários momentos: o processo de construção curricular a nível do ensino superior (1989-1990); o processo de integração dos professores de enfermagem na carreira do ensino superior politécnico, e depois, a

criação da licenciatura de origem num único ciclo, e os mestrados e doutoramentos em enfermagem, como já discutido.

Esta década, em termos de regulamentação e de organização da profissão, pauta-se pela publicação do REPE, e pela criação da OE, denotando uma evolução quer na formação de base, quer na complexificação e dignificação do seu exercício profissional. O REPE veio aclarar o conceito de enfermagem (art. 4.º, n.º 1); definir o alvo de intervenção: seres humanos ao longo do ciclo vital e grupos sociais, habitualmente referidos como famílias e comunidades; e o objectivo da intervenção: promoção da saúde e da capacidade funcional, prevenção e recuperação da doença. Esse documento deixa ainda, translúcida a necessidade de uma habilitação específica para a atribuição dos títulos profissionais de Enfermeiro e Enfermeiro Especialista, em que *“Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”* (D.L. n.º 161/96, art. 4.º, n.º 2).

Afirma de igual forma, a existência de dois tipos de intervenção de enfermagem (art. 9.º, n.º 2 e n.º 3): autónomas e interdependentes, tendo por base a natureza da decisão sobre a acção e a responsabilidade sobre os actos praticados. Por autónomas entende-se *“as acções realizadas pelos enfermeiros, sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respectivas qualificações profissionais, (...)”* e por interdependentes *“as acções realizadas pelos enfermeiros de acordo com as respectivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objectivo comum, decorrentes de planos de acção previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”*.

É neste âmbito que os enfermeiros: *“organizam, coordenam, executam, supervisam e avaliam as intervenções de enfermagem nos três níveis de prevenção; Decidem sobre técnicas e meios a utilizar na prestação de cuidados (...); Utilizam técnicas próprias da profissão de enfermagem, com vista à manutenção e recuperação das funções vitais, (...); Participam na coordenação e dinamização das actividades inerentes à situação de saúde/doença, (...); Procedem à administração da terapêutica prescrita, detectando os seus efeitos e actuando em conformidade (...); Participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para*

administração de tratamentos e medicamentos; Procedem ao ensino do utente sobre a administração e utilização de medicamentos ou tratamentos; Concebem, realizam, promovem e participam em trabalhos de investigação (...); Contribuem, no exercício da sua actividade na área de gestão, investigação, docência, formação e assessoria, para a melhoria e evolução da prestação dos cuidados (...)” (D.L. n.º 161/96, art. 9.º).

É também o REPE que acentua a enfermagem como profissão de exercício exclusivo, afirmando a obtenção de uma cédula profissional, a emitir pela OE, que foi criada pelo D.L. n.º 104/98, de 21 de Abril. Ou seja, para exercer enfermagem em Portugal até então, é necessário ser detentor de curso que habilite legalmente para o exercício, não se encontrar judicialmente inibido para tal, e não se encontrar em situação de incompatibilidade, de acordo com o art. 77.º do Estatuto da OE. A esta compete, de acordo com a alínea d) do art. 3.º do referido D.L., a definição do nível de qualificação profissional dos enfermeiros, e ainda a regulação profissional: “tanto no acesso à prática profissional, como na monitorização e desenvolvimento da prática e na regulamentação e controle do exercício” (OE, 2008, p. 15).

Em termos de certificação das competências do enfermeiro, a Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro, procede à primeira alteração ao Estatuto da OE, no qual o art. 7.º introduz importantes mudanças, sobretudo no n.º 2: “*O título de enfermeiro é atribuído ao membro, titular de cédula profissional provisória, que faça prova de aproveitamento no final de um período de exercício profissional tutelado ou que comprove exercício anterior efectivo da profissão por um prazo de duração mínima igual ao previsto nesse regime, nos termos previstos no n.º 8 do artigo 6º*”. Assim, após a inscrição na OE, o que pode ser efectuado após o término do CLE, é emitida cédula profissional provisória assinada pelo bastonário, aplicando -se o regime do período de exercício profissional tutelado. Esta alteração para a atribuição do título de enfermeiro pela OE, começa a produzir efeito para os estudantes que iniciarem a sua licenciatura em 2010.

E de regresso ao trajecto no ensino, a reorganização das Escolas Superiores de Enfermagem, iniciou-se com o D.L. n.º 99/2001 de 28 de Março, e em 2003, iniciou-se o cenário de fusão para as escolas de enfermagem públicas, das cidades de Lisboa, Porto e Coimbra. Em 2004, emerge uma nova etapa: a Universidade de Lisboa aprovou a área disciplinar de “Enfermagem” e a abertura de um Programa de Doutoramento em Enfermagem, que também se iniciou, nesse ano, na Universidade Católica Portuguesa.

Importa ainda referir que entre 1999 e 2007, “o número de estudantes passou de 2195 a 15 851 (...). Compreende-se assim que a avaliação externa do CLE ocorrida em

2005, demonstrasse não só que, (...), as Escolas se encontravam em caminhos adequados enquanto espaços de formação que correspondem às necessidades em cuidados de enfermagem (...), mas manifestassem também fragilidades, muito ligadas ao crescimento não sustentado (...). São exemplo disso (...), as dificuldades de acompanhamento dos docentes; a por vezes elevada *ratio* orientador/estudante e número de estudantes por período de trabalho; a dificuldade de formação dos orientadores envolvidos no âmbito do ensino clínico; a necessidade de realização de experiências muito distantes da zona de influência da escola” (OE, 2008, p. 17). Na sequência da duplicação do número de formados em enfermagem, a partir de 2004 e, apesar de ser acompanhada por uma criação de um conjunto de novas unidades de saúde, “estes confrontam-se, subitamente e pela primeira vez na sua história, com uma crise de desemprego que ocorre a par com o que todos consideram uma evidente falta de enfermeiros nos serviços” (D’ Espiney, 2008, p. 11).

No que se refere, ao Processo de Bolonha (1999) e suas repercussões no ensino em enfermagem, abordaremos numa secção adiante e confinada a esse objectivo.

Relativamente ao modelo de formação da actualidade, considera-se que tem orientação humanista em interdependência com a dimensão tecnológica, e segundo Shaw (1993), a “análise de alguns planos de estudos, suporta uma evolução que valoriza a transversalidade dos saberes das diferentes áreas do conhecimento, (...), valorizando por um lado a reflexividade na acção e por outro lado, onde a investigação assuma um papel importante na construção da componente académica” (citado por Amendoeira, 2006, p. 368). E ainda, a propósito do currículo, já foi salientado o conceito de Transicionalidade, “na medida em que quanto ao conteúdo, o currículo organiza-se actualmente a partir da disciplina de enfermagem, mais próximo da pessoa sujeito de cuidados, que se encontra continuamente em transição entre situações de saúde e situações de doença, desenvolvimentistas e situacionais e, quanto à forma, numa dinâmica de transição entre o «modelo» da racionalidade (biomédico) e o «modelo» da competência (cuidar-curar)” Amendoeira (2006, p. 73).

Queríamos ainda dizer que, qualquer educador possui uma concepção da profissão para a qual prepara os seus estudantes, procurando formar profissionais com características que nela se possam enquadrar. No caso da Enfermagem, existem dois paradigmas, que motivam a forma de estar face à profissão: **o paradigma dominante:** tratar, orientado para os cuidados curativos, que tem dominado a concepção de cuidados, centrado no modelo da racionalidade, que configura os cuidados de reparação;

e o **paradigma emergente**: cuidar, dirigido para o cuidar ou para os cuidados de manutenção, centrado no cliente contrapondo a concepção mecanicista da matéria, e para o conceito de ser humano inserido em contextos de vida próprios, assente em concepções holísticas e humanísticas (Collière, 1999, pp. 237-238).

Em jeito de síntese, vimos que a enfermagem evoluiu quer em termos do seu enquadramento legal, quer no ensino, quer sobre o ponto de vista da teoria, mas que apesar disso, ainda permanece a percepção de que o paradigma biomédico é dominante, e que existem inúmeras dificuldades em introduzir aspectos que caracterizam os modelos expostos, nos modelos em uso (Silva, 2007), pelo que, as necessidades de cuidados de saúde da população serão o agente para as mudanças nos sistemas que fornecem cuidados. Mas a profissão, o ensino e a disciplina misturam-se, dado que “pela sua natureza, o cuidado de enfermagem (a enfermagem) é simultaneamente uma profissão e uma disciplina. Esta distinção determina a missão da profissão enfermagem, que consiste na prestação de cuidados e na dotação dos meios para melhorar a qualidade dos seus serviços. A profissão preocupa-se com as actividades dos seus membros no seu esforço para melhorar a saúde e bem-estar das pessoas. Quanto à disciplina, ela representa um campo distinto de conhecimentos que evoluem para uma forma única de entender os fenómenos do cuidar” (Fortin, 2000, p. 61).

Importa ainda salientar que hoje, se defende o conceito de “enfermagem avançada”, como sendo enfermagem com mais enfermagem, que significa “maior competência para o desempenho centrado numa lógica mais conceptual e concretizada pela inter-relação pessoal baseado em teorias de enfermagem que têm por “Core” o diagnóstico e a assistência em face das respostas humanas às transições vividas; e mais competências de tomada de decisão” (Silva, 2007, p. 18).

Reflexos do processo de Bolonha na formação em Enfermagem

O Processo de Bolonha tem por objectivo central o estabelecimento, até 2010, do *Espaço Europeu do Ensino Superior*, um desafiante paradigma de educação de forma a ser compatível, competitivo e atractivo, para os estudantes europeus e não só, pretendendo-se que “a Europa possa afirmar-se competitivamente a nível mundial, falando a *uma só voz* enquanto espaço integrado de educação e ciência” (OE, 2007, p. 11).

Os seis compromissos assumidos, em Bolonha em 1999, fixam-se em dez (2004) com o nível de doutoramento. Em 7 de Setembro de 2005, surge a Directiva 2005/36/CE do Parlamento Europeu e do Conselho, que rege o reconhecimento mútuo das qualificações no domínio das profissões regulamentadas, e impõe obrigações juridicamente vinculativas às autoridades dos Estados-Membros. Provém então, um novo paradigma com uma nova forma de organização do ensino, centrada no formando e nos objectivos da formação, que estão descritos através de quadros de qualificações ou competências, e, flexibilidade em relação aos diversos percursos curriculares que poderão conduzir a objectivos de formação equivalentes.

Em consequência das novas demandas, surgiram várias reflexões entre a OE e as Escolas, no sentido de se originarem consensos, como o de conceito de enfermagem, aspectos da profissionalização, entre outros. Os currículos tiveram que se traduzir em ECTS (sistema europeu de transferência de créditos) e em competências, de forma a objectivarem os perfis dos estudantes que formam. Este trabalho foi essencial, na medida em que obrigou a escola a reflectir sobre os conteúdos programáticos, sobre as modelos e estratégias pedagógicas, para se esculpirem face às novas necessidades. E, em 2008, é elaborado pela OE o documento relativo ao Plano Estratégico para o Ensino de Enfermagem 2008-2012, que decorre do compromisso politicamente assumido de formular um plano estratégico de desenvolvimento num quinquénio e, que visa o fortalecimento e reconhecimento da contribuição do ensino superior no desenvolvimento sustentável da profissão e da disciplina. Foi elaborado após discussões entre representantes da OE, representantes das instituições de ensino de enfermagem e representantes de instituições prestadoras de cuidados.

Após esta exposição sobre a enfermagem de hoje, pensamos que é pertinente abordarmos neste momento, o perfil e competências do ECGs.

1.2.2 – Perfil e competências profissionais do enfermeiro de cuidados gerais

Parece-nos oportuno atribuir um significado ao que considerámos ser um perfil do licenciado em enfermagem, e para tal, adoptámos o conceito de Dias (2005, p. 55), para a qual, esse perfil “pode ser conceptualizado como o conjunto de características, traços de personalidade, capacidades, habilidades, destrezas e conhecimentos, avaliados em situação de teste ou no desempenho das actividades específicas indispensáveis ao cumprimento da missão profissional”, o que impõe uma adequação dos planos de

formação que contribuam para a sua construção. A mesma autora diz-nos ainda, que um perfil de competências pode ser descrito como um conjunto de conhecimentos científicos, técnicos e de saber-ser adquiridos ao longo da vida e em contexto profissional, associando ainda, um conjunto de características genéricas pessoais, transversais, que podem mobilizar todas as outras competências. E, para nos reportarmos às competências dos profissionais de enfermagem, parece-nos apropriado fazer referência à moldura legislativa e conceptual de suporte ao exercício da profissão, em Portugal (sustentados nas directivas europeias): o REPE (1996) e o Estatuto da Ordem (D. L. n.º 104/98, de 21 de Abril), de onde decorrem as normas da Deontologia Profissional, o Regulamento do Exercício do Direito à Objecção de Consciência (REDOC, 2000), o Enquadramento Conceptual e Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2002), bem como, as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (2003) e, restantes orientações emanadas pela Ordem.

Vive-se no nosso país, um único nível de formação em enfermagem, correspondente ao grau de licenciado e ao título profissional de Enfermeiro de Cuidados Gerais (ECGs), para o qual a OE definiu, em 2003, o perfil profissional de acordo com as competências que integram o *Framework of Competencies For The Generalists Nurses*, do ICN, sendo esse perfil de competências adoptado como guia para a definição das competências gerais e académicas do estudante. “A formação centrada no enfermeiro e no seu perfil profissional, promove-o de simples executor de tarefas ou técnicas a alguém que pensa, reflecte e é capaz de solucionar problemas, tentando paralelamente a ser competente, estabelecer o campo das competências da própria Enfermagem, delimitando-o dos outros campos profissionais” (Graveto, 2005, p. 148).

De acordo com a OE (2003), a formação habilita o enfermeiro ao exercício autónomo da profissão de enfermagem, que se centra na “*relação interpessoal entre um enfermeiro e uma pessoa, ou (...) um grupo de pessoas (...)*”; sendo que “*a relação terapêutica (...) caracteriza-se pela parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades*”; “*insere-se num contexto de actuação multiprofissional (...)*”; requer que “*a tomada de decisão do enfermeiro que orienta o exercício profissional autónomo implique uma abordagem sistémica e sistemática. (...) o enfermeiro identifica as necessidades de cuidados de enfermagem (...)*”. Rege-se pelo “*respeito pelos valores, pelos costumes, pelas religiões e por todos os demais previstos no código deontológico (...)*”. “*Ajuda a pessoa a gerir os recursos da comunidade em matéria de saúde (...)*” (pp. 4-6). Por outro lado, de acordo com o REPE, “o exercício da actividade

profissional dos enfermeiros tem como objectivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (art. 8.º) e, além da prática clínica, considera também as áreas de gestão, docência, formação e assessoria, suportadas pela investigação. Pelo que, em função da missão da enfermagem na sociedade, emergiram quatro áreas de intervenção que passaram a orientar a organização curricular dos diferentes ciclos da formação, que são: a prática de cuidados, a gestão, a formação e a investigação.

Pelo exposto, “o enfermeiro deve ser capaz de em situação mobilizar um conjunto de competências específicas próprias do exercício da profissão (...), para além de um conjunto de competências transversais que incluem a flexibilidade, a criatividade, a autonomia, o sentido de responsabilidade, o trabalho em equipa, a adaptação à mudança, a capacidade de reflectir criticamente, de tomar de decisões e a capacidade de agir de forma competente e autónoma no seio de uma equipa pluridisciplinar” (D’Espiney *et al.*, 2004, p. 11).

1.2.2.1 – Competências profissionais articuladas com o perfil definido

O ponto de partida para a definição das competências profissionais do 1º ciclo foi então, o perfil de competências dos ECGs, definido pelo Conselho de Enfermagem, podendo ser representáveis da seguinte forma:

Quadro 1 – Domínios das competências do ECGs. Adaptado da OE (2003)

DOMÍNIOS	ELEMENTOS DA COMPETÊNCIA
<i>Prática profissional, ética e legal</i>	<ul style="list-style-type: none">• Responsabilidade• Prática segundo a ética• Prática legal
<i>Prestação de cuidados</i>	<ul style="list-style-type: none">• Promoção da saúde• Colheita de dados• Planeamento• Execução• Avaliação• Comunicação e relações interpessoais
<i>Gestão de cuidados</i>	<ul style="list-style-type: none">• Ambiente seguro• Cuidados de saúde interprofissionais• Delegação e supervisão
<i>Desenvolvimento profissional</i>	<ul style="list-style-type: none">• Valorização Profissional• Melhoria da qualidade• Formação contínua

Estes elementos de competência são, posteriormente singularizados através de descrições de um conjunto de aspectos (funções, conhecimentos, comportamentos, capacidades, habilidades, técnicas e/ou atitudes), que foram usados na construção do

nosso instrumento de colheita de dados, e que serviram de base para o plano de estudos, da Escola Superior de Enfermagem, onde desenvolvemos este estudo.

Competências gerais do graduado do 1º ciclo associadas ao perfil identificado:

“O graduado do primeiro ciclo deve no final da sua formação inicial estar apto a assumir responsabilidades no âmbito da prestação autónoma de cuidados (...). Paralelamente este deverá desenvolver um conjunto de competências transversais (...)” (D’ Espiney *et al.*, 2004, p. 13), conforme quadro 2.

Quadro 2 – Competências Gerais Graduado do 1º ciclo

GRADUADO DO 1º CICLO Área de Enfermagem
Competências instrumentais: <ul style="list-style-type: none">• Analisa situações identificando as relações entre os diferentes elementos que interferem no problema• Analisa, interpreta e sintetiza textos e documentos• Planeia e organiza a prestação de cuidados em diferentes contextos face às necessidades do cliente e aos condicionalismos existentes• Selecciona e organiza informação actualizada necessária à prestação de cuidados• Organiza situações educativas em saúde• Comunica oralmente e através da escrita de forma a ser compreendido pelos outros• Gere e interpreta informação proveniente de diferentes fontes• Sabe tomar decisões face a situações complexas em diferentes contextos• Sabe resolver problemas complexos no âmbito do cuidar em enfermagem• Mobiliza e utiliza recursos tecnológicos e informáticos adequados• Domina uma segunda língua• Assume responsabilidades no respeito pelos compromissos éticos e legais• Analisa criticamente a sua prática
Competências interpessoais: <ul style="list-style-type: none">• Reconhece os seus limites e solicita ajuda quando necessário• Trabalha em equipa intra ou interdisciplinar favorecendo um clima de cooperação• Relaciona-se com os clientes e famílias tendo em vista o estabelecimento de uma relação terapêutica• Reconhece a diversidade cultural e intervém no respeito pelas diferentes culturas• Mobiliza o conhecimento sobre outras culturas e costumes de outros países na sua relação com os outros• Produz um discurso pessoal fundamentado tendo em consideração diferentes perspectivas, sobre os problemas de saúde com que se depara• Sabe comunicar mobilizando os recursos de saúde dos clientes, no respeito pelas suas crenças• Assume os compromissos éticos e legais da profissão responsabilizando-se pelas suas práticas profissionais.
Competências sistémicas: <ul style="list-style-type: none">• Sabe mobilizar em situação os conhecimentos profissionais necessários à resolução dos problemas• Sabe gerir a sua aprendizagem em ambiente académico e profissional• Sabe procurar, face às adversidades, novas soluções para os problemas e tomar a iniciativa da sua resolução• Investe na qualidade dos cuidados em função do sentido que esta tem para o outro• Avalia em conjunto com a equipa a qualidade dos cuidados prestados• Participa na realização de projectos no âmbito da saúde• Gere e supervisa cuidados de saúde• Gere a imprevisibilidade em situações menos complexas

Fonte: D’ Espiney *et al.* - Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional – Grupos por área de conhecimento – Enfermagem. MCTES (2004) p. 14

Tendo por base os dois quadros anteriores, podemos dizer que as competências gerais instrumentais incluem-se no domínio da Prestação e gestão dos cuidados das competências profissionais, as competências gerais interpessoais no domínio da Prática profissional, ética e legal e, as competências gerais sistémicas no domínio de

Desenvolvimento profissional, tendo por base o perfil de competências dos ECGs, definido pela OE (2003).

“O quadro de competências do ECGs remete para o domínio de um conjunto amplo de conhecimento de base científica da área da saúde em geral e da disciplina de enfermagem, em particular, que se constituem como essenciais ao cuidado humano em saúde. Prestar cuidados de enfermagem adequados às necessidades singulares de cada cliente supõe a capacidade de, em situação, observar e fazer emergir os elementos relevantes da situação (...) Esta não se resume (...), à resolução de problemas simples bem delimitados (...) coloca os enfermeiros face a situações problemáticas que se caracterizam pela imprevisibilidade, pela incerteza, pela desordem, exigindo a mobilização de um corpo de conhecimentos próprios da disciplina que lhes permitam responder criativa e adequadamente à diversidade e singularidade dos problemas com que se deparam” (D’ Espiney *et al.*, 2004, p. 22).

1.2.2.2 – Caracterização geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEP

Em 2004, foi elaborado um documento por D’ Espiney *et al.*, resultante das reflexões produzidas a nível nacional, do qual já expusemos algumas ideias, que expressa a opinião maioritária do conjunto dos docentes que integraram o grupo da área de conhecimento de enfermagem para a implementação do Processo de Bolonha a nível nacional. Deste, brotaram algumas orientações consideradas necessárias na introdução no ensino em enfermagem, tendo sido definido um currículo mínimo, mantendo o pressuposto de promover a autonomia das escolas na organização dos seus currículos.

As grandes mudanças, despontam-se ao nível do processo de aprendizagem centrada nos estudantes, em que a concepção curricular presume um investimento nesta e no desenvolvimento de competências, o que implica um agregado de estratégias de ensino-aprendizagem que contribuam para o efectivo desenvolvimento dos mesmos como pessoas e como profissionais. Privilegiam-se as estratégias que beneficiam o desenvolvimento de competências investigativas e reflexivas, sendo aprofundada uma real articulação teórico-prática assente na reflexão crítica sobre as práticas. O perfil de competências do ECGs, passa a ser a referência para o plano de formação, tal como, as competências gerais e académicas definidas para o curso (D’ Espiney *et al.*, 2004). Porém, apesar do desenho curricular estar legalmente determinado para as várias escolas

de enfermagem do país, o curso pode ser diferente relativamente à sua filosofia, concepção de cuidados, modelos pedagógicos, que se vão traduzir no fim, num enfermeiro com uma perspectiva própria sobre a enfermagem. A grande responsabilidade da escola está na selecção dos conteúdos, metodologias de formação e avaliação das aprendizagens, de acordo com o compromisso social da profissão.

Curso de Licenciatura em Enfermagem da ESEP

A Escola Superior de Enfermagem do Porto é uma instituição de ensino superior politécnico não integrada, com ensino de enfermagem pré e pós-graduado, está em funcionamento desde 1 de Janeiro de 2007, e resulta da fusão de três instituições de ensino superior público de enfermagem no Porto, por aplicação do Decreto-Lei nº 175/2004, de 21 de Julho. Os seus Estatutos foram publicados no Diário da República, 2ª série, nº 158, de 17 de Agosto de 2006, e o primeiro ano lectivo resultante desta fusão foi o 2007/2008. Segundo esses estatutos, tem por missão: “Contribuir para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem, (...); Promover a educação ao longo da vida e uma sólida formação (...); Desenvolver relações de cooperação com instituições de saúde e de ensino superior, (...); Desenvolver uma formação cultural ampla, fomentando um espírito humanista (...)” (art. 3.º).

Está ainda escrito, no Guia do estudante (ESEP, 2008, p. 4) que “a ESEP identifica-se como uma instituição pública de ensino superior com elementos distintivos no plano nacional e internacional ao nível da excelência da formação de enfermeiros e da criação, transmissão e difusão da cultura, do saber e da ciência e tecnologia através da articulação do estudo, do ensino e da investigação”.

No que diz respeito ao 1º Ciclo de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) da ESEP, ao abrigo do D.L. nº 74/2006; resulta da estruturação dos CLE em funcionamento nas escolas que lhe deram origem: Portaria nº 440/2000, de 17 de Julho, DR nº 163 – 1ª série – B (Escola Superior de Enfermagem D. Ana Guedes); Portaria nº 464/2000, de 21 de Julho, DR nº 167 – 1ª série – B (Escola Superior de Enfermagem S. João) e, Portaria nº 717/2000, de 5 de Setembro, DR nº 205 – 1ª série – B (Escola Superior de Enfermagem Cidade do Porto).

O plano de estudos estruturou-se em dois biénios, o primeiro integra unidades curriculares teóricas e o segundo unidades curriculares (UC) de ensino clínico e estágio (práticas), num total de 240 ECTS (o que transmite o carácter de excepção ao exposto

no D. L. n.º 74/2006, para o primeiro ciclo de estudos). As UC são semestrais e constituídas por aulas teóricas e seminários de frequência facultativa, e aulas teórico-práticas, práticas laboratoriais, orientação tutorial, ensino clínico e estágio, de frequência obrigatória. “Aos estudantes do curso é exigida a aquisição das competências estabelecidas pela OE para o ECGs. Habilita ao exercício de funções de Enfermeiro, após a atribuição do respectivo título profissional pela OE” (ESEP, 2008, p. 6). Baseia-se portanto, nos enunciados da OE (2003), e como tal, procura-se a prevenção da doença e a promoção dos processos de readaptação, bem como, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida e, a adaptação às situações.

No que concerne à adequação ao Processo de Bolonha, a formação centra-se na aprendizagem sendo exigido ao estudante maior participação/envolvimento no desenvolvimento das actividades planeadas para que não só desenvolva competências específicas (as directamente relacionadas com o plano de estudos) mas também, as competências horizontais como sejam aprender a pensar, o espírito crítico, a liderança, entre outras. O professor assume funções de orientador, de apoio e de suporte (ESEP, 2008), estando registadas as adequações dos cursos e dos graus identificados da ESEP (DR. n.º 160), no Despacho n.º 18 755-O/2007.

Segundo o Relatório da Direcção Geral do Ensino Superior, referente ao registo de adequação do primeiro ciclo de estudos da licenciatura em enfermagem e ao 1º Plano de estudos da ESEP, há que desenvolver competências que permitam uma tomada de decisão autónoma, reflexiva e baseada na evidência empírica actual. Está escrito ainda, que os objectivos do CLE, cuja adequação é proposta, dão continuidade às ideias já antes expressas nos cursos até então em funcionamento, a saber:

1. *“Planear, executar e avaliar cuidados de enfermagem gerais à pessoa saudável ou doente, ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade aos três níveis de prevenção;*
2. *Participar como elemento activo da equipa multidisciplinar de saúde no planeamento/avaliação de actividades (...);*
3. *Desenvolver a prática de investigação em enfermagem, em particular, e da saúde em geral;*
4. *Intervir activamente na formação de enfermeiros e outros profissionais;*
5. *Participar na gestão de serviços de saúde”* (DGES, s. d., p. 10).

Relativamente à atribuição de ECTS, pode ler-se: “cerca de 60% do tempo estimado para as unidades curriculares (excepto estágios) é dedicado a sessões presenciais. Os restantes 40% são distribuídos para trabalho do aluno. Relativamente

aos estágios, considerou-se a carga horária do currículo vigente no sentido de dar resposta à Directiva Europeia 2005/36/CE” (DGES, s. d., p. 12), sendo, a duração normal do curso 4 anos curriculares, cada um composto por dois semestres.

A matriz curricular assenta na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE/ICNP[®]), que fornece uma estruturação para o conhecimento, sendo a CIPE, uma classificação de fenómenos de enfermagem, acções e resultados, que fornece uma terminologia para a prática que pretende ser uma matriz unificadora em que as taxonomias e classificações de enfermagem se possam entrecruzar, de modo a permitir comparar dados. O seu enfoque reflecte-se na definição de enfermagem:

“(…) De entre a amplitude dos cuidados de saúde, o fenómeno que mais importa aos enfermeiros é a «resposta aos problemas de saúde reais ou potenciais» de indivíduos, famílias e grupos. As respostas humanas e estes problemas variam grandemente, desde reacções de recuperação da saúde perante episódios individuais de doença, ao desenvolvimento de políticas de promoção de saúde de uma população (ICN, 1987)” (ICN, 2002, p. xiii-xiv).

A CIPE traduz uma forma de conceber a enfermagem centrada na pessoa, apostando na capacidade de diagnóstico, de tomada de decisão e de autonomia no exercício, opondo-se ao tradicional modelo biomédico, propondo uma nova forma de pensar os cuidados e de os produzir, apelando ao desenvolvimento da capacidade de diagnosticar áreas autónomas de intervenção.

Pode ler-se ainda, no relatório mencionado, no que concerne à estrutura global do curso que, importa fundamentar as três dimensões, da proposta de adequação apresentada:

- Dimensão I: *“área científica de enfermagem: Introdução à Enfermagem; Saúde e ambiente; Parentalidade; Processos familiares e comunitários, Envelhecimento; Respostas corporais à doença; Comportamento e relação; Autocuidado; Prestador de Cuidados; Intervenções resultantes de prescrições; e, Enfermagem e cidadania” (p. 21).*

Considera-se que é nestas UC, que se defronta com o “*core group*” do conhecimento disciplinar: desde a abordagem às questões epistemológicas, o ambiente como factor decisório à saúde e à doença, as respostas humanas face aos processos de vida, as funções biológicas, o comportamento e a relação, as intervenções que resultam de prescrições, até aos aspectos legais ligados com o exercício da enfermagem.

Por seu lado, a Introdução à prática clínica aparece no final do 2.º ano, para permitir, a partir de processos de “aprendizagem baseada em problemas”, efectuar uma síntese integradora dos conteúdos abordados e fomentar o crescimento de uma «consciência clínica». No 3.º e 4.º ano, nos ensinamentos clínicos/estágio em contextos da

prática, pretende-se uma evolução no desenvolvimento de competências, integrando os conhecimentos anteriores e impulsionando progressivamente o desenvolvimento da “consciência clínica” sustentada numa óptica holística da concepção dos cuidados e das tomadas de decisão. Relativamente ao modelo de supervisão clínica, os alunos são acompanhados pelos enfermeiros das instituições e pelos professores da escola, modificando no 4.º ano para menor presença física do professor nos contextos da prática. Porém o Despacho 1/87, de 21 de Abril, salienta que é competência dos professores a orientação e a avaliação prática dos alunos, ainda que com a colaboração do pessoal dos serviços. Durante a formação prática, há lugar a seminários, que constituem momentos formais de reflexão da acção.

Na UC Introdução à investigação do 1.º ano, tenta-se prover instrumentos conceptuais que possibilitem a análise de relatórios de investigação e, um consumo crítico da informação acerca da investigação disponível; no 4.º ano nas UC Investigação e Projecto de investigação em enfermagem, munem-se as ferramentas e fomenta-se a competência do estudante para conceber um projecto de investigação com a qualidade e rigor inerentes a um desenho de pesquisa exigível a um licenciado.

- Dimensão II – “*ciências de base*: Anatomia; Fisiologia; Bioquímica; Microbiologia e métricas em saúde; Farmacologia; Patologia; Psicologia do desenvolvimento; Psicologia da saúde e da doença; Sociologia da saúde; Antropologia da saúde; e, Processo de informar.

Estas UC, a que corresponde um conjunto de áreas afim do conhecimento de enfermagem, integram o plano de estudos em momentos que favorecem a articulação horizontal das diversas UC. O domínio sobre os conhecimentos das ciências de base facilita a aprendizagem e aquisição de competências do enfermeiro” (DGES, s.d., p. 21).

- Dimensão III – “*áreas optativas*: Actividade física e prática desportiva; Língua gestual portuguesa; Línguas europeias; Desenvolvimento pessoal e social; Culturas e políticas europeias; História da enfermagem; Empreendedorismo; Enfermagem avançada; Intervenção em situações de catástrofe; Sistemas de informação em saúde; Suporte avançado de vida; e, Terapias complementares.

Estas UC proporcionam ao aluno uma oportunidade de escolher o seu percurso profissional, investindo em UC que nomeadamente lhe permitam: reforçar saberes e competências na área científica de enfermagem; construir uma identidade europeia; adquirir competências instrumentais complementares; promover o seu desenvolvimento

pessoal e social; e preparando-se para os desafios da empregabilidade, competitividade e mobilidade” (DGES, s.d., p. 22).

Falando agora, da adequação da organização do ciclo de estudos à aquisição de competências e aos objectivos fixados, o quadro 3 que se segue, translada a correspondência entre as UC do plano de estudos proposto e as competências do ECGs, definidas em 2003, às quais pretende responder.

Quadro 3 – Correspondência entre o plano de estudos da ESEP e as competências ECGs

Unidade Curricular	Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais	
Antropologia da saúde	<p>A - Prática profissional, ética e legal</p> <p><i>A1 – Responsabilidade</i></p> <p>1. Aceita a responsabilidade e responde pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.</p> <p>2. Reconhece os limites do seu papel e da sua competência.</p> <p>3. Consulta peritos em enfermagem quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual.</p> <p>4. Consulta outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.</p> <p><i>A2 - Prática segundo a ética</i></p> <p>5. Exerce de acordo com o Código Deontológico.</p> <p>6. Envolve-se de forma efectiva nas tomadas de decisão ética.</p> <p>7. Actua na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no código deontológico.</p> <p>8. Respeita o direito dos clientes ao acesso à informação.</p> <p>9. Garante a confidencialidade e a segurança da informação.</p> <p>10. Respeita o direito do cliente a privacidade.</p> <p>11. Respeita o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.</p> <p>12. Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.</p> <p>13. Identifica práticas de risco e adopta as medidas apropriadas.</p> <p>14. Reconhece as suas crenças e valores e a forma como estas podem influenciar a prestação de cuidados.</p> <p>15. Respeita os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos</p> <p>16. Presta cuidados culturalmente sensíveis.</p> <p><i>A3 - Prática Legal</i></p> <p>17. Pratica de acordo com a legislação aplicável.</p> <p>18. Pratica de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.</p> <p>19. Reconhece e actua nas situações de infracção/violação da lei e/ ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.</p>	
Bioética		
Comportamento e relação		
Enfermagem e Cidadania		
Ensino clínico de enfermagem hospitalar – cirurgia		
Ensino clínico de enfermagem hospitalar – medicina		
Ensino clínico de enfermagem na comunidade – intervenção comunitária		
Ensino clínico de enfermagem na comunidade – intervenção na família		
História da Enfermagem		
Introdução à Enfermagem		
Introdução à Investigação		
Introdução à prática clínica		
Psicologia da saúde e da doença		
Sociologia da saúde		
Anatomia		<p>B - Prestação e gestão de cuidados</p> <p><i>B 1 - Princípios chave da prestação e gestão de cuidados.</i></p> <p>20. Aplica os conhecimentos e as técnicas mais adequadas na prática de enfermagem.</p> <p>21. Incorpora na prática os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.</p> <p>22. Inicia e participa nas discussões acerca da inovação da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.</p> <p>23. Aplica o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.</p> <p>24. Ajuíza e toma decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.</p> <p>25. Fornece a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.</p>
Antropologia da saúde		
Autocuidado		
Bioética		
Bioquímica		
Comportamento e Relação		

Enfermagem avançada	26. Organiza o seu trabalho gerindo eficazmente o tempo.
Ensino clínica de enfermagem hospitalar – medicina	27. Demonstra compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.
Ensino clínico de enfermagem hospitalar – cirurgia	28. Actua como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.
Ensino clínico de enfermagem na comunidade – intervenção comunitária	29. Apresenta a informação de forma clara e sucinta.
Ensino clínico de enfermagem na comunidade – intervenção na família	30. Interpreta de forma adequada os dados objectivos e subjectivos bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura
Envelhecimento	31. Demonstra compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.
Estágio de integração à vida profissional	<i>B 1.1 - Prestação de cuidados</i>
Farmacologia	<i>B 1.1.1 - A promoção da saúde</i>
Fisiologia	32. Demonstra compreender as políticas de saúde e sociais.
Gestão em Enfermagem	33. Trabalha em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.
Informática	34. Vê o indivíduo, a família e a comunidade, numa perspectiva holística tendo em conta as múltiplas determinantes da saúde.
Intervenção em situações de catástrofe	35. Participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.
Intervenções resultantes de prescrições	36. Aplica conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.
Introdução à Enfermagem	37. Actua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidades para adoptarem estilos de vida saudáveis.
Investigação	38. Fornece informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, família e comunidades a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.
Microbiologia e métricas em saúde	39. Demonstra compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.
Parentalidade	40. Proporciona apoio / educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.
Patologia I	41. Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.
Prestador de cuidados	42. Aplica o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, família e comunidades.
Processos de informar	43. Avalia a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.
Processos familiares e Comunitários	<i>B 1.1.2 - Colheita de dados</i>
Psicologia da saúde e da doença	44. Efectua, de forma sistemática uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.
Psicologia do Desenvolvimento	45. Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão.
	<i>B 1.1.3. – Planeamento</i>
	46. Formula um plano de cuidados sempre que possível em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.
	47. Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.
	48. Garante que o cliente e / ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.
	49. Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.
	50. Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.
	51. Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.
	52. Documenta o plano de cuidados.
	<i>B 1.1.4 – Execução</i>
	53. Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.
	54. Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.
	55. Documenta a implementação das intervenções.
	56. Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente.
	57. Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.
	<i>B 1.1.5 - Avaliação</i>
	58. Avalia e documenta a evolução no sentido dos resultados esperados.
	59. Colabora com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.
	60. Utiliza os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados.
	<i>B 1.1.6 – Comunicação e relações interpessoais</i>
	61. Inicia, desenvolve e suspende relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.

Respostas corporais à doença I	62. Comunica com consistência a informação relevante, correcta e compreensível sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.
Respostas corporais à doença II	63. Assegura que a informação dada ao cliente e/ ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.
Saúde e ambiente	64. Responde apropriadamente às questões, solicitações e problemas dos clientes e/ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.
Saúde infantil e juvenil	65. Comunica com o cliente e /ou familiares, de forma a dar-lhes poder.
Saúde materna	66. Utiliza a tecnologia de informação disponível de forma eficaz e apropriada.
Saúde mental	67. Demonstra atenção sobre os desenvolvimentos/aplicações locais no campo das tecnologias da saúde.
Sistemas de informação em saúde	<i>B 1. 2. - Gestão de cuidados</i> <i>B 1. 2.1 - Ambiente seguro</i>
Sociologia da saúde	68. Cria e mantém um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.
Suporte avançado de vida	69. Utiliza instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.
Terapias Complementares	70. Garante a segurança da administração de substâncias terapêuticas.
	71. Implementa procedimentos de controlo de infecção.
	72. Regista e comunica à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.
	<i>B 1. 2. 2 - Cuidados de saúde inter profissionais</i>
	73. Aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho inter profissional eficazes.
	74. Estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.
	75. Contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.
	76. Valoriza os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.
	77. Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.
	78. Revê e avalia os cuidados com os membros da equipa de saúde.
	79. Tem em conta a perspectiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa inter profissional.
	<i>B 1. 2. 3. - Delegação e supervisão</i>
	80. Delega noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.
	81. Utiliza uma série de estratégias de suporte, quando supervisiona aspectos dos cuidados delegados a outro.
	82. Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.
Actividade física e prática desportiva	<i>C - Desenvolvimento Profissional</i> <i>C 1 - Valorização profissional</i>
Culturas e políticas Europeias	83. Promove e mantém a imagem profissional da enfermagem.
Desenvolvimento pessoal e social	84. Defende o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.
Empreendedorismo	85. Contribui para o desenvolvimento da prática de enfermagem.
Enfermagem e Cidadania	86. Valoriza a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.
Estágio de integração à prática profissional	87. Actua como um modelo efectivo.
Introdução à Investigação	88. Assume responsabilidades de liderança, quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.
Investigação	<i>C 2 - Melhoria da qualidade</i>
Língua gestual Portuguesa	89. Utiliza indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.
Línguas europeias	90. Participa em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.
Processos de informar	<i>C 3 - Formação contínua.</i>
	91. Leva a efeito uma revisão regular das suas práticas.
	92. Assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.
	93. Actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.
	94. Contribui para a formação e desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.
	95. Actua como um mentor/tutor eficaz.
	96. Aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.

Projecto de investigação em Enfermagem	
--	--

Fonte: Relatório da Direcção Geral do Ensino Superior, referente ao registo de adequação do primeiro ciclo de estudos da licenciatura em enfermagem da ESEP e ao 1º Plano de estudos da ESEP (DGES, s.d.)

Analisando as linhas precedentes fica explícito, que no desenho curricular foi tido em consideração uma sequencialidade, de fase para fase, em que as UC foram organizadas de forma significativa, em que, o que surge num determinado momento facilita o que se pretende realizar nas fases seguintes. Foi estudada a prioridade e a ordem de entrada dessas unidades e conseqüentemente conteúdos, em concordância com o nível de desenvolvimento esperado para os estudantes. Foram ainda incorporados os resultados da avaliação externa na organização do ciclo de estudos, tendo sido destacado pelas comissões dessa avaliação:

1. *“A existência de uma concepção de Enfermagem, em termos de disciplina científica e campo do conhecimento, que é progressivamente aprofundada e monitorizada (...);*
2. *A ênfase colocada no modelo de desenvolvimento curricular do plano de estudos (...);*
3. *Além da singularidade da estrutura em dois biénios (o segundo, de ensino clínico), foram apontados como elementos distintivos e relevantes do desenvolvimento do curso:*
 - a. *A dinâmica do modelo curricular;*
 - b. *A opção pelo equilíbrio entre o ensino clínico em contexto hospitalar e comunitário;*
 - c. *A própria evolução dos serviços de saúde e da complexidade no tratamento da doença;*
 - d. *A realização de ensino clínico ao mesmo tempo em cuidados de saúde primários e em contexto hospitalar;*
 - e. *O desenvolvimento de competências e transferência nos contextos de acção” (DGES, s.d., p. 27).*

No que se refere à organização curricular foram particularmente destacadas:

- *“Tornar clara a progressividade dos objectivos educacionais para a complexidade, pela separação objectiva entre as unidades curriculares do ensino teórico, teórico-prático e prático, por um lado, e o ensino clínico por outro lado;*
- *Privilegiar espaços para o entendimento dos estudantes sobre alguns valores que fundamentam a organização e o desenvolvimento curricular (valorização semelhante de momentos de ensino clínico hospitalar e comunitário; práticas pedagógicas que valorizam a auto-aprendizagem; a importância de disciplinas teóricas da área das ciências humanas, sociais e psicológicas para fundamentar o desenvolvimento de competências do Enfermeiro);*
- *Criar espaços para o desenvolvimento de estratégias de informação e reflexão com os estudantes no sentido de envolver-los e comprometer-los com os princípios valorizados na organização e desenvolvimento do CLE” (DGES, s.d., p. 27).*

Em suma, o plano de estudos fomenta um novo paradigma para a prática, dando igual relevância ao contexto clínico hospitalar e comunitário. Aponta ainda, uma orientação para uma aprendizagem participada, em que o estudante, por exemplo, tem que optar por determinadas UC. Aposta num futuro profissional mais autónomo, que deve desenvolver as capacidades para diagnosticar «focos de atenção de enfermagem» e efectuar um «juízo clínico», sendo capaz de planear e prescrever intervenções de enfermagem face aos objectivos e reformular, se necessário, consoante os resultados da avaliação. Implica capacidade de tomar decisões, baseada no conhecimento próprio disciplinar.

Está ainda expressa, no documento, uma intenção clara de produção e desenvolvimento de competências, bem como, que competências a desenvolver. Surge agora a questão: de que maneira a formação contribui para o desenvolvimento no estudante, das competências necessárias para o exercício da profissão?

1.3 – FORMAR PARA O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO ENFERMAGEM

Hodiernamente, as finalidades e exigências educativas modificaram-se, pois atravessamos mudanças vertiginosas, mesmo ao nível cromossómico da sociedade. Os novos posicionamentos políticos de uma democracia, percorridos pelos preâmbulos da igualdade e participação, exigem planeamentos educativos flexíveis e adaptáveis face à instabilidade.

A educação deve ser encarada como o grande motor da mudança. É utópico pensar, que as metamorfoses se compadem com paragens a nível do conhecimento. Há que desenvolver o espírito analítico, a criatividade e a autonomia, sabendo que a formação inicial tem uma importância capital na formação dos enfermeiros. Nesta perspectiva, “a enfermagem portuguesa tem sido pioneira e, como tal, uma referência no contexto europeu no que diz respeito à coerência do percurso e à qualidade na formação de enfermeiros (...) ao desenvolvimento e autonomia da profissão” (OE, 2007, p. 2).

Face ao apelo a novas concepções educativas e pedagógicas, ficou nítido que a ESEP, no seu plano de estudos, defende a formação de um profissional reflexivo com um papel activo na construção da sua aprendizagem, visando a edificação de competências específicas e transversais, que permitam uma tomada de decisão autónoma e assente na mais actualizada evidência empírica. Está bem patente portanto, uma concepção do processo ensino-aprendizagem baseado numa perspectiva

construtivista e humanista, demandando processos metacognitivos. Ora, o perfil defendido pela escola relaciona-se com as competências que são necessárias adquirir, tendo-se assumido as preconizadas pela OE para o ECGs. É sabido ainda, que a formação prática (ensino clínico e estágios) ocupa um lugar privilegiado para a aprendizagem dessas competências, o que é reconhecido pelos dispositivos normativos, dado o peso que a mesma ocupa no plano de estudos (os dois últimos anos do CLE da ESEP). Segundo a Directiva 2005/36/CE, artigo 31.º, nº 3, a formação do ECGs “compreende, pelo menos, três anos de estudos ou 4 600 horas de ensino teórico e clínico, representando a duração do ensino teórico pelo menos um terço e a do ensino clínico pelo menos metade da duração mínima da formação”.

É justamente, sobre os saberes teóricos e práticos, que nos iremos debruçar....

1.3.1 – Os saberes teóricos e práticos

A formação inicial em enfermagem desdobra-se basicamente, em dois âmbitos (teórico/teórico-prático na escola, e ensino clínico/estágio nos contextos de prestação de cuidados) de características diferenciadas em: intervenientes de referência na formação, tempos e espaços de aprendizagem, natureza dos saberes e competências a desenvolver, trabalho esperado do estudante e avaliação. Os saberes são assim geralmente, intitulados de teoria e prática, em que a teoria está centrada no eixo do “conhecimento” e a prática no eixo da “experiência”.

No que concerne ao contexto teórico, tido como mais académico, é consensual a ideia de que este permite aprendizagens que se podem fazer externamente ao contexto do exercício profissional. Os contextos de formação prática, como os serviços hospitalares ou os centros de saúde, constituem-se como um local privilegiado de contacto com a prática profissional de uma forma acompanhada, onde se espera que o estudante incremente novas competências, a par da mobilização de saberes desenvolvidos no período teórico, sabendo que as práticas são orientadas pelos conceitos, mas estes nascem das práticas (Le Boterf, 2003). Contudo, parafraseando Mestrinho (2001, p. 27) “actualmente, na formação em enfermagem, mantém-se alguma contradição entre os conhecimentos teóricos ministrados em sala de aula e as experiências vividas pelos estudantes nos estágios”. Na situação mais tradicional, baseado num racionalismo técnico, os saberes teóricos acumulados são transferíveis

para o contexto da prática profissional, mas, a abordagem do conhecimento contextualizado, construído pelo estudante, integra todos os saberes, permitindo-se ser mais aberto e móvel. Pensamos que, a teoria serve para compreender a prática, porém, o trabalho sobre a experiência prolonga e dá informações ao conhecimento teórico, demolindo a corroída discussão sobre o desfasamento entre a teoria e a prática. Aliás, Martin (1991) diz-nos que a articulação da teoria e prática, de onde resulta o saber profissional, é a via para a construção de um currículo, cujas orientações não sejam baseadas nas concepções mecanicistas do ensino (citado por Mestrinho, 2001, p. 27).

D. Schön, nos anos oitenta, indica uma proposta pedagógica coerente com a necessidade de mudança, ao sustentar uma epistemologia da prática, estando subjacente ao conceito de profissional, responsabilidades e reflexão na acção. Reflexão esta que deve estar bem enraizada e fortificada na formação do futuro enfermeiro. Esta constatação do lugar central que a prática ocupa no ensino em enfermagem, torna improrrogável, que enveredemos por uma reflexão acerca dos novos paradigmas da educação, reflectindo-se na enfermagem (como em qualquer outra disciplina), em que as abordagens da aprendizagem através da prática, sejam apreciadas.

1.3.1.1 – Reflexão sobre a prática: Potencialidades heurísticas da formação em cenário clínico

Não é permissível, continuar a admitir o papel do ensino superior como um mero adicionador de conhecimentos teóricos e científicos. Concebe-se a aprendizagem como um processo activo, cognitivo, construtivo, significativo, mediado e auto-regulado, o que implica repensar os modelos de organização curricular dos cursos e das metodologias de ensino (Giordan, 2007).

Aquele que aprende não é uma folha em branco, na qual o professor imprime o seu saber. Já não há lugar para a pedagogia linear, entre um emissor detentor de um saber e um receptor que memoriza docilmente as mensagens, nem para o treino característico do condicionamento operante de Pavlov. Impõe-se a pedagogia “da construção” que se alimenta nas necessidades dos indivíduos, que enaltece a livre expressão de ideias e a autonomia. Assim, há que conceber um dispositivo de formação que favoreça aos estudantes o aprender a assumir um papel mais activo no seu próprio processo de aprendizagem, de forma a desenvolverem essa autonomia, a tomarem decisões, resolver problemas e assumir responsabilidades.

Segundo Mestrinho (2001, p. 25), os resultados de diversas investigações “sugerem a mudança de modelos curriculares de orientação behaviorista para modelos que transformem a prática convencional, como por exemplo, os modelos construtivistas, (...). Isto é, modelos que dêem primazia à excelência da prestação de cuidados, que diminuam a dicotomia teoria/prática, que promovam o pensamento crítico valorizando a auto-formação, que incentivem a prática reflexiva e promovam os cuidados de saúde primários. Esta mutação é coerente com uma filosofia humanista centrada no cuidar em enfermagem”. Na opinião de D’ Espiney *et al.* (2004), as avaliações formativas, e a metodologia de aprendizagem por problemas, recomendadas por Bolonha, parecem ser particularmente relevantes neste processo de inovação.

Por outro lado, relativamente à importância da formação prática no desenho curricular e da aprendizagem, os autores Chun-Heung e French (1997), trabalharam o seu conteúdo e concluíram que “a formação em contexto clínico é a que mais influencia o desenvolvimento de saberes, competências e a própria socialização profissional, enfatizando a importância do contexto da aprendizagem (...). Concluíram ainda que segundo a percepção dos estudantes, para otimizar o processo de ensino-aprendizagem é importante um ambiente clínico acolhedor” (citado por Abreu, 2007, p. 115).

Em consonância, Abreu (2003, p. 9) afirma que “a clínica é um espaço insubstituível de transformação de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais. Implica a articulação de processos de reflexão na e sobre a acção”. Postura esta, que é corroborada pelos estudantes que participaram no estudo de Fernandes (2007, p. 60), e pela própria, acerca da forma como se desenvolve a aprendizagem através da prática clínica no hospital: “o estágio é um período crucial, (...) é aí que as suas aprendizagens teóricas podem ser consolidadas, onde o acumular de experiências variadas na prática, reforça a matriz de saberes, transmitindo-lhe uma certa identidade, a de ser enfermeiro, além de lhes possibilitar a aquisição de saberes para agir”.

Retomando os novos posicionamentos que se exigem no acto educativo para erradicar as práticas tradicionais, ficou bem visível no estudo de Carvalho (2004), acerca da avaliação da aprendizagem em ensino clínico no CLE, que os professores e os estudantes aceitam os pressupostos construtivistas no plano de estudos, e, o valor atribuído pela comunidade escolar à reflexão “independentemente dos conteúdos que são mais ou menos valorizados, todos parecem atribuir muita importância à aprendizagem significativa, à reflexão e à aprendizagem auto-regulada com apelo aos processos metacognitivos” (p. 373). Estas concepções conduzem a uma forma própria

de construir o conhecimento profissional, partindo da reflexão sobre as acções e do conhecimento que advém dessa reflexão. A OE (2002, p. 5) também afirma que “a qualidade exige reflexão sobre a prática – para definir objectivos do serviço a prestar, delinear estratégias para os atingir – o que evidencia a necessidade de tempo e um ambiente apropriado para reflectir nos cuidados prestados, isto é, na prática”.

Das perspectivas expostas, descende uma aprendizagem que se deve centrar na análise e reflexão da experiência.

Mas, ... O que é aprender?

1.3.2 – Aprendizagem: uma metamorfose

A aprendizagem, não é um assunto que anime multidões!

*“Aprender dá-nos cabo do miolo e serve para quê? Apetece-me sim, ver o futebol!
A palavra aprender evoca confusamente, «norma fastidiosa», «perda de tempo», ...
E, quais os saberes que devem ser ensinados? É uma das grandes interpelações de hoje...
E então? Ensina-se sem saber o quê? Embrutece-se os estudantes com somatórios de saberes sem interesse, para que eles sintam repugnância pelo aprender?”*

E, nova questão surge: o que é isso de saber?

Beillerot (2000) afirma que “um saber é aquilo que o sujeito adquire, constrói ou elabora a partir do estudo ou da experiência” (citado por Fernandes, 2007, p. 96), isto é decorre da uma aprendizagem. Contudo, saber e acção estão muito próximos fazendo sentido, quando apenas na presença um do outro.

O saber é uma oportunidade. Já não é um lote de dados mecanicistas, fechados e definitivos. A busca permanente permitirá o enriquecimento quer ao nível do ser, quer ao nível do ter. “Todo o saber é uma resposta a uma questão” (Giordan, 2007, p. 120), sendo esta, um dos movimentadores da aprendizagem. Há ainda a realçar, que sem uma experiência vivida, a aprendizagem esvai-se em meras palavras de livro, mas a acção não é suficiente, ela deve ser contextualizada.

Uma metamorfose

Quando a aprendizagem acontece, as ideias e modos de raciocinar habituais tornam-se outros, isto é, transformam-se: “para aprender é necessária uma perturbação

das certezas” (Giordan, 2007, p. 94). Todavia, ensinar não é aprender. A educação pode ser ou não, consequência da aprendizagem, pois só é educado aquele que aprende significativamente, aquele que desenvolve a capacidade de compreender a realidade, e por isso, emancipa-se, conquista mais autonomia. Só o homem é capaz de significar a experiência, e por isso se afasta do adestramento. “Aquele que aprende só se apropria de um saber se este lhe proporciona um aumento de sentido” (Giordan, 2007, p. 115).

Partilhámos do discurso de Galvão quando afirma “toda a educação é auto-educação. Toda a aprendizagem é auto-aprendizagem” (1996, p. 196). Educar não é ensinar ou aprender através do treino frequente, não é uma tarefa de instrumentalização mental, pressupõe sim, um processo inacabado e permanente, onde o objectivo não é atolar a memória, mas sim formar espíritos independentes e ágeis. É mais profícuo para o estudante que aprenda a pensar do que a decorar aquilo que o professor ensinou, pelo que deve cooperar activamente na construção e aplicação dos projectos de ensino-aprendizagem, de forma a obter aprendizagens significativas. O modelo transmissor esteriliza a criatividade, a capacidade de adaptação, e deteriora o sentido crítico que nas palavras de Giordan “desempenha um papel motor na aprendizagem” (2007, p. 329).

1.3.3 – Modelos de ensino para a competência profissional em Enfermagem

“A arte mais importante de um professor é saber despertar nos seus educandos a
alegria de criar e conhecer”

Einstein

Parafraseando Dias (2005, p. 17), “os modelos de formação para a competência visam ajudar, de forma integrada, cada sujeito em formação a desenvolver as suas capacidades criativas, de tomada de decisão, aprender a aprender e a reflectir sobre as práticas”, o que implica plasticidade, capacidade de adaptação aos diferentes contextos laborais e às funções a desempenhar, sabendo resolver as situações de indefinição, a que faz alusão Schön (2000), o que pressupõe reflexão sobre a prática.

E, o que é reflectir na prática? O que é aprender pela experiência?

Benner (2001, p. 14) faz alusão à importância da formação pela experiência, “para o desenvolvimento do conhecimento clínico e das competências em enfermagem”, assumindo que a experiência reflectida gera conhecimento e mudança. Também Canário (2007, p. 183), é da opinião de que nas profissões de relação como é a enfermagem, “aquilo que o profissional faz não é determinado, principalmente, por

aquilo que ele sabe, mas sim por aquilo que ele é”. Tal, obriga-o a apelar a todos os recursos cognitivos e afectivos e a um constante recurso aos saberes anteriores, recriando-os, situando-se aqui, a noção de profissional reflexivo.

Partilhamos ainda, a opinião de Amendoeira (2006) quando nos diz que a concepção e a organização do ensino de enfermagem tem evoluído para um paradigma de educação reflexiva, no qual o formando desenvolve competências de reflexividade na acção e onde o trabalho assume um papel formativo importante. Este paradigma, promove a existência de um profissional de enfermagem qualificado e competente, e como tal, responsável pelo diagnóstico e planeamento do cuidado de enfermagem, que ele próprio executa e controla, num processo de cuidados.

No mesmo sentido, aponta Costa (1998, p. 25), “em sentido real, a prática aprende-se na prática”, contudo, não há uma prática de enfermagem, há práticas de enfermagem, logo vários modelos em uso. E só com processos de reflexão sobre a acção, é possível contribuir para o desenvolvimento de modelos de cuidados mais próximos do Cuidar centrados na Pessoa, pois, essa reflexividade permite a recontextualização dos saberes e, a teorização a partir da experiência e saberes anteriores. Segundo Garmston *et al.* (2002) a reflexão facilita o desenvolvimento de competências de resolução de problemas, dado que, promove a capacidade de reformular a experiência, gerar alternativas e fazer inferências a partir do conhecimento prévio, e ainda, avaliar acções no intuito de construir novas aprendizagens (citado por Fonseca, 2006, p. 18).

Fica então evidente, que a experiência é a base e a condição para a aprendizagem, e, para que seja formadora, ela tem de ser reflectida, reconstruída. “No entanto, experiência e aprendizagem não são sinónimas; não são as experiências que são reconhecidas e validadas, mas sim as aprendizagens e as competências que resultam de um processo de aprendizagem experiencial (...). O saber resulta do confronto e da transformação da experiência” (Pires, 2007, p. 10). Pois, “nem toda a experiência gera automaticamente aprendizagens. Uma rotina tem justamente como virtude dispensar todo questionamento” (Perrenoud, 2002, p. 51). Nesta situação a experiência apenas auto-informa.

Outros autores destacam-se nesta temática, pelo que, J. Dewey nos anos 30, defendia a perspectiva de um pensamento activo reflexivo, todavia, de uma forma linear e mecânica, sem destacar a reflexão na experiência como um processo dialéctico. Apesar de imbuída nesta perspectiva, D. Schön conduz a uma nova óptica, sobretudo ao

nível do processo dessa aprendizagem, baseando-se no “valor da reflexão na e sobre a acção, com vista à construção situada do conhecimento profissional que apelidou de epistemologia da prática” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 35). Trata-se de uma abordagem construtivista, reflexiva, que assenta na consciência da imprevisibilidade dos cenários de acção profissional e na compreensão desta. Este autor oferece um design renovador para o processo ensino-aprendizagem. Ele usa o termo *talento artístico profissional* “para se referir aos tipos de competência que os profissionais demonstram em certas situações da prática que são únicas, incertas e conflituosas” (Schön, 2000, p. 29), isto é, para se referir aos profissionais criativos que possam responder às demandas impostas pela prática. A reflexão-na-acção é portanto, uma característica dos profissionais competentes sobretudo em zonas indeterminadas da prática. É em zonas indefinidas da acção, onde não encaixa nem funciona o modelo predominante da racionalidade técnica, que o conhecimento profissional se manifesta, isto é, em situações mais complexas, sendo construído através da reflexão na acção e da reflexão sobre a acção.

Argumenta que para tal, as escolas “devem repensar tanto a epistemologia da prática quanto os pressupostos pedagógicos sobre os quais os currículos estão baseados e devem adaptar suas instituições para acomodar o ensino prático reflexivo como um elemento-chave da educação profissional” (Schön, 2000, p. 25). Isto é, um ensino voltado para ajudar os estudantes a adquirirem os tipos de talento artístico indispensáveis para a competência nas tais zonas incertas.

Propõe então, uma formação profissional que interage com teoria e prática, num ensino alicerçado no processo de reflexão-na-acção, e em que o ensino através do fazer é privilegiado, assim como, um ensino em que a reflexão seja estimulada pela interacção professor-aluno, nas diversas situações da prática. A competência para agir baseia-se num conhecimento tácito (na acção), em que, a formação implica uma reflexão dialogante (combina acção, experiência e reflexão), numa óptica de construção activa do conhecimento gerado na acção e sistematizado pela reflexão, segundo uma metodologia de aprender a fazer fazendo e pensando. Isto é, o conhecimento advém da compreensão durante a execução da acção ou de reflexão posterior à sua execução. E a “reflexividade consiste em ganhar distanciamento em relação às nossas práticas profissionais, de modo a explicitar a forma como se actuou para modelar e para fazer evoluir os seus esquemas operatórios no sentido de os poder transferir ou transpor para novas situações” (Le Boterf, 2005, p. 48). Como tal, o papel do professor passa por “encorajar a reflexão na acção, a reflexão sobre a acção e a reflexão sobre a reflexão na

acção” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 35). As duas primeiras dimensões situam-se sobretudo a nível cognitivo, mas a última remete-nos para uma dimensão metacognitiva, essencial para o desenvolvimento ao longo da vida.

O reflectir sobre a experiência possibilita o reconhecimento de que o processo de aprendizagem se propaga na, com e pela prática. Esta noção de reflexão na acção, nas palavras de Usher e Bryan (1992) “traz nova luz ao dualismo teoria/prática e possibilita a recusa do vazio entre ambas, pois a teoria não se projecta como um conhecimento generalizado e abstracto aplicado à prática, mas como teoria situacional que, em simultâneo penetra e emerge da prática” (citado por Costa, 1998, p. 26). Mas, “a preguiça intelectual inibe a prática reflexiva” (Perrenoud, 2002, p. 52). Se o objectivo é aprender com a experiência, temos que nos distanciar dos pensamentos e reacções prontas, que quotidianamente, nos dispensam de fazer muitas perguntas antes de agir. Reiteramos com convicção, que os métodos de questionamento e de observação, devem ser ensinados desde cedo aos estudantes, pois, são chaves secretas de acesso à curiosidade, e se se souber efectuar as melhores perguntas possivelmente se obterão as melhores repostas. Para P. Freire (1990, p. 32) “estudar não é consumir ideias, mas sim criá-las e recriá-las”, e o que se verifica por vezes, é que o estudante não questiona, apenas consome ideias e as reproduz.

É essencial, despertar as mentes para a criatividade, a que Schön dá o nome de *artistry*, o que implica que os aprendizes se envolvam e estejam motivados para a procura, e que os educadores adoptem métodos pedagógicos inovadores e estimulantes para promover uma aprendizagem criativa. Há que questionar, e..., fazer perguntas é assumido como uma arte, como uma estratégia pedagógica privilegiada por professores pró-activos (Rodrigues *et al.*, 2006).

Os futuros enfermeiros não podem ser ensinados a tomar decisões que visem a aplicação dos conhecimentos científicos, como se esta fosse a resposta para todos os problemas reais. Eles têm que ser preparados para lidar com as situações novas e instáveis, para as quais, nem as teorias aplicadas, nem as técnicas de decisão nem os raciocínios aprendidos, fornecem soluções lineares. Não se trata de tirar o valor destas ou de as excluir, mas de ensinar ao estudante de enfermagem que cada pessoa é um ser único e cada situação é também vivida de uma forma muito própria. Muitas vezes, é necessário desconstruir o problema, pressupondo ginástica mental e uma flexibilidade cognitiva para arquitectar possíveis cenários interpretativos. As experiências têm que ser pensadas, incorporadas e reflectidas, o estudante tem que conversar com as mesmas

e ouvir o que têm para lhe dizer, só assim aprenderá. A aprendizagem que se gera na prática é um elemento de formação basilar. Esta competência para agir no indeterminado, é em si mesma, criativa, pois dela decorrem novas formas de utilizar competências que o estudante de enfermagem já possui, traduzindo-se na aquisição de novos saberes.

Outro nome de referência no processo de aprendizagem pela experiência, é o de D. Kolb, que nos fala de quatro estilos de aprendizagem diferentes, cuja análise profunda ultrapassa este estudo.

Pelo exposto, torna-se visível que os pressupostos pedagógicos inerentes a este tipo de aprendizagem (pela experiência) exaltam a centralidade da pessoa na aprendizagem, o que implica uma postura face à mesma – pelo questionar, pela resolução de problemas e pela experimentação. E, a aprendizagem vista como um processo de resolução de problemas implica, que os estudantes sejam levados a estabelecer relações significativas entre o que já sabem e a nova informação, sabendo que “o processo de ensino-aprendizagem das estratégias (de aprendizagem) está intimamente ligado à forma como se ensina o que deve ser aprendido” (Font, 2007, p. 48).

Queremos ainda ressaltar, que esta metodologia de formação, em que a prática tem um papel crucial, não exclui a necessidade de em algumas situações, utilizar-se um tipo de ensino mais tradicional, expositivo, em que o professor é chamado a comunicar informação, regras e conceitos, descrever teorias, discutir aplicações, exemplificar, etc., no entanto, deverá sempre que possível retomar as actividades que são próprias ao exercício da profissão professor, ou seja, demonstrar, questionar, aconselhar e estimular o espírito crítico. O ensino da ciência aplicada só é válido quando combinado com a prática profissional que integra acção e reflexão nesta, sendo estas, fontes de conhecimento oriundas da própria acção.

Pelo que, importa agora saber: Qual o papel dos diferentes intervenientes na formação de um profissional dotado de tais competências? Como criar ambientes de aprendizagem artística?

1.3.3.1 – Papel dos actores: uma breve alusão

A competência que permite ao profissional (de enfermagem) agir nessas situações indefinidas, implica uma mistura integrada de ciência, técnica e arte, caracterizada por uma criatividade e uma sensibilidade de artista. Uma formação capaz

de responder a esta premissa, terá que comportar “situações onde o formando possa praticar sob a orientação de um profissional, um formador, que simultaneamente treinador, companheiro e conselheiro (*coach*) lhe faz a iniciação e o ajuda a compreender a realidade que pelo seu carácter de novidade, se lhe apresenta de início sob a forma de caos” (Alarcão, 1996, p. 13).

Defende-se a partilha de responsabilidades no processo ensino-aprendizagem entre o professor, que deve ensinar a aprender, e o estudante, que deve aprender a aprender, mas para isso, é necessário que previamente, o professor seja capaz de aprender e ensinar (Font, 2007). Perante o contrato pedagógico estabelecido, e embora o estudante seja o principal responsável pela sua iniciativa, envolvimento e produtividade, é necessária a orientação do professor para definir metas e convergência de objectivos, com vista a uma aprendizagem significativa, que ajude a clarificar os processos que permitam a transversabilidade de saberes, em tempo útil, bem como, a validação dos resultados que vão sendo atingidos, o que se espelha sobretudo na formação em cenário clínico. Ao professor cabe-lhe a missão de guiar e auxiliar o educando, este sim, é o sujeito da educação, pois, o professor não é tanto aquele que sabe ensinar, é aquele que consegue que os estudantes aprendam, pois o homem educado é aquele que aprendeu a aprender (Galvão, 1996).

Na investigação efectuada por Nascimento (2007), os docentes de enfermagem supervisores julgam-se como mediadores da aprendizagem dos estudantes, sentem-se com a função de “ser um prático, orientar, estimular, acompanhar, avaliar e certificar, mobilizando competências de transmissão, competências de relação e competências técnicas de formação” (p. 39).

O desafio do professor é portanto, ímpar, dado que se trata de um poderoso processo de transformação que deve estimular o indivíduo a interpretar as experiências que vive, a partir da implicação e da intencionalidade da própria pessoa e, a dar-lhes significado, pois “a capacidade de reflexão não é idêntica em todas as pessoas (...). O processo reflexivo exige um retorno sobre a experiência, a sua reelaboração, a sua reavaliação (...)” (Pires, 2007, p. 10). Ou seja, deve ajudar o estudante no processo de criação, e, o recurso às tutorias pode ser um bom contributo (D’ Espiney *et al.*, 2004). Na verdade, no contexto clínico, os estudantes necessitam de ajuda de profissionais experientes, capazes de fazer a «ponte» entre a formação em sala de aula e a que irá ocorrer na clínica. Todavia, para Spouse (2001) não basta que esses profissionais (tutores) dominem o universo da prática, devem também ser detentores de formação

teórica consistente e de competências de natureza didáctica, no sentido, de compreenderem a realidade do estudante e escolherem com ele as melhores estratégias de formação (citado por Abreu, 2007, p. 121). E nas palavras de Orga (2004), a relação que se estabelece entre o tutor e o formando deve ser interpretada pelo tutor como uma relação de parceria, na qual, ambos trabalham com o mesmo objectivo, e em que o tutor deve recorrer a estratégias psicopedagógicas bem claras para dar segurança ao formando, motivá-lo para a aprendizagem e favorecer a sua autonomia (citado por Abreu, 2007, p. 123). Fernandes (2007) sublinha relativamente à figura do enfermeiro-tutor que este deve ser competente, que deve discutir e questionar, fazendo reflectir na acção, ao interrogá-la, para que a apreensão dos saberes se faça de forma reflectida. É necessário existir um diálogo entre o tutor, o estudante e as práticas de cuidados, considerando que o modelo tutorial deve ser uma estratégia individualizada com o objectivo de produzir autonomia de pensamento, desenvolver o raciocínio e a capacidade de argumentação (Rodrigues *et al.*, 2006).

Ora, atendendo à importância que a aprendizagem tem em contexto clínico, “é fundamental que se desenvolvam parcerias entre as escolas e os diferentes contextos de prática. O trabalho conjunto entre professores e enfermeiros, quer ao nível da formação inicial e contínua, quer ao nível da investigação, pode constituir uma oportunidade para reforçar dinâmicas formativas dos enfermeiros e dos docentes, construindo simultaneamente um contexto ecológico de aprendizagem” (D’Espiney *et al.* 2004, p. 25). No entanto, “o professor não pode entregar os alunos aos outros, pois mesmo que exista delegação, a responsabilidade continua a ser do professor, o que só é possível numa estratégia de cooperação para a parceria na formação em saúde” (Amendoeira, 2006, p. 89), daí, a colaboração entre professores e profissionais é crucial, uma vez que a produção de saberes em enfermagem requer dos profissionais e dos professores uma constante interrogação das suas práticas, um confronto e debate de ideias (Carvalho, 2004). Por outro lado, também para que os estudantes “sintam liberdade para aprender através da acção, as situações em que praticam não devem apresentar-se portadoras de riscos em demasia, sobretudo se forem riscos que envolvem terceiros; além disso, aos aprendentes têm de ser dadas oportunidades para recorrerem a profissionais competentes que os iniciem na sua profissão, mas também na sua aprendizagem profissional, o que implica, entre outras coisas: saber pedir ajuda, (...)” (Alarcão, 1996, p. 23).

Quanto ao papel da escola, evoca-se uma escola reflexiva, com capacidade de se pensar a si própria. Em que “a escola como organização reflexiva (...) necessita de ter uma visão partilhada relativamente à sua missão e ao caminho que quer percorrer e reflectir sistemática e colaborativamente sobre as implicações e as consequências da concretização dessa visão” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 140). Esta forma de estar, implica um pensamento estratégico para a concepção, realização e avaliação do seu projecto educativo, como projecto de acção e em execução. Parafraseando Sim-Sim (1995, p. 201) “a escola deve aprender a ficar pronta para os jovens, em vez de esperar que estes fiquem prontos para aprender o que ela tem para ensinar”. Exige-se uma escola com fronteiras abertas ao meio envolvente, com novas formas de ensinar e de avaliar. A avaliação deve fazer parte do processo de aprendizagem e ter um carácter eminentemente pedagógico, correspondendo a momentos e oportunidades para aprender. Deve-se avaliar para aprender e não aprender para avaliar.

1.3.4 – Teorias contemporâneas da educação

De entre as teorias contemporâneas da educação, destacámos no processo de formação de futuros enfermeiros, as teorias cognitivoconstrutivistas, porque referem-se essencialmente às didácticas construtivistas, em que o aluno é o construtor do seu próprio conhecimento, concebidas a partir da psicologia da aprendizagem, preocupando-se com o desenvolvimento dos processos cognitivos no aluno (raciocínio, resolução de problemas, concepções, metacognições,...) (Vasconcelos, Praia & Almeida, 2003); as teorias humanistas, dado o foco central da enfermagem ser o cuidar, o que implica relação e, as teorias sociocognitivas, atendendo ao nosso interesse e pertinência neste estudo, sobre as quais, nos iremos debruçar um pouco mais.

1.3.4.1 – Teorias sociocognitivas

Estas teorias da educação interessam-se particularmente pelo impacto dos factores culturais e sociais na construção do conhecimento. Isto é, colocam a tónica na dinâmica sociocultural própria das transacções cognitivas entre a pessoa e o seu meio (Bertrand, 2001). A partir destas teorias, os professores devem tomar consciência da

necessidade de ter em consideração as condições culturais e sociais da aprendizagem, interrogando-se sobre o seu lugar e eficácia na construção de uma situação pedagógica.

Existem diferentes abordagens sociocognitivas, contudo o nosso olhar será direccionado para as teorias da aprendizagem social, defendidas pelo mestre pioneiro desta corrente: A. Bandura, que nos anos 60, começou a interessar-se pelas origens sociais do pensamento e empreendeu investigações sobre a aprendizagem por imitação. Apercebeu-se que aprendemos pelos modelos que as outras pessoas nos dão, e que os *media* têm uma enorme influência no nosso comportamento. Em 1977, propõe uma teoria das características sociais da aprendizagem. Após, em 1986, apresenta uma teoria social cognitiva inter-accional, onde é dada ênfase não só às interacções que se estabelecem entre o sujeito e o meio, mas também entre o sujeito, o meio e comportamento-resposta. Revela como os efeitos da resposta são considerados pelo sujeito, sobretudo, pela motivação que ele produz face ao projecto que tem.

Das suas pesquisas emergiram um grande número de outras investigações e experimentações, permitindo a emergência de várias teorias sociocognitivas da aprendizagem aplicadas à formação, dada nas escolas e nas empresas. E no campo da formação, muitos autores verificaram a pouca eficácia dos métodos tradicionais, demasiado limitados à transmissão do conhecimento a estudantes passivos e pouco motivados. Assim, vários professores e investigadores como Schunk (1989) e Zimmerman (1995) direccionaram o seu olhar para uma visão construtivista do conhecimento e para a psicologia social, no sentido de elaborar práticas que se caracterizam por uma sensibilidade à dimensão social da aprendizagem, tendo desenvolvido teorias sociocognitivas a partir do pensamento de Bandura. Aqui, as manifestações de personalidade têm um lugar primordial na aprendizagem, tendo em consideração as formas de vida e a vontade da pessoa, bem como, os factores intervenientes nesse processo de aprendizagem (como as influências sociais) e não somente, as funções mentais de representação e de raciocínio. Bandura enfatiza a aprendizagem social através da aquisição de comportamentos socialmente relevantes por aprendizagem observacional de modelos.

Não querendo pois, analisar neste espaço todos os princípios da teoria sociocognitiva, diremos apenas que na consolidação deste paradigma concorrem noções como a modelagem ou a aprendizagem vicariante, o determinismo recíproco e a AE e, posteriormente aparece o conceito de AR (auto-regulação). Deixaremos para o capítulo seguinte uma abordagem mais aprofundada desta teoria e do conceito de AE, dada a sua

importância neste estudo, assim como, uma abordagem sobre as estratégias pedagógicas que daí decorrem.

Usando as palavras de Vasconcelos, Praia & Almeida (2003, p. 12) “esta teoria representa uma teoria de aprendizagem com largas capacidades de adaptação e aplicação no contexto escolar. Na sala de aula, a conduta do professor ou a acção de um colega podem facilmente originar uma aprendizagem modelada junto dos alunos. Nesta perspectiva, a aprendizagem é, essencialmente, uma actividade de processamento de informação, permitindo que condutas e eventos ambientais sejam transformados em representações simbólicas que servem como guias de acção”.

2 – AUTO-EFICÁCIA DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM: PRÍNCÍPIOS BÁSICOS

Diariamente todos fazemos apreciações acerca dos nossos actos, comportamentos e pensamentos e, esses juízos, que formamos acerca da nossa competência para concretizar com êxito uma aprendizagem ou uma actividade específica, foram identificados por Bandura (1982) como percepções de auto-eficácia (PAE). Este conceito, tem assumido particular relevo nos processos motivacionais e no impacto sobre o desempenho académico e, no comportamento vocacional.

Por outro lado, e relativamente ao comportamento e desempenho humanos, há quem afirme que estes podem ser percebidos, quer como a representação da vontade individual, quer como a reacção aos estímulos do meio. Contudo, a TSC de Bandura (1986) postula que estes dois tipos de agência, autónoma e mecânica, não acolhem devidamente todos os factores que determinam o comportamento humano. As pessoas não são apenas dependentes das suas necessidades, nem tão pouco são automaticamente controladas pelo seu meio, elas influenciam e são influenciadas por este.

Com efeito, a TSC defende a existência de uma causalidade recíproca triádica entre a pessoa, o meio e o comportamento, na qual, é frisada a interactividade da agência humana e a subsequente importância do papel das crenças de eficácia pessoal, em que o comportamento humano é explicado através de interacções contínuas entre os determinantes cognitivos, comportamentais e ambientais (Bandura, 1976). Este princípio constitui o sustentáculo da TSC, da qual, começaremos por enunciar os demais pressupostos básicos. Posteriormente, iremos debruçar-nos sobre as crenças de AE, distinguindo-as de constructos próximos, e abordando a sua importância no contexto académico e na transição para o universo do trabalho.

2.1 – TEORIA SOCIAL COGNITIVA E AUTO-EFICÁCIA

O historial do constructo da AE iniciou-se com Bandura (1977b), com a publicação de *Self-Efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*, onde o

autor identifica o elemento precursor da AE, que foi relevante para a TSC: as *auto-crenças*. Conforme Bandura (1986), as auto-crenças permitem que os indivíduos exercitem o controlo e a avaliação dos seus pensamentos, sentimentos e acções, pois, aquilo que pensam, acreditam e sentem, afecta como se comportam.

O constructo de AE foi prolongado no tempo pelo mesmo autor, ao publicar *Social Foundations of Thought and action: a social cognitive theory* (Bandura, 1986), tendo sido originalmente definida por ele, em 1977, como a “convicção de que o indivíduo pode executar com sucesso o comportamento necessário para produzir resultados” (p. 193). De forma progressiva, o conceito foi flexibilizando-se e expandindo-se, mantendo contudo, a raiz nas crenças que o indivíduo tem sobre a sua capacidade de realizar com êxito as etapas necessárias à execução de uma dada tarefa. Acresceu a este processo, a oportunidade de mobilização dos recursos cognitivos, afectivos e comportamentais indispensáveis e potenciadores do auto-controlo que o indivíduo desenvolve (Ramos, Paixão & Silva, 2007). É por essa mesma razão, que a AE se apresenta no centro de uma teoria de agência pessoal e colectiva, que actua em consonância com outros agentes sociocognitivos na regulação das aquisições e do bem-estar dos indivíduos (Bandura, 1997). As crenças que os indivíduos concebem acerca de si próprios são os componentes essenciais no exercício do controlo e da agência pessoal. Esta óptica encara os indivíduos como sendo, simultaneamente, produtos e produtores do seu ambiente e do seu sistema social, isto é, agentes quando interferem no seu meio ambiente e objectos quando reflectem e agem sobre si próprios (Bandura, 1997).

A TSC, como modelo explicativo para os determinantes da acção humana, arquitecta-se assim, no conceito de agência humana, isto é, na capacidade humana para exercer controlo pessoal sobre o meio em que se insere, os próprios processos de pensamento, motivação, afectos e acção e, no pressuposto de que as crenças que temos sobre nós mesmos são condição desse auto-controlo, e por isso são o foco, interferindo deste modo, no funcionamento do comportamental global.

No âmbito desta teoria, são também reconhecidos e enumerados distintos atributos humanos (Bandura, 1986), nomeadamente o reconhecimento de que as pessoas possuem notáveis capacidades para simbolizar, o que lhes permite criar modelos de experiência internos, desenvolver mecanismos de acção inovadores, testar hipoteticamente esses mecanismos de acção através da predição de resultados, e comunicar ideias e experiências complexas a outros. Dependente desta capacidade de simbolização, é a intencionalidade do comportamento: grande parte dos

comportamentos é intencional ou norteada para objectivos e, guiada por processos de antecipação. Bandura (1986) reporta-se à «plasticidade» que cada um possui, que depende daquilo que é, faz, daquilo que quer fazer e daquilo que pensa que poderia fazer. Isto é, tem ideias, e age em função delas. Cada um, pode elaborar uma ideia de futuro para si, atribuir determinados objectivos e agir em função dessa representação, daquilo que poderia vir a passar-se no futuro (capacidade prospectiva).

Um outro atributo, refere-se ao facto das pessoas serem capazes de executar quer auto-reflexão, quer AR traduzindo-se na capacidade de analisar e avaliar os seus próprios pensamentos e experiências e, de desempenhar controlo directo sobre os seus comportamentos e escolher e/ou alterar as condições do meio que, por sua vez, influirão os futuros comportamentos, não estando assim, à mercê do seu meio ou instintos. Isto é, permite-lhes avaliar a adequação de pensamentos e acções e de julgar a eficácia de agência pessoal para produzir efeitos através das próprias acções. Cada um, pode agir em função das suas necessidades e modificar os seus actos de acordo com os resultados obtidos, pode observar-se, analisar-se e reflectir até sobre a forma como pensa e, alterar as suas próprias percepções e actos. É aquilo que alguns autores denominam de metacognição, sabendo que esta é a “consciência e controlo sobre a própria cognição. Envolve planificação e monitorização da actividade cognitiva” (Rosário *et al.*, 2006, p. 178). Estas acções metacognitivas facultam o auto-controlo, isto é, viabilizam a adopção de padrões pessoais para o comportamento, que servirão de referência à avaliação do mesmo, fomentando a criação de incentivos próprios que o motivam e guiam. Na verdade, a AR significa, nas concepções de Schunk (1994) e Zimmerman (2000) pensamentos, sentimentos e acções que são planeadas e sistematicamente adaptadas, para incrementar a motivação e a aprendizagem (citados por Rosário *et al.*, 2006, p. 26).

Um terceiro atributo, é a possibilidade das pessoas aprenderem através de experiências vicariantes, isto é, a capacidade para aprenderem por observação do comportamento de outros e das suas consequências. Tal permite, que as pessoas aumentem rapidamente os seus conhecimentos e competências através da informação veiculada por influências de modelação, reduzindo em grande medida a dependência das pessoas da aprendizagem por tentativas e erros, e/ou através da realização da acção e da experiência directa das consequências do seu próprio comportamento. Ao analisar as consequências do comportamento dos outros, surgem concepções que servirão de guias para situações futuras. Guias estes, que são refinados através da experiência, ou seja, pela análise e atribuição de significados às consequências advindas do

comportamento, que permitem que se aprenda através dos resultados do mesmo. “Bandura destaca que mais do que as consequências *per se*, a atribuição de significado que se dá às consequências (processo cognitivo) é quem determinará se o comportamento será mantido, reforçado ou extinto” (Salvetti, 2004, p. 20). A aprendizagem observacional possibilita que o meio e a acção social dos indivíduos interfiram no desenvolvimento de seus mecanismos cognitivos complexos. Por exemplo, um estudante verifica que os outros são sempre castigados quando contestam o professor, então, decide não fazê-lo.

Assim, a TSC arroga que as pessoas processam e utilizam informação de forma simbólica, avaliam os seus próprios pensamentos e comportamentos, predizem e prevêm os acontecimentos e as suas consequências, determinam metas e disputam para as atingir e, regulam a sua própria conduta. Fortalece-se, pois, o reconhecimento do indivíduo como produto e produtor dos seus contextos e sistemas sociais, no sentido da causalidade triádica recíproca (Bandura, 1977b), numa postura claramente demarcada das abordagens mais mecanicistas ou biológicas de compreensão e explicação do comportamento humano (Maddux, 1995), pela sua capacidade de ter em conta, influências situacionais para explicar os efeitos das crenças sobre o comportamento, e para fornecer modelos e estratégias para uma efectiva mudança comportamental. “As pessoas não são nem agentes autónomos (das suas acções) nem simplesmente portadoras de influências ambientais que as animam” (Bandura, 1989, p. 1175).

Nesta concepção, Bandura (1986, 1989, 1999, 2008) descreve o comportamento humano através de um modelo causal interdependente, numa dinâmica de determinismo recíproco, também conhecido como «modelo triádico», sendo a assumpção mais importante da TSC. Esta interacção triárquica, interactiva e recíproca, envolve factores pessoais internos (cognição, emoção, crenças, expectativas, atitudes e conhecimento), factores ambientais (rede extensa de influências sociais que são encontradas na vida do dia-a-dia - recursos, consequências de acções e ambiente físico) e factores comportamentais (padrões de actividade - actos, escolhas individuais, declarações verbais e AR). Todos são interdependentes, influenciam e são influenciados, formando uma tríade retro-alimentada constantemente (Bandura, 1986). Essas relações não possuem padrões fixos de interacção, podendo variar em intensidade, contexto e temporalidade (Bandura, 1989). Ou seja, o comportamento humano é a expressão de uma relação de constantes interacções recíprocas entre o indivíduo e o meio, pelo que, se pode entender que a partir do pressuposto do determinismo recíproco, o ser humano

tem a capacidade de controlar o seu comportamento por meio de processos cognitivos, o qual, influencia o seu próprio meio, os estados biológicos, afectivos e cognitivos.

É a partir desta perspectiva sociocognitiva que Bandura (1986) visualiza o processo da AR da aprendizagem dos estudantes como uma série de interacções recíprocas de variáveis pessoais, de comportamento e contextuais, que se influenciam mutuamente, sendo que, a alteração num deles provoca, quando a AR se realiza de uma forma eficaz, modificações apropriadas nos outros, conforme figura 2.

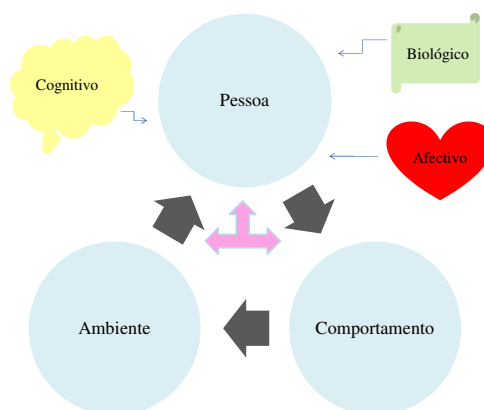


Figura 2 – Modelo explicativo da determinação recíproca triádica do funcionamento auto-regulatório (Adaptado de Bandura, 1986, p. 24; 2008, p. 27)

Então, e segundo Onofre (2000), o indivíduo pode contribuir para a sua própria motivação e para sua própria acção dentro de um sistema de causalidade triádica recíproca, já que, esta teoria postula que a maioria do comportamento humano é mantido mais pelas consequências antecipadas do que pelas consequências imediatas. A pessoa ao agir sobre o seu ambiente, conta com conhecimentos, percepções e habilidades para produzir os resultados desejados. Agindo sobre si própria, a pessoa controla as suas acções, traça roteiros cognitivos e auto-incentivos para produzir as mudanças pessoais que deseja. Este sistema, permite ao indivíduo programar a AR da actividade, habilitando-o para influenciar as suas acções e alterar o contexto em que intervém (citado por Santos, 2008, p. 32). Ou seja, esse auto-sistema das pessoas permite-lhes exercer uma avaliação sobre o controlo que exercem sobre os seus pensamentos, sentimentos, motivação e acções. Este sistema providencia referências e um conjunto de funções para perceber, regular e avaliar o comportamento. Os resultados são provenientes da interacção entre esse auto-sistema e as influências do ambiente, assim, as pessoas podem-se auto-organizar, ser proactivas, reflexivas e auto-reguladas de uma forma complexa e integral (Bandura, 1986, 1999, 2001).

Compreendido este modelo, a partir das informações e interpretações dos resultados de sua *performance*, o indivíduo altera o seu ambiente e as suas auto-crenças. Desta forma, através da cognição pode também exercer controlo sobre o seu próprio comportamento que, por sua vez, influenciará quer o meio, quer o estado cognitivo, afectivo e biológico. Com efeito, a maneira como as pessoas decifram os resultados do seu desempenho, modifica os seus meios e as suas crenças pessoais que, por sua vez, mudam o desempenho subsequente (Pajares, 1998). Depreende-se então, que é possível elaborar estratégias para aumentar o bem-estar através da melhoria dos processos emocionais, cognitivos e/ou motivacionais, que podem contribuir para um aumento das competências ou para alterar as condições sociais em que as pessoas vivem/trabalham.

Estes aspectos podem convergir em julgamentos e análises da própria actividade dos professores e dos estudantes de enfermagem, visando melhorias. Para os professores, nas formas de transmitir conhecimentos, exemplificar conteúdos e desenvolver metodologias diferenciadas e adequadas às características e necessidades de cada estudante. Para os estudantes, nas formas de aprender reflectindo-se no seu desempenho académico, apontando para o desempenho como futuros profissionais. Neste paradigma aparece o constructo da AE, que pode ser aplicado aos professores e aos estudantes de enfermagem. Mas, antes desta discussão, sigamos em perceber como surge a AE na perspectiva social cognitiva. Qual a sua definição e aplicação?

2.1.1 – Auto-eficácia: definição e operacionalização

Trata-se de um constructo deveras volúvel e heurístico, com aplicações em diversas áreas: psicologia, educação, área das organizações e do controlo e área de manutenção da saúde. Todavia, “é um domínio específico de avaliação, uma vez que deve ser contextualizado para uma actividade ou situação específica” (Martins & Ribeiro, 2008, p. 135), pelo que, as crenças de eficácia de uma pessoa diferem entre si dependendo da actividade ou domínio a que pertencem (Bandura, 1997).

Parafraseando Bandura (1997, p. 3) o conceito de AE é definido como: “julgamentos do sujeito acerca das suas capacidades para organizar e executar os cursos de acção necessários para atingir determinados tipos de desempenhos”. Assim, “a percepção de AE não se refere às competências que o sujeito possui, mas aos julgamentos acerca do que o indivíduo pode fazer, quaisquer que sejam as competências

que possua” (Bandura, 1986, p. 391), pois, ter competências é diferente de as saber utilizar em várias circunstâncias (ideia partilhada por Le Boterf, 2003).

Não se trata de possuir ou não tais competências, não basta que estejam presentes, mas sim, que a pessoa acredite que as possua. Como explicitado por Navarro (2003, p. 13) o conceito de AE evidencia que “não basta ser capaz de, é preciso se julgar capaz para utilizar as capacidades e habilidades pessoais diante das mais diversas situações. Em definitivo, as crenças de AE representam um mecanismo cognitivo que medeia o conhecimento e a acção, determinando junto com outras variáveis, o êxito das próprias acções”. O que significa, uma crença de «*eu consigo fazer*» determinada acção. Portanto, a AE reflecte a capacidade percebida pelo indivíduo face à realização das tarefas necessárias para atingir determinados objectivos (Bandura, 1997).

“As crenças de eficácia influenciam a forma como as pessoas pensam, sentem, se motivam a si próprias e agem” (Bandura, 1995, p. 2), de tal forma que, e atendendo ao papel dos factores pessoais cognitivos no modelo da reciprocidade triádica, os processos de mudança psicológica e comportamental, operam-se mediante a modificação de um sentimento individual de mestria pessoal, ou seja, das crenças de AE. “Entre os mecanismos da agência pessoal, nenhum é mais central e difuso do que as crenças das pessoas acerca das suas capacidades para exercer controlo sobre os acontecimentos que afectam as suas vidas” (Bandura, 1989, p. 1175).

Zimmerman (2000) conceptualiza a AE como: “as crenças pessoais acerca da capacidade para organizar e implementar as acções necessárias para conseguir uma determinada realização ou competência perante uma tarefa específica” (p. 14). Segundo Contreras *et al.*, (2005, p. 186) define-se como “a capacidade de fazer frente a situações específicas, envolve a crença acerca das capacidades para organizar e executar acções para alcançar determinados resultados”. Para Rosário *et al.* (2006, p. 178), “AE é a percepção sobre a própria capacidade para realizar uma tarefa a um determinado nível”. Em todas as definições de AE encontramos de comum, uma certeza: é definida como a convicção pessoal de que se pode executar com sucesso uma acção, através do esforço pessoal, para produzir resultados desejáveis numa situação ou tarefa em particular. Exprime o conhecimento e a percepção que a pessoa tem das suas próprias capacidades/competências, levando-a a adoptar e a manter certas linhas de acção.

Neste sentido, adoptando as palavras de Neves & Faria (2007, p. 636), é possível conceptualizar o constructo mais específico de AE, como a AE académica, da seguinte forma: “o conjunto de crenças e de expectativas acerca das capacidades pessoais para

realizar actividades e tarefas, para concretizar objectivos e para alcançar resultados no domínio particular da realização escolar”. Da mesma forma, podem-se operacionalizar constructos noutros contextos e ainda mais restritos, como a AE sobre as competências do ECGs, que operacionaliza as crenças de eficácia para a realização competente, no domínio específico das funções do ECGs. Similarmente, podemos afirmar que quando falamos de AE sobre as competências do ECGs, nos referimos ao conjunto de crenças e de expectativas acerca das capacidades pessoais para realizar actividades e tarefas, para concretizar objectivos e para alcançar resultados no domínio particular das funções do ECGs.

Efectivamente, a convicção de que uma pessoa é competente e de que pode fazer tudo o que é necessário efectuar numa situação específica, é crucial. Pajares (1998) declara que para além da convicção e da necessidade de acreditar, as crenças tornam-se regras internas que talham o esforço e a persistência nas tarefas, através dos mecanismos de AR e da motivação para as tarefas, influenciando também, a selecção das estratégias a adoptar no sentido de atingir os objectivos.

Hoje indubitavelmente, e após o exposto, aceita-se que as crenças de AE são um grande mediador nas mudanças que cada um deseja implementar. Os resultados da investigação têm demonstrado, genericamente, correlação entre as crenças de AE e as mudanças no comportamento, e com determinadas medidas de resultados, advindo portanto, que esta variável é um excelente preditor do comportamento. Aliás, Graham & Weiner (1996) admitem que a AE é o preditor mais consistente das mudanças no comportamento, de entre todos os constructos motivacionais, não sendo apenas uma questão de capacidade percebida, mas de crença de que se é capaz (citado por Martins & Ribeiro, 2008, p. 136).

Uma forte crença de eficácia amplia a realização humana e pessoal, dado que, pessoas com alta fiabilidade nas suas capacidades abordam tarefas difíceis como desafios a serem vencidos, e não como ameaças a serem repelidas. Determinam metas desafiadoras e mantêm um forte compromisso para com elas próprias, e depressa readquirem a sua crença de eficácia, se emergirem falhas. Contrariamente, as pessoas que duvidam das suas capacidades evitam tarefas que vêem como ameaças pessoais. Mostram baixas aspirações e um fraco comprometimento para com as metas a alcançar. Quando aparecem tarefas complicadas, elas inclinam-se sobre as suas deficiências pessoais, em vez de se centrarem em como superar os obstáculos com êxito e, afrouxam

os seus esforços. Após as falhas, demoram muito tempo a readquirir o seu sentido de eficácia e caem facilmente em depressão (Bandura, 1994).

Conforme Bandura (1977b, 1997), a AE produz quatro efeitos principais:

- *Seleção das acções*: as pessoas escolhem as actividades nas quais se sentem capazes e competentes e, evitam as outras. A percepção da competência e convicção nas capacidades para execução de certas tarefas relaciona-se directamente com níveis de AE elevados assegurando as crenças de execução;
- *Esforço e resistência à adversidade*: as pessoas com níveis mais elevados de AE esforçam-se mais e são mais resistentes face aos resultados e condições adversas, perante as que têm níveis inferiores de AE;
- *Melhores rendimentos efectivos*: as pessoas com níveis elevados de AE têm melhores desempenhos nas respectivas áreas de actuação;
- *Padrões de pensamento e reacções emocionais*: as pessoas mais auto-eficazes apresentam mais equilíbrio emocional, pensamento positivo e concentração na tarefa. As que se consideram menos eficazes criam padrões de pensamento e afectos negativos, que transtornam o desempenho e o êxito nas tarefas, concluindo em *performances* inferiores.

São esses efeitos produzidos pela AE, que a tornam mediadora das acções, intervindo na tomada de decisões e, se quanto maior a AE percebida, maior o esforço e a persistência (Bandura, 1997), tal interfere no nível de motivação face aos objectivos. As cognições e interpretações negativas a respeito de si mesmo, conduzem o indivíduo a subestimar as suas competências e, a incertezas quanto à realização das tarefas (Bandura, 1986; 1997). É por estas características que a AE assume um especial papel na compreensão dos fenómenos comportamentais, desde a escola até ao desempenho enquanto profissional de enfermagem. As experiências de sucesso ou insucesso vão, respectivamente, fortalecer ou exaurir a crença de AE, que pode influir o desempenho e rendimento das tarefas dos estudantes, enquanto tal, e dos estudantes enquanto futuros profissionais e, de todas as pessoas de uma forma geral, independentemente do papel em que se encontram.

Também, é necessário não esquecer o pensamento de G. Mitchell (1992), no qual, a crença de eficácia pessoal é um constructo dinâmico, de tal forma, que a eficácia percebida tem tendência a mudar com o tempo como resultado de novas experiências que se vivem em circunstâncias e contextos diferentes, que requerem habilidades particulares que influenciam o desempenho do indivíduo (citado por Chácon Corzo,

2006, p. 46), não se configurando, portanto, como uma característica estável da sua percepção. Por outro lado, para Mcauley e Mihalko (1998), estas crenças são subjectivas, sendo padrões avaliativos pessoais e abstractos, a respeito da satisfação de exigências situacionais (citado por Venditti Jr, 2005, p. 14).

Realçamos que para que essa informação de eficácia tenha relevância, ela deve ser cognitivamente processada. Os indivíduos efectuam uma acção e analisam os resultados que daí advêm, e usam as informações para desenvolver crenças sobre as suas capacidades futuras de realizarem as tarefas novamente, que se identifiquem e encerrem domínios similares e condicentes com as crenças criadas (Pajares, 1998). Note-se, que esta avaliação é desenvolvida a partir dos «julgamentos» sobre a própria capacidade, adequação das habilidades e a melhor utilização na solução de problemas, para obtenção de um certo desempenho ou resultado. Porém, não se refere, às habilidades próprias em si, mas aos julgamentos de valor sobre o que um indivíduo pode fazer com as suas próprias habilidades (Bandura, 1986; 1997).

2.1.2 – Níveis de especificidade de auto-eficácia: avaliação por metodologia microanalítica

Em 1997, Bandura salientou a defesa de uma especificidade na avaliação das crenças de AE, despertando a atenção para o facto de medidas muito abrangentes, globais e descontextualizadas poderem “criar problemas na relevância preditiva assim como obscuridade acerca do que está a ser avaliado” (Bandura, 1997, p. 40). Desta forma, decorrente da especificidade de contexto da AE, a avaliação terá que ser feita recorrendo a uma metodologia microanalítica, dado que, um mérito especial desta abordagem “é que índices particularizados da AE fornecem predições refinadas da acção humana e da sua reactividade afectiva” (Bandura, 1982, p. 124).

Nesta linha, Zimmerman (1996) condensa algumas propriedades implícitas na especificidade de medida de AE: refere-se a certas tarefas ou actividades, está ligada a determinados círculos de funcionamento; está dependente do âmbito em que se desenvolve a tarefa, e sujeita a um critério referido a si mesmo, e não à comparação com o desempenho de outros (citado por Lourenço, 2007, p. 62). Ou seja, na primeira propriedade, a AE envolve julgamentos acerca das capacidades para o desempenho, para o alcance dos objectivos exigidos pelas tarefas, mais do que o julgamento das pessoas sobre quem são, ou das suas qualidades pessoais, como sejam, as próprias

características físicas ou psicológicas. A segunda reside no facto da AE ser multidimensional: as crenças de AE para a Matemática podem ser diferentes das crenças de eficácia para a Educação Física. Em terceiro lugar, as crenças de AE são dependentes do contexto, pois, as influências ambientais podem facilitar ou prejudicar a execução de tarefas e a demonstração de competências: podem existir estudantes que apresentam um baixo nível de eficácia para aprender em aulas de estrutura muito competitiva, em comparação com aulas com um estilo de cooperação. E por último, a AE depende de um critério de gestão de desempenho, em que por exemplo, os estudantes avaliam as suas certezas de que conseguem resolver diversos problemas de Matemática e não, qual o nível do seu desempenho em comparação com os outros.

Numa concepção mais geral, a AE entende-se como um constructo de personalidade, isto é, uma crença na habilidade geral de si mesmo para o êxito: Schwarzer (1999) define a AE generalizada como a confiança global na sua própria habilidade de enfrentamento através de um elevado leque de situações novas e exigentes (citado por Salanova, 2004, p. 90). Ideia também partilhada por Coimbra: “refere-se às crenças optimistas de se ser capaz de lidar com um grande conjunto de indutores de *stress*. (...) distingue-se do optimismo (...). Diferencia-se ainda das crenças de AE tradicionalmente específicas, ao partir do pressuposto de que existe uma confiança mais global na capacidade própria em se ser eficaz num leque mais alargado de domínios (...)” (2000, p. 48). Aliás, reportando-se ao contexto educativo e, de acordo com Lourenço (2007), alguns investigadores tentaram avaliar um sentimento geral de eficácia ou de confiança global face à realização escolar, porém, como acautelou Bandura (1986), esses padrões globais anunciavam dificuldades na sua acção preditiva, sendo pouco esclarecedores relativamente ao que se estava a avaliar, pois, os estudantes incrementam juízos acerca da sua competência escolar global sem ponderarem a especificidade de uma tarefa ou actividade, facto que distorce os resultados.

Por outro lado, a AE como um constructo específico é a crença na própria competência para resolver com êxito situações concretas da vida (Salanova, 2004). Portanto, é por esta natureza eminentemente contextual das crenças de AE específicas de um domínio ou de uma tarefa, que neste trabalho nos iremos debruçar sobre a AE no contexto específico das competências do ECGs, assumindo que um estudante que acredita ser competente terá mais probabilidades de se tornar um profissional competente, daí a pertinência de se abordar ainda, a AE no contexto académico.

Impõe-se uma questão: como se constroem as crenças de auto-eficácia?

2.1.3 – Origens e dimensões de Auto-eficácia

No âmbito da temática em estudo, verifica-se a importância do desenvolvimento das crenças de AE do estudante de enfermagem em relação às tarefas escolares, e em relação às competências adquiridas durante o CLE, necessárias para ser um ECGs, na medida, em que se pretende um estudante competente, para se tornar num profissional competente.

Na perspectiva sociocognitiva, as crenças que os estudantes formam e desenvolvem acerca da sua eficácia pessoal podem advir de quatro fontes de informação ou de influência: as experiências de desempenho ou realizações anteriormente conseguidas; as experiências vicariantes; a persuasão verbal ou social e os estados fisiológicos e emocionais (Bandura, 1986, 1997, 1999, 2008; Maddux, 1995) e, podem actuar de forma independente ou efectuar-se diferentes combinações com a informação recolhida a partir destas. O determinante imediato da percepção de AE é a integração cognitiva que cada pessoa faz de tais fontes, considerando ao mesmo tempo a tarefa a ser realizada e o contexto da mesma, o que pode ser visualizado na figura (3) seguinte:

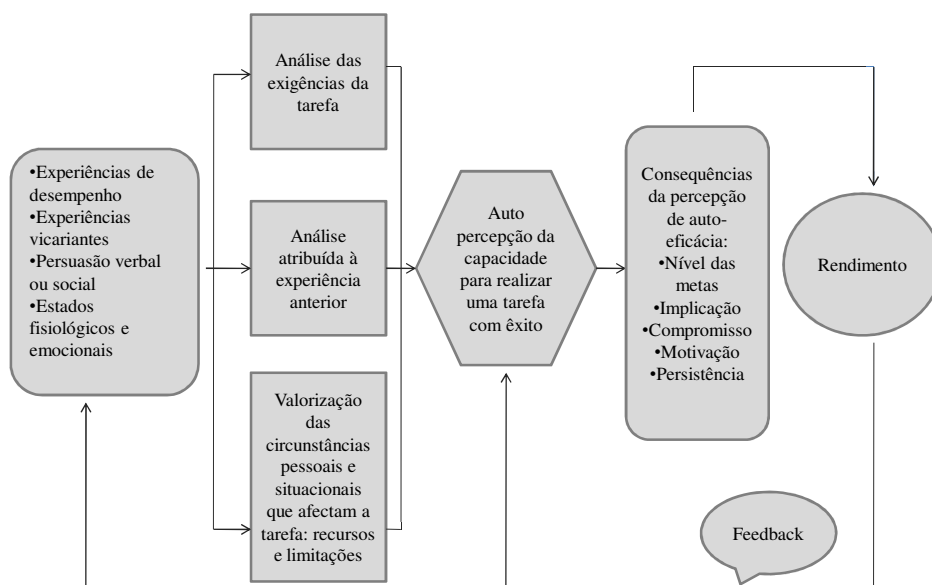


Figura 3 – Modelo esquemático sobre as fontes de informação e influência sobre a auto-eficácia (Bandura, 1986)

Experiências de Desempenho

As experiências de mestria ou de desempenho, são consideradas como a origem de informação com mais poder de influência na construção de fortes crenças de AE

(Bandura, 1997), representando as experiências reais vividas por cada um e, o significado que a pessoa atribui aos resultados das suas acções/realizações intencionais ou dessas experiências de mestria. As percepções de sucesso numa determinada tarefa, comportamento ou competência específicos, fortalecem os níveis de AE (*mastery experiences*), para essa tarefa, comportamento ou competência em situações futuras, enquanto, as percepções de fracasso debilitam-nas (Maddux, 1995). Porém, “dever-se-á atender que, um fracasso ou um sucesso esporádico entre inúmeros fracassos ou sucessos não terá um efeito significativo” (Castro, 2007, p. 37). E, pensar apenas em obter o êxito também, conduz ao desânimo quando este não ocorre. Daí, “alguma dificuldade é desejável numa tarefa ou meta a alcançar, pois ajuda o indivíduo a persistir e a converter os fracassos em êxitos utilizando as capacidades individuais para exercer controlo sobre o ambiente” (Bandura, 1997, p. 80). Percebe-se assim, que estas assumpções não são lineares: sucessos anteriores não constituirão fontes de AE se tiverem sido facilmente alcançados, é necessário ultrapassar obstáculos, com perseverança e esforço. Só depois de as pessoas acreditarem convictamente que possuem as competências necessárias para serem bem sucedidas, tornar-se-ão perseverantes face à adversidade, fortalecendo-se aí (Bandura, 1995).

Experiências Vicariantes

“A segunda forma de criar e fortalecer as crenças de AE é através das experiências vicariantes fornecidas pelos modelos sociais” (Bandura 1994, p. 2). Ou seja, as experiências ou aprendizagens proporcionadas pela observação, modelação e imitação de modelos sociais (Bandura, 1986, 1994, 1997, 1999), são consideradas formas satisfatórias de aprendizagem de novas habilidades, dado que, a maior parte daquilo que aprendemos surge de experiências de terceiros.

Observando o desempenho dos outros, a pessoa compara-se e vê-se a si mesmo na mesma situação, sendo a semelhança com os outros, uma componente-chave para a valorização da eficácia pessoal, porque pode aumentar as crenças de AE em observadores que possuem igualmente capacidades para controlar actividades comparáveis. Isto é, o efeito desta fonte de AE é fortemente mediado pela percepção de similitude dos modelos sociais, de tal forma, que o “modelo a ser observado deve ser adequado ao elemento vicariante (observador), através da similaridade de características, níveis de habilidade e domínios da tarefa (especificidade), pois, caso não haja identificação e similaridade do observador com o modelo, pode não ocorrer

aprendizagem observacional e muito menos retenção de informações” (Venditti Jr., 2005, p. 25). Daqui se depreende, que o sucesso dos outros contribui para o acréscimo das crenças de AE de um indivíduo, e motiva-o para executar também o que observou, na medida em que considera que se os outros o conseguiram fazer, ele próprio também o conseguirá, mas, ao observarem situações de fracasso por parte de outros semelhantes, poderão diminuir as suas expectativas de AE (Bandura, 1994).

A aprendizagem por imitação, requer da pessoa atenção, retenção, reprodução motora e motivação, o que implica por parte do professor (aplicando ao nosso trabalho), ter a noção da influência destes aspectos durante a preparação e o desenrolar de uma sessão de formação (Bandura, 1986). Esta aprendizagem torna-se mais eficaz quando o modelo, primeiramente, origina uma reconstituição teórica do conteúdo que se pretende adquirir, precedendo o treino propriamente dito. O modelo num primeiro momento permitirá a aproximação ao comportamento desejado, no entanto, este vai-se aperfeiçoando através de uma observação das diferenças entre o comportamento esperado e o que é observado. Daí, e retomando ao nosso estudo, a importância da persistência e da preocupação do professor e do enfermeiro, enquanto tutor ou enquanto modelo profissional a seguir, na demonstração e correcção do comportamento a adoptar. O mesmo se passa, quando o enfermeiro educa o doente, ou o prestador de cuidados. Aqui, assume especial relevância o reforço que é dado ao aprendiz, por parte de quem ensina, não apenas no final da tarefa, mas ao longo da mesma. O reforço da acção influenciará positivamente a aprendizagem, aumentando a crença de AE, o que se repercutirá em aprendizagens futuras.

Segundo Venditti Jr. (2005, p. 26) “as experiências vicariantes são especialmente úteis em duas situações: quando há insegurança quanto às próprias capacidades; ao comparar-se ao modelo, o observador aprende sobre si mesmo; e quando o observador possui um baixo senso de AE e precisa aprender a lidar com ele, o modelo pode indicar tanto estratégias comportamentais que levem ao sucesso, como mostrar formas de lidar com as auto-percepções de incapacidade e superação de limitações ou fracassos anteriores”.

Persuasão Verbal ou Social

Trata-se da terceira forma de originar e desenvolver as crenças de AE: através da persuasão verbal ou social de que as pessoas possuem as competências necessárias para serem bem sucedidas. Significa o reforço da confiança através de estímulos positivos

por parte de professores, colegas, parentes, conduzindo ao desenvolvimento de um sentido positivo de AE: Tu consegues fazer! Contudo, dizer a uma pessoa que ela é capaz não é necessariamente convencê-la de que ela é capaz, sendo crucial, a auto-persuasão face à hetero-persuasão.

A eficácia aumenta através do *feedback* positivo quando este reflecte as capacidades reais do sujeito. O oposto surge se o *feedback* que é dado, é irrealista e se a pessoa o comprovar em situações posteriores. A credibilidade, confiança e a perícia do persuasor é que atribuem o grau de importância ou influência desse impulso persuasivo. Ou seja, as mensagens persuasivas positivas encorajam e motivam o indivíduo a determinadas acções, tarefas e actividades (Bandura, 1986). Os reforços acerca da capacidade pessoal, remetem-nos para uma manipulação externa da informação, “ao estimularem as pessoas a acreditarem que possuem as competências necessárias para realizar bem uma determinada tarefa, para lidarem eficazmente e com sucesso perante as situações” (Santos, 2008, p. 37).

Desta forma, podemos dizer que a eficiência desta metodologia depende do grau de realismo dos reforços, da competência e da capacidade persuasiva de quem os profere. “Os bons persuasores (ex. professores), mais do que meramente transmitir reforços, devem estruturar situações que possibilitem a experiência de sucesso e evitar uma exposição prematura a situações onde haja uma elevada probabilidade de insucesso, assim como devem promover mais a comparação intraindividual do que a comparação interindividual” (Coimbra, 2000, p. 35).

E, a propósito dos julgamentos e avaliações baseadas nas capacidades e competências reais do estudante de enfermagem, por parte de professores, parentes, e estudantes, é necessário ter a consciência de que podem influenciar na edificação e fortalecimento da AE do mesmo, levando-o a esforçar-se para alcançar as suas metas. “O elogio e incentivo sistemático e sincero face ao trabalho do estudante deve ressaltar sempre a acção ou comportamento que se pretende reforçar. (...) deve sustentar-se no esforço, progresso e habilidade do aprendiz, de forma a que este acredite em si mesmo e no seu êxito posterior” (Chácon Corzo, 2006, p. 51). Em todo o caso, é possível gerar uma falsa crença de AE sobre competências inexistentes (Bandura, 1997).

Estados Fisiológicos e Emocionais

Por último, “as pessoas confiam em parte nos seus estados emocionais e fisiológicos na avaliação das suas capacidades. Elas interpretam as suas reacções de

stresse e de tensão como sinais de vulnerabilidade para um pobre desempenho. Nas actividades que envolvem força e resistência, as pessoas avaliam o seu cansaço e dores como sinais de debilidade física (...) A quarta forma de modificar as crenças de auto-eficácia é a redução das reacções de stresse das pessoas e alterar as suas emoções negativas e interpretações dos seus estados físicos” (Bandura, 1994, p. 3).

Efectivamente, os estados fisiológicos influenciam os indivíduos quando os mesmos associam sinais fisiológicos negativos (ex: dor de cabeça, cólicas, fadiga, reacções de tensão) com desempenhos negativos; e o contrário surge com estados fisiológicos agradáveis e positivos, que aumentam as percepções de eficácia pessoal face a uma actividade. Mas, os indícios fisiológicos complementam-se com a experiência emocional, através das percepções orgânicas dos sujeitos, que interpretam, associam e percebem os impulsos emocionais, pelo que, as emoções ou humores, juntamente com o estado fisiológico, podem ser uma fonte adicional de informação de AE. Ou seja, os estados fisiológicos e emocionais *per si* não é que são importantes, mas sim, a maneira como são percebidos e interpretados, e então, um aumento das reacções físicas e emocionais, tanto pode ser facilitador do desempenho, como um debilitante do mesmo, de acordo com o nível de confiança da pessoa em si própria.

Voltando à nossa situação em particular, afirmámos que se torna importante capacitar o estudante de enfermagem com ferramentas conceptuais mediadoras, destinadas a controlar estados de ansiedade, de fracasso, e de temor face ao seu desempenho.

Destaca-se novamente, que Bandura (1986) nos diz que a informação oriunda das quatro fontes descritas não influencia a AE da pessoa, de forma linear e automática, na medida em que, só ganha significado através do processamento cognitivo: são os julgamentos/interpretações dessa informação que determinam o nível de AE.

Dimensões de Auto-eficácia

As crenças de AE podem variar em função de três dimensões de grande importância na realização escolar do estudante em geral, e do estudante de enfermagem em particular: nível ou magnitude; generalidade; e força (Bandura, 1997).

O nível ou magnitude traduz o grau de dificuldade ou de desafio das tarefas que o estudante enfrenta, para ter sucesso nas actividades escolares, podendo variar entre

simples e complexas. Isto é, refere-se ao número de passos que o estudante acredita ser capaz de desempenhar, apesar das dificuldades que pode encontrar.

A generalidade representa a amplitude da influência das experiências de sucesso ou de fracasso: se elas influem as crenças de AE de uma forma limitada, apenas para os comportamentos que levaram a esses resultados nessa conjuntura, ou de uma forma mais ampla, se afectam as crenças associadas a comportamentos e/ou contextos similares. Ou seja, os estudantes podem julgar-se eficazes apenas em situações específicas de funcionamento ou, podem sentir-se eficazes em relação a um alargado número de actividades.

Finalmente, as crenças de AE variam em força, ou seja, na solidez da convicção de possuir capacidades para o desempenho de determinado comportamento, relacionando-se com a persistência e resiliência face aos obstáculos. De tal forma, que “quanto maior for o sentimento de eficácia pessoal, em relação à sua função como estudante, mais persistente este será perante os obstáculos encontrados, e maior a viabilidade de executar as actividades escolares com êxito” (Bandura, 1997).

2.1.4 – Distinção entre Crenças de Auto-eficácia e outros constructos

No enquadramento da TSC, é postulado que as pessoas agem não só com base naquilo que acreditam poder fazer, mas também, nas crenças acerca dos efeitos prováveis das acções (Bandura, 1986). Desta forma, é necessário fazer a distinção entre constructos similares, como o de expectativas: enquanto a *expectativa de resultado* denota as crenças pessoais de que determinados comportamentos levam a determinados resultados ou, implicam uma determinada consequência, a *expectativa de AE* refere-se à crença da capacidade de desempenhar o comportamento que pode produzir determinado resultado (Bandura, 1986). De tal forma que, as crenças de AE criam a resposta para a questão: *posso fazer isto?* enquanto que as expectativas de resultado estabelecem a resposta para a questão: *se eu fizer isto, o que é que acontece?*

Ambas são importantes, como antecessoras da acção, actuando como mediadores e guias cognitivos desta, determinando a selecção das actividades, o esforço e a persistência nas mesmas, contudo, e apesar de alguma imprecisão das fronteiras e de alguns autores falarem da sobreposição do poder explicativo dos dois constructos na predição do comportamento em certas situações, está descrito que a relação entre ambas é assimétrica: as expectativas de resultado são, em grande parte, dependentes das

expectativas de AE, constituindo estas últimas, determinantes mais fortes e directos do comportamento (Bandura, 1995; Maddux, 1995). Bandura ilustra esta supremacia das crenças de AE sobre as expectativas de resultado, mesmo em situações adversas, ao dar o exemplo de um mau nadador que olha para água funda: *“pressupor que as pessoas visualizam os resultados, e depois inferem as suas capacidades é invocar causalidade retroactiva (...) as pessoas não julgam que se afogarão caso saltem para água funda, e depois inferem que devem ser maus nadadores. Antes, as pessoas que se julgam maus nadadores visualizar-se-ão a afogar-se se entrassem em água funda”* (1997, p. 26).

Pode-se dizer que a diferença entre elas reside no facto de os indivíduos poderem acreditar que certos desempenhos conduzem a determinados resultados, no entanto, se tiverem dúvidas acerca da sua capacidade de desempenhar essas funções, as expectativas de resultados não terão influência no seu comportamento.

Outros constructos próximos do de AE são: aptidão, o auto-conceito e a auto-estima (Bandura, 1997), não sendo sinónima de aptidão pois, refere-se à aptidão percebida, que não traduz necessariamente a aptidão real. Por outro lado, de acordo com Coimbra (2000), embora o conceito de AE e de auto-conceito sejam muito próximos, dado que se referem às crenças da pessoa acerca de si mesma, e mais especificamente das suas competências, *“o auto-conceito difere da AE no facto da AE ser uma competência para desempenhar uma tarefa específica com avaliação específica de contexto, um julgamento das capacidades próprias para executar comportamentos específicos em situações específicas. O auto-conceito não é medido a este nível de especificidade e inclui crenças de valor pessoal associadas à competência percebida própria. (...). Comparados com os julgamentos de AE, os julgamentos de auto-conceito são mais globais e menos dependentes do contexto”* (p. 28). Por seu turno, a auto-estima relaciona-se com os julgamentos de valor pessoal, sendo definida por Antunes (2006) como a *“percepção que o indivíduo tem, a cada momento, do seu valor global e da sua importância enquanto pessoa, independentemente de se descrever e avaliar mais ou menos positivamente em diferentes domínios”* (citado por Castro, 2007, p. 36). Ou seja, a auto-estima está relacionada com os juízos de valor acerca de si mesmo. Assim, uma pessoa com AE baixa não possui necessariamente auto-estima baixa, já que a AE pessoal se julga em termos de capacidades e não imagem ou valores (Chácon Corzo, 2006).

Percebe-se mais uma vez, que a crença AE tem uma contribuição poderosa na predição do desempenho (Bandura, 1986; Pajares, 2002), e as variáveis como:

percepção de controlo, as expectativas de resultado, o valor percebido dos resultados, as atribuições, objectivos e auto-conceito, podem fornecer subsídios para as pessoas poderem avaliar as suas crenças de AE (Pajares & Schunk, 2001).

2.2 – INFLUÊNCIA DA AUTO-EFICÁCIA NO CONTEXTO ACADÉMICO

Neste momento, parece claro que muitas das dificuldades que as pessoas experimentam ao longo da vida estão intimamente ligadas com as crenças que possuem acerca de si. Falhas académicas dos estudantes em disciplinas básicas, bem como, o extravio de motivação e a falta de compromisso de frequência às UC e com as tarefas escolares, são em boa medida a consequência de, ou são certamente exacerbadas pelas crenças que os estudantes desenvolvem sobre si e, sobre a sua capacidade para exercer controlo sobre o seu ambiente.

2.2.1 – Auto-eficácia, motivação e desempenho académico

A AE no contexto académico, identifica-se como sendo “a percepção desenvolvida pelo aluno sobre as suas capacidades para aprender ou concretizar comportamentos escolares no nível desejado num domínio específico, sendo esta crença de eficácia uma variável fundamental para o processo auto-regulatório” (Lourenço, 2007, p. 79), e abrange, quer a apreciação que o estudante realiza sobre o que é determinado pelo seu contexto de aprendizagem, quer a avaliação sobre a sua aptidão para usar os conhecimentos e competências que adquiriu em novas aprendizagens e realizações, que esse contexto lhe propiciou.

Neste momento é indiscutível, que a AE como elemento de predição do comportamento humano, é um conceito vital no âmbito da educação, actuando sobre a motivação, a persistência e o êxito académico: determina “as metas desejadas, o esforço dedicado e o tempo investido na perseverança para vencer as dificuldades, assim como a sua resiliência face ao fracasso” (Bandura, 1993, p. 131), e estudantes auto-eficazes adoptam metas mais desafiadoras (Zimmerman *et al.*, 1992). Aliás, segundo Pintrich & Schunk (2002) em estudos com estudantes universitários dos cursos de ciências e de engenharia, a elevada AE foi demonstrada a influenciar a persistência académica necessária para manter a elevada realização académica. Portanto, a investigação tem

mostrado de forma consistente, que as crenças de AE estão relacionadas com o desempenho escolar (Pintrich & Schunk, 1996), influenciando-o para além das competências existentes e habilidades (Hoffman & Schraw, 2008).

De acordo com Contreras *et al.* (2005) a AE é mais preditiva do rendimento académico que outras variáveis cognitivas, pois permite prever o êxito posterior e, é um importante mediador cognitivo de competência e rendimento, de tal forma, que “crenças mais altas de AE académica estão associadas a maiores níveis de realização e a melhores resultados escolares” (Neves & Faria, 2007, p. 650), atendendo, a que a AE explica cerca de um quarto da variância na previsão de resultados académicos para além das influências de instrução (Pajares & Schunk, 2001). Assim, esses resultados são influenciados pela AE, através do esforço, persistência e uso de estratégias cognitivas e metacognitivas por parte dos estudantes (Pajares, 2000), pelo que, essas crenças medeiam o pensamento e o comportamento académico dos mesmos.

Nesta perspectiva e como relata Bandura (1997, p. 129) “as crenças de AE têm uma função fundamental na AR da motivação” guiando os estudantes no uso de estratégias auto-regulatórias eficazes, que passam pelo estabelecimento de objectivos, auto-avaliação, auto-monitorização, planeamento e gestão do tempo, e selecção de estratégias a usar, sendo portanto, determinantes no desempenho (Bzuneck, 2001). Por sua vez, o *feedback* do desempenho afecta as subsequentes crenças de AE e de resultado, jogando num contínuo espiral de *feedback* interconectando essas crenças, a motivação e o desempenho (Pajares, 1996, Zimmerman, 1995). É por isso, que a AE permite revelar porque é que pessoas com o mesmo nível de habilidade e conhecimento, têm condutas e/ou resultados diferentes, ou porque é que as pessoas actuam em dissonância com as suas habilidades (Pajares, 2002). Em função pois, de determinados objectivos e através da motivação intrínseca, ou seja, o desejo de trabalhar pelo gozo do desafio de aprender (Rosário *et al.*, 2006), as pessoas adoptam determinadas condutas. Todavia, não é suficiente saber o que se pretende alcançar, nem saber qual o melhor meio para o conseguir. Não basta *ser capaz de*, é preciso acreditar que se é capaz. Contudo também, não basta que o estudante acredite que conseguirá executar determinada tarefa, e não o irá conseguir, se a tarefa estiver acima de suas reais capacidades. Assim, exagerar demais na auto-avaliação ou na crença de suas capacidades, provavelmente o levará ao fracasso, com o conseqüente enfraquecimento da AE. Mas, as auto-avaliações optimistas a respeito da própria capacidade, quando não

são excessivamente distantes da realidade, podem ser vantajosas pela tal via do esforço e persistência investida (Bzuneck, 2001).

Ora, para julgar a sua AE, o estudante combina as percepções que tem acerca da sua capacidade, a dificuldade da tarefa, a quantidade de esforço requerida, a ajuda externa recebida, o número e as características das experiências de êxito ou de fracasso. E, as suas crenças de AE vão incidir sobre a motivação para comprometer-se com aquelas tarefas em que se sente mais competente, o que por sua vez, depende dos próprios juízos acerca do que crê poder fazer (Bandura, 1986). As pessoas que se percebem altamente eficazes insistem nos seus esforços face às metas propostas exercendo controlo sobre o ambiente, conseguem lidar melhor com as suas emoções, antecipando geralmente resultados positivos e, têm percepções mais favoráveis quanto às suas capacidades actuais, o que resulta num padrão superior de motivação (Rodrigues & Barrera, 2007). Em linhas gerais, pode-se afirmar que a mais elevadas percepções de competência, maiores exigências, aspirações e dedicação (Contreras *et al.*, 2005).

Daí advém, que os estudantes com elevadas crenças de AE gozam de uma motivação académica superior, entendendo motivação como “o processo pelo qual se iniciam e se sustentam as actividades orientadas para objectivos” (Rosário *et al.*, 2006, p. 178) sendo portanto, necessária para iniciar qualquer acção, mantê-la ou terminá-la. Esses estudantes obtêm melhores resultados, são mais capazes de auto-regular de forma eficaz a sua aprendizagem e têm maior motivação intrínseca quando aprendem (Walker *et al.*, 2005). Consequentemente, melhorando as crenças de AE, aumenta-se a motivação e o rendimento nas tarefas de aprendizagem, já que, o maior esforço influenciará a qualidade dos resultados e, directa ou indirectamente, a aquisição de competências, pela persistência. Por outro lado, a consciência dos progressos reforça a percepção de competência escolar dos estudantes (Rodrigues & Barrera, 2007).

Nesta sequência, os estudantes com elevada AE são mais propensos a procurar desafios e adoptam estratégias eficazes para mediar esses desafios, quando comparados com os seus colegas com baixa AE (Bandura, 1994). Além disso, “muitos pesquisadores demonstraram empiricamente que o nível de confiança de um aluno a respeito da sua capacidade de sucesso académico está relacionado com o uso de estratégias cognitivas que se traduzem em maior desempenho académico” (Walker *et al.*, 2005, p. 4).

Nesta perspectiva, os indivíduos com AE elevada atribuem os seus fracassos a falta de esforço, o qual os leva a insistir e comparar as metas que guiam os seus esforços com a sua satisfação pessoal e AR. E, segundo Bandura (1993), quem se percebe com

AE baixa tende a considerar os seus fracassos como carência de habilidade ou capacidade (citado por Chácon Corzo, 2006, p. 53), sabendo que, poderão surgir sentimentos de depressão associados a percepções da ineficácia pessoal, pelo que, evita as situações potencialmente ameaçadoras, por acreditar ser incapaz de lidar com as mesmas (Bandura, 1989). Por outro lado, as pessoas que duvidam das suas capacidades, podem acreditar que as coisas são mais difíceis do que realmente são, e gera-se tensão, depressão e uma visão estreita para resolver problemas (Pajares & Schunk, 2001). Segundo Hackett (1995), tem-se evidenciado que um baixo nível de AE pode ser responsável não só pela diminuição do rendimento escolar e interesse face ao estudo, mas também, por comportamentos inadaptados em jovens (citado por Contreras *et al.*, 2005, p. 187). Daí, a importância da educação para fortalecer o desenvolvimento da competência académica no estudante e, para fomentar habilidades que lhe permitam acreditar nas suas próprias capacidades (Pajares, 1998).

Pajares & Schunk (2001) fazem referência a diversos estudos relacionados com o papel da AE no sucesso académico, e alguns têm demonstrado que a AE e o desenvolvimento de competências são mais fortes nos estudantes que definem metas proximais, face aos que definem metas distais. Também, a AE é maior quando lhes é proporcionado um *feedback* repetido e imediato à realização das tarefas académicas e, quando os estudantes são ensinados a atribuir esse *feedback* ao seu próprio esforço, eles trabalham mais, com mais motivação, concorrendo para uma maior eficácia para a aprendizagem futura. Por outro lado, aqueles que são encorajados verbalmente a definir os seus próprios objectivos aumentam a confiança na experiência, competência e o comprometimento para os atingir, pois, sendo os objectivos representações cognitivas daquilo que o sujeito visa alcançar, influenciam a motivação e a aprendizagem, energizam o comportamento e podem orientar-se para a mestria. Os estudantes que estabelecem este tipo de objectivos procuram desenvolver competências, melhorar e aprender, comparando-se sempre consigo próprios (Rosário *et al.*, 2006).

Resumindo, e de acordo com o referencial sociocognitivo de Bandura (1986, 1997), que norteia este estudo, as crenças de AE originam um grande efeito no comportamento académico do estudante, observável de quatro formas diferentes: influência na selecção das tarefas, atitudes e procedimentos escolares, dado que o estudante aproxima-se mais de actividades que se identifiquem com as suas competências, e esquiva-se às outras; doseamento do esforço e tempo dispendido; influência nos seus pensamentos e nas suas manifestações emocionais, enfrentando as

actividades escolares mais difíceis com sentimentos de tranquilidade e de confiança, ou o inverso, no caso de possuir crenças de baixa eficácia face às mesmas (Linnenbrink & Pintrich, 2002); o facto do próprio estudante ser gerador do seu comportamento, isto é, quanto mais elevada é percebida a AE, mais elevado será o nível das metas que o estudante se impõe. E sobressai um ponto importante: fortes crenças de AE têm relação directa com melhor desempenho escolar. É por essa razão que nos debruçaremos agora, sobre a aprendizagem auto-regulada.

2.2.1.1 – Contributo dos processos auto-regulatórios da aprendizagem para o desenvolvimento de competências em enfermagem: uma abordagem sociocognitiva

*“Se deres um peixe a um homem, alimenta-lo por um dia,
se o ensinares a pescar, alimenta-lo para toda a vida”*

(Confucius, 551-479 a. c.)

Retomando os desafios colocados pela Declaração de Bolonha (1999), constata-se a crescente importância atribuída a novos modelos de ensino-aprendizagem, aos quais já fizemos referência, e a uma formação centrada na aprendizagem auto-regulada, como sendo essencial para o desenvolvimento de competências ao longo da vida, que é uma das funções prioritárias da educação. Após terminarem o curso, os jovens profissionais necessitam de continuar a aprender e a aplicar os conhecimentos já adquiridos em novos cenários, por isso, “o ensino de estratégias é considerado uma das chaves principais na promoção de aprendizagem auto-regulada” (Zimmerman, 1998, citado por Rosário *et al.*, 2006, p. 127).

Na verdade, lendo as palavras de Confucius, ensinar a pescar é mais difícil e moroso, porém muito mais eficaz, daí que, as ferramentas auto-regulatórias sustentam uma aprendizagem autónoma, regulada e controlada pelos próprios em interacção com o meio envolvente, o que promoverá o sucesso e bem-estar pessoal e académico. Indubitavelmente pretende-se um estudante de enfermagem competente com o intuito de obter um profissional de enfermagem competente.

Anteriormente, já foi feita referência à importância da aprendizagem experiencial e da reflexão sobre a mesma, o que demanda o desenvolvimento das competências metacognitivas por parte do estudante. Aliás, Pires (2007, p. 15) salienta que “a experiência assume um papel central na aprendizagem dos adultos; a experiência

(um “material bruto”), quando acompanhada de um processo de reflexão crítica e de formalização, pode ser traduzida (“trans-formada”) em saberes e competências, não obedecendo a uma lógica cumulativa e aditiva, mas sim de recomposição, em que, os novos saberes são construídos integrando os já detidos pela pessoa”.

Neste sentido, o estudante de enfermagem deve aprender a conceptualizar, problematizar e argumentar, não se limitando às chamadas “habilidades ou estratégias cognitivas básicas do tipo observar, reunir dados, ordenar, relacionar e resumir” (Alonso, 2001, p. 12). A missão é então, melhorar a competência de pensar sobre o pensar para aprender a aprender, ou seja, desenvolver a metacognição (esta é o atributo chave do pensamento formal no ensino de competências de mais alto nível), o que compromete alterar o processo ensino/aprendizagem tradicional que teima em persistir.

Metacognição, como operação mental, implica saber os objectivos a alcançar e como se alcançam, o que implica uma estratégia de AR, pois as estratégias cognitivas são utilizadas para alcançar progressos cognitivos, enquanto as estratégias metacognitivas são utilizadas para controlá-lo.

Quando abordámos a TSC, ficou patente que este referencial teórico considera que a aprendizagem por observação e os mecanismos internos de cognição (dentre estes a AE) e AR, são de fundamental importância na aprendizagem e desenvolvimento humano (Bandura, 1986). Ora, as linhas de investigação têm demonstrado que a AE influencia a AR da aprendizagem, em processos de definição de objectivos, auto-controlo, auto-avaliação e estratégias de utilização (Zimmerman *et al.*, 1992). E, como já foi demonstrado (Figura 2), a AR é vista segundo um agregado de processos triárquicos, visando a aquisição de objectivos pessoais dos estudantes e, como ciclo que é, o resultado das execuções anteriores é usado para efectuar os ajustamentos convenientes no decurso das tarefas que estão a incrementar. Essas adaptações tornam-se imprescindíveis face à versatilidade dos factores pessoais, comportamentais e ambientais durante a aprendizagem e desempenho académico, o que solicita, que o estudante faça uma contínua monitorização do seu processo de aprendizagem.

Carvalho (2004), no seu estudo com estudantes de enfermagem, verificou que a função auto-reguladora da aprendizagem não tem sido trabalhada de forma ajustada, isto é, o controlo da aprendizagem pelo próprio estudante falha, o que é reforçado pela forma como os estudantes sentem que é valorizada a sua auto-avaliação: há uma sobrevalorização do rendimento em detrimento da aprendizagem. Então, urge parar... e reflectir em:

Como se combinam as estratégias de ensino-aprendizagem, a motivação, as emoções, os objectivos, as crenças pessoais de AE e o controlo pessoal, para promover estudantes auto-reguladores da sua aprendizagem e o desenvolvimento das competências em enfermagem?

Para Rosário *et al.*, (2006), a AR da aprendizagem refere-se a um processo em que os estudantes estabelecem os objectivos que a norteiam, tentando monitorizar, regular e controlar as suas cognições, motivação e comportamentos com o objectivo de os atingir, numa construção activa da aprendizagem, não sendo pois, meros recipientes apáticos de informação. É sublinhada a sua agência que lhes permite o controlo e regulação sobre essa aprendizagem.

Claramente, daqui se deduz que este processo, cíclico e complexo, depende em grande parte, do estudante possuir ou não uma direcção optimista de AE para aprender (Bandura, 1986). Assim, um estudante auto-regulador da sua aprendizagem procura ajuda de forma a melhorar a qualidade da sua aprendizagem, é aquele que tem iniciativa pessoal e perseverança na tarefa independentemente do contexto onde ela ocorre, portanto, é aquele que se focaliza no seu papel de agente: o sucesso escolar depende sobretudo do que construir (Bandura, 2001). Ou seja, parafraseando Boekaerts (1996), possuiu a capacidade de “por um lado exercer controlo sobre as diferentes dimensões do processo de aprendizagem, incluindo a selecção, a combinação e a coordenação das estratégias cognitivas num determinado contexto; e por outro de canalizar recursos para os diferentes aspectos de processo ensino-aprendizagem” (citado por Rosário *et al.*, 2006, p. 112). Por conseguinte, os estudantes auto-regulados caracterizam-se, por: estabelecer atempadamente objectivos concretizáveis; elaborar um plano de estudo; modificar, sempre que necessário, o tipo de estratégia durante a aprendizagem; monitorizar o seu estudo, procurando ajuda sempre que necessário (professores, família, pares); mudar o ambiente de estudo sempre que este for desestabilizador; interromper o estudo quando se sente cansado; e estabelecer auto-recompensas quando efectivamente cumpriu o horário de estudo previamente estabelecido (Lourenço, 2007)

Neste intuito, esses estudantes podem controlar três dimensões da aprendizagem: (i) a cognição – dado que, interiorizaram um conjunto de estratégias cognitivas e metacognitivas e conseguem aplicá-las num contexto de estudo, além de lhes possibilitar adquirir um conhecimento de si próprios e das exigências de cada tarefa; (ii) a motivação e os afectos – pelo facto de a poderem dominar e alterar as suas crenças motivacionais, especificamente as percepções de AE ou o estabelecimento de

objectivos, adequando-as a cada situação; e (iii) os comportamentos observáveis – que permitem aos alunos criar e organizar os seus espaços de aprendizagem e de realização das tarefas, permitindo dessa forma, controlar os meios ao seu alcance (Lourenço, 2007). Portanto, esse controlo é sistematicamente norteado para a concretização dos objectivos escolares criados a partir das percepções de AE (Rosário *et al.*, 2006), e para os alcançar, terão de ser usadas estratégias cognitivas, metacognitivas, motivadoras e comportamentais, sendo essas competências auto-regulatórias que irão parcialmente guiar a proficiência do desempenho académico, ou seja, a avaliação de questões colocadas, a edificação de opções alternativas, a enunciação de objectivos próximos para guiar os próprios esforços e a criação de auto-incentivos para suportar o investimento em actividades impostas e, a gestão do stresse e dos pensamentos debilitantes intrusivos. Estas competências devido ao carácter transversal, capacitam as pessoas para melhorarem o seu desempenho académico, e não só (Zimmerman, 1989, citado por Castro, 2007, p. 14).

Pode-se dizer então, que a AR da aprendizagem pressupõe a combinação de crenças de AE positivas, motivação e diversas estratégias para resolver problemas, de tal forma, que os estudantes de alto rendimento - auto-reguladores eficazes da sua aprendizagem, dispõem de objectivos de aprendizagem ou de mestria e identificam-se como mais auto-eficazes. Contrariamente, os alunos cuja AR é insuficiente consideram possuir objectivos de realização ou orientados para o ego, estão mais ansiosos e são propensos a esquivarem-se das possibilidades de aprendizagem quando elas surgem, evidenciam percepções de AE menos elevadas e envolvem-se menos em actividades de estudo.

2.2.1.2 – Promoção da auto-eficácia no estudante de enfermagem: papel do professor

Sabendo que, as crenças elevadas de AE dos estudantes são sensíveis às alterações na experiência de ensino e, desempenham um papel causal no desenvolvimento dos estudantes e utilização de competências académicas (Pajares & Schunk, 2001), torna-se fundamental, que nos quedemos um pouco sobre como promover a AE no contexto académico.

A escola é o cenário principal em que se desenvolvem e mantêm as práticas auto-regulatórias do estudante, repercutindo-se no sucesso académico e nas auto-crenças

positivas que o acompanham, sendo as escolas e os professores os responsáveis pelo apoio educativo durante a evolução das competências dos estudantes (Lourenço, 2007).

Torna-se imperioso que os educadores contribuam para a construção de crenças elevadas de AE, e interiorizem seriamente a sua quota parte da responsabilidade no incremento das auto-convicções dos estudantes, onde se salienta a importância do professor sentir-se seguro e competente na sua profissão, com avaliações positivas acerca de sua eficácia. Os professores seguros da sua capacidade para ensinar, criam experiências que aumentam a crença de auto-controlo nos estudantes, desenvolvem os seus interesses intrínsecos e a capacidade para a AR. Estão mais abertos a novos métodos, dedicam mais tempo e energia aos estudantes, manifestando entusiasmo pelo ensino. Inversamente, professores com crenças baixas geram ambientes negativos e deterioram a AE e o desenvolvimento cognitivo, e, mostram-se menos comprometidos com o ensino. Vários estudos têm demonstrado que a AE docente está relacionada com o melhor desempenho dos estudantes em diversas disciplinas, e com o incremento das crenças de AE dos mesmos (Bzuneck, 2001).

De acordo com Schunk (1989, 1991), as crenças de AE dos estudantes podem ser incrementadas pelo professor ao orientarem-nos para trabalharem com tarefas que representem objectivos ou metas específicas, bem definidas, que possam ser cumpridas num curto espaço de tempo e com um nível adequado de dificuldade (citado por Bzuneck, 2001, p. 124). Metas mais próximas favorecem o desenvolvimento da AE, porque os estudantes podem experimentar êxito e progresso sucessivo com mais probabilidade do que, no caso de as metas serem a longo prazo. E já sabemos que as experiências de êxito e de progresso representam a principal origem dessas crenças, daí, esta será a melhor forma da pessoa acreditar nas suas próprias capacidades, desde que os *feedbacks* positivos a respeito desse desempenho sejam oferecidos pelo professor.

Assim, as experiências de mestria podem ser visualizadas nas actividades do estudante finalista de enfermagem: cada êxito alcançado nas experiências pessoais, promove o incremento dos seus níveis de AE, fomentando, geralmente, o envolvimento renovado no estudo (Lourenço, 2007). Por outro lado, as metas ao serem específicas, o estudante saberá exactamente o que fazer e mais facilmente pode avaliar as suas capacidades relativamente ao cumprimento das mesmas, já que, as crenças de AE predizem melhor os desempenhos se tiverem como referência padrões bem definidos de tarefas (Pajares 1997).

Quanto à terceira característica, é necessário que as tarefas tenham um grau adequado de dificuldade. Perante desafios muito altos poderão surgir fracassos para o estudante, o que se revelará nocivo para a sua motivação, e indicam que ele não dispõe das capacidades necessárias. No entanto, responder a desafios mais fáceis favorece a percepção de AE, mas, são os desafios mais difíceis, desde que acessíveis através do esforço, que podem indicar as verdadeiras capacidades (Bandura, 1993; Pintrich & Schunk, 1996).

No decurso do que já foi abordado, o professor pode ter em consideração as quatro fontes que originam as crenças de AE, a que já nos referimos anteriormente, bem como, o seu papel relativamente às experiências de mestria. No que concerne à aprendizagem por observação, também já foi exposto, que na formação inicial em enfermagem, os professores e os enfermeiros têm um papel essencial, sobretudo nos cenários clínicos, enquanto modelos. De tal maneira, que os comportamentos e atitudes que posteriormente vão ser imitadas pelos estudantes convertem-se em fontes de informação para as crenças de AE e, influenciam o seu desempenho e habilidades de pensamento. É necessário que estes formadores tenham este aspecto em consideração, e que adoptem estratégias favorecedoras do fortalecimento dessas crenças nos estudantes, reforçando as suas condutas positivas e, estabelecendo metas possíveis de executar. Os próprios colegas podem ter um papel preponderante neste tipo de aprendizagem, através da partilha do estudo e da aprendizagem e, do planeamento em conjunto, pois tal, conduz à observação de diferentes metodologias de trabalho, o que se reflecte na construção da crença de AE do estudante de enfermagem.

Por sua vez, a persuasão verbal e social pode ser observada nos estudantes nas situações de discussões, críticas e sugestões entre colegas de disciplina; nos *feedbacks* dos professores e estudantes e enfermeiros, sobretudo, nas práticas de ensino e/ou estágios supervisionados. Este *feedback* e persuasão também influenciam directamente a motivação e satisfação do estudante, e podem até, ser reforçados ou reduzidos por membros da família, amigos, ...

Os estados emocionais e fisiológicos podem fortalecer ou enfraquecer a crença de AE, dependendo da forma com que o estudante interpreta as suas percepções fisiológicas e emocionais (negativas ou positivas) e as relaciona com o seu desempenho. O facto de ficar doente, o cansaço físico e emocional, a ansiedade e stresse, podem influenciar negativamente na crença de AE do estudante, sobretudo se estiver em ensino clínico, onde em todos os momentos há novas experiências de aprendizagem, e a

consciência disso, pode ser interpretada como um aspecto negativo para o seu desempenho. Neste caso, os seus mecanismos cognitivos e de AR conduzem-no a ter julgamentos negativos que irão influenciar as suas crenças na capacidade como estudante, ao longo dos dias em que perdurar a doença. Lourenço (2007, p. 62) diz-nos que os “sintomas, característicos de uma situação de ansiedade, podem ser interpretados pelo sujeito como indiciadores de inaptidão ou de incompetência face a um determinado assunto escolar. Inversamente, um baixo nível de ansiedade pode ser percebido como um prenúncio de competência”.

Associados a estes estados fisiológicos, os factores emocionais, tais como a afectividade; as relações interpessoais e os vínculos com os professores, comunidade e escola também podem interferir. Caso o ambiente seja adverso e as emoções não sejam agradáveis (falta de alegria e prazer, clima organizacional e ambiente desfavorável e hostil à aprendizagem, factores causadores de stresse como: barulho, limitações de espaço, horário do ensino clínico ou aulas, insegurança e medo em relação ao domínio dos conteúdos, falta de habilidades, baixa liderança), podem reflectir-se negativamente nos níveis de AE do estudante.

Destaca-se ainda, que alguns pesquisadores têm sugerido que os professores devem prestar tanta atenção às percepções das competências dos estudantes como à competência real, pois, é a percepção que pode prever com maior precisão a motivação dos estudantes e futuras escolhas académicas (Castro, 2007). Por outro lado, a auto-percepção de eficácia exageradamente baixa, e não a falta de capacidade ou de habilidade, pode ser responsável por comportamentos de má adaptação académica, de evasão dos cursos e de carreiras, e pela diminuição do interesse e do aproveitamento escolar. Os estudantes que não têm confiança nas habilidades que possuem, têm menos probabilidade de se envolverem em tarefas em que essas competências são necessárias, e mais rapidamente podem desistir diante das dificuldades. Por exemplo, dada a AE, de uma forma geral ser mais baixa nas raparigas em relação aos rapazes, nas áreas de matemática e informática, parece que as mulheres jovens podem ser especialmente vulneráveis nestas áreas (Pajares & Schunk, 2001). Aliás, os estudantes “que possuem um baixo desempenho escolar tendem a duvidar de suas reais capacidades evitando situações ameaçadoras e adquirindo um sentimento de inferioridade perante os outros” (Rodrigues & Barrera, 2007, p. 51).

Também, segundo Zimmerman & Kitsantas (1997) uma função dos professores, quando encontram estudantes com procedimentos auto-regulatórios disfuncionais, é

corrigir, facultando-lhes, por exemplo, o acesso a aprendizagens significativas (citado por Lourenço, 2007, p. 25). Nesses casos, além de uma melhoria contínua das competências, a escola deve trabalhar para identificar crenças de AE imprecisas dos seus estudantes, conceber e implementar intervenções para desafiá-los. Bertrand (2001), fala-nos de algumas recomendações pedagógicas que podem ser sugeridas para além da apresentação de modelos de comportamento aos estudantes, a avaliação e a justificação do valor do comportamento, o fortalecimento do estudante nos seus comportamentos e o praticar. Relativamente à segunda estratégia, “Bandura (1977) sustenta que a aprendizagem de um comportamento varia em função do valor que se dá ao resultado” (Bertrand, 2001, p. 123). Consequentemente, é necessário mostrar ao estudante qual o interesse de cada uma das aprendizagens, quer para a sua vida, quer para a próxima aprendizagem a ocorrer. No que concerne à terceira, é essencial mostrar um reforço positivo ao estudante que progride na sua aprendizagem (Bandura, 1986, 1995, 1997). Tal, permitirá ao estudante a construção de uma imagem positiva de si mesmo e sentir-se competente para a realização de uma tarefa. Também, se torna necessário restringir alguns comportamentos através da punição. Na última estratégia, recomenda-se que à explicação se junte a prática, sobretudo se se tratar de uma aprendizagem psicomotora. Na verdade, será muito difícil aprender a jogar ténis se não se praticar.

Bzuneck (2001, p. 126), partindo de Stipek (1993), destacou as seguintes estratégias na promoção da motivação intrínseca dos estudantes: dar tarefas que contenham partes relativamente fáceis para todos e partes mais difíceis, que possam ser atendidas somente pelos melhores; com isso, todos têm desafios e reais possibilidades de acertarem; para aqueles que concluírem primeiro, incluir actividades suplementares de enriquecimento; permitir que por vezes, os estudantes possam escolher o tipo de tarefa; permitir que cada um tenha o seu ritmo próprio, sem existir pressão para que todos concluam ao mesmo tempo; e, alternar trabalhos individuais com trabalhos em pequenos grupos.

Pintrich & Schunk (1996), falam-nos também de algumas implicações para os professores: - ajudar os estudantes a manter as expectativas relativamente precisas, mas de alta eficácia e ajudá-los a evitar a ilusão de incompetência. Os professores devem fornecer informações precisas aos estudantes para ajudá-los a desenvolver a percepção razoável da sua competência, mas, ao mesmo tempo, comunicar que a sua própria competência e habilidades continuarão a desenvolver-se, dado que, os estudantes são motivados a participar nas tarefas quando eles acreditam que podem realizar a tarefa; -

fomentar a crença de que a competência ou capacidade é um aspecto mutável, controlável de desenvolvimento, ao alcance de todos os estudantes, através de maior ou menor esforço; - evitar tipos de práticas públicas que aumentam as diferenças entre os estudantes; - evitar o *feedback* global (você é um pessoa boa), em detrimento, do *feedback* específico sobre o seu desempenho real.

Similarmente para Neves & Faria (2007), a intervenção deve: promover as condições indispensáveis à formação de crenças de eficácia mais positivas, o que passa por melhorar as competências dos alunos e as respectivas capacidades e percepções de capacidade, bem como, por treinar o uso de estratégias adequadas à realização das tarefas; e privilegiar a formação de crenças de eficácia que sejam direccionadas para domínios de realização particulares e, que sejam realistas e tangíveis, por forma a não criarem percepções de incompetência e de incapacidade nos alunos.

Por outro lado, Bandura (1986) defende que se deve evitar todas as práticas que levam a que os estudantes se comparem uns com os outros, podendo conduzir a um rebaixar das crenças de AE. Assim, segundo esse autor há três práticas promotoras de comparação social a evitar: dar as mesmas tarefas a todos os estudantes e exigir que todos tenham o mesmo ritmo de produção; agrupar os estudantes em função da sua capacidade; e o clima de competição entre eles.

Julgamos ainda pertinente fazer referência a algumas limitações do referencial sociocognitivo, como: para o bom desempenho, as crenças de AE não suprem lacunas de conhecimentos ou habilidades ou a ausência de capacidade real; as crenças de AE não são o único factor motivacional e nem constituem um factor que actua de forma isolada, pois as expectativas de resultado também têm um papel na motivação. Ou seja, “somente depois de assegurado que o aluno detenha conhecimentos, habilidades e capacidade; além de possuir expectativas positivas de resultados, e que esses resultados sejam por ele valorizados, as crenças de AE têm o poder de motivar os alunos porque é em função delas que ocorrerão a escolha, a direcção e a persistência nos comportamentos de aprendizagem” (Bzuneck, 2001, p. 127).

Com efeito, consideramos que são muitas as questões quando nos debruçamos nos estudantes de enfermagem e na qualidade das suas aprendizagens: *como organizar os momentos de contacto entre os professores e os estudantes de forma a promover competências que os preparem para os desafios futuros? Como aumentar a implicação dos estudantes na tarefa? Como melhorar as suas aprendizagens, em termos qualitativos?*

As respostas a estas interrogações devem envolver toda a comunidade escolar e implicar uma especial atenção e, passam por aspectos como: a formação pedagógica dos professores e o impacto do seu investimento nas práticas lectivas, a metodologia de avaliação dos estudantes, a oferta de geometrias de aprendizagem mais interactivas e dialécticas, de oportunidades de trabalho pedagógico em pequenos grupos para discutir e aprofundar temáticas e, por equipar os estudantes com ferramentas estratégicas que os ajudem a enfrentar as aprendizagens de forma mais competente e eficaz, onde pensamos que os princípios atrás referidos de AE e AR (da aprendizagem) podem dar um enorme contributo, ao incrementarem a motivação e a aprendizagem académica.

É por esta razão que a teoria sociocognitiva de Bandura é relevante, actual, e se aplica no estudante finalista do Curso de Enfermagem tendo por base as suas crenças de AE. Nela, se encontram subsídios para a necessidade de rever os programas de formação inicial do estudante de enfermagem, de acordo com os diferentes estilos de aprendizagem, necessidades e interesses do mesmo, com a finalidade de o motivar para a aprendizagem e de ajudá-lo a construir e a fortalecer as suas crenças de AE.

As investigações já realizadas “indicam com clareza suficiente que as experiências pessoais de sucesso aumentam as crenças de AE numa grande diversidade de actividades escolares, pelo que deveriam ser desenvolvidas na sala de aula (Bandura, 1986; Schunk, 1984; Schunk & Swartz, 1993)” (citados por Lourenço, 2007, p. 63). Para tal, é essencial que o estudante se familiarize com as estratégias metacognitivas, que controle o seu processo de aprendizagem através da planificação, organização e auto-avaliação do seu desempenho, ou seja, auto-regule a sua própria aprendizagem de forma activa e autónoma.

Partilhamos das palavras de Bzuneck (2001, p. 128), “toda a escola deve exercer a dupla função de propiciar que todos os alunos desenvolvam tanto as reais competências que o mundo moderno exige como também as crenças de que possuem tais competências, o que lhes confere a força motivacional para aprenderem e continuarem aprendendo, para terem êxito nestes novos tempos”.

Em suma, dado que as crenças de AE funcionam como mediadoras entre os desempenhos passados e as condutas posteriores, é essencial criar uma crença de AE elevada do estudante enquanto tal, para incrementar uma AE elevada enquanto profissional de enfermagem.

2.3 – AUTO-EFICÁCIA NA TRANSIÇÃO PARA O TRABALHO, DO ESTUDANTE DE ENFERMAGEM

Consideramos relevante, dada a natureza deste estudo, nos determos sobre a forma como os estudantes finalistas percebem o término dos seus estudos no nível superior, particularmente, em relação ao julgamento das suas competências para ingressarem e exercerem (n)a enfermagem.

A transição de um estudante para o papel de enfermeiro, que exige aceitar a responsabilidade e reais necessidades do local de trabalho, foi vista como uma fonte interna e uma fonte externa de força para o desenvolvimento de competências profissionais, em que estas se desenvolvem através de um processo interactivo constante e dinâmico que ocorre entre o enfermeiro e o universo circundante (Tabari-Khomeiran *et al.*, 2007).

Ao focarmo-nos nos estudantes finalistas de um curso, é necessário enfatizar que o estudante que entra no ensino superior não é o mesmo que o conclui. Ocorrem mudanças que decorrem de diferentes factores, incluindo o ambiente académico universitário, sem esquecer que, as crenças dos estudantes para governar actividades académicas afectam o seu nível de aspiração, a sua preparação para diferentes carreiras e os êxitos académicos (Dodobara, 2005). Na verdade, a mudança gera-se em função do envolvimento do estudante com os recursos oferecidos pela instituição, daí que, apesar do papel central do estudante, o ambiente institucional também tem um papel fundamental no seu desenvolvimento pessoal: as diferentes abordagens de ensino e a sua influência na formação no desenvolvimento de habilidades superiores de pensamento, e até o próprio plano de estudos, entre outros. Está ainda descrito na literatura científica, que essas mudanças ocorrem, principalmente, em dois domínios: cognitivo (em relação ao raciocínio, ao pensamento lógico, ao pensamento crítico) e; não cognitivo (mudanças em relação ao aspecto psicossocial dos estudantes - concepções e avaliações de si mesmo, do senso de identidade, e o sistema de relações dos estudantes, com outros sujeitos e até mesmo com os pares e, também as mudanças em relação a valores, atitudes e crenças) (Pelissoni, 2007).

A par dessas mudanças convém salientar as mudanças decorrentes da globalização e da democratização da informação. Novas configurações emergiram, associadas ao aumento do nível de desemprego, à transformação nos requisitos funcionais, com a exigência de novas habilidades, competências, e polivalência

funcional. Esta situação de desemprego eminente pode ser traduzida a partir de alguns índices da realidade dos enfermeiros portugueses (OE, 2009b). É aqui, que a educação assume um papel de extrema relevância, extrapolando o processo de formação profissional dos estudantes, e pressupondo o desenvolvimento destes no campo cultural, científico e atitudinal.

Com efeito, a passagem para a vida profissional gera grandes expectativas, ansiedade e inseguranças relativamente ao futuro. Bardagi (2004) aponta que algumas características do mercado e das instituições formadoras (escola, universidade) propiciam este estado de ansiedade e insegurança, especialmente a partir dos obstáculos gerados entre as competências académicas desenvolvidas e as competências requeridas actualmente (citado por Pelissoni, 2007, p. 24).

Indubitavelmente, as características pessoais, principalmente, em relação às crenças na capacidade para enfrentar o mercado e exercer uma profissão com competência, mostram-se capitais neste processo de transição da vida estudantil para o exterior, como enfermeiros. Sendo a transição para o mundo do trabalho precedida por um período de preparação, que ocorre durante os anos de frequência num curso do ensino superior, a AE ocupacional e académica estão relacionadas, e inter-alimentam-se, sendo imprescindível, por exemplo, que junto a estudantes cuja história escolar é pautada pelo insucesso académico, se promova os seus interesses, a sua motivação e a construção de objectivos de vida. “Assim, os programas compensatórios em termos de competências académicas básicas não são suficientes, urgindo também um trabalho de discussão da instrumentalidade dessas competências para a vida profissional futura” (Coimbra, 2000, p. 89).

Consideramos importante neste caso, a visão do homem como um agente activo, que se extrai das produções de Bandura, se bem que, a importância de considerarmos os mecanismos sociocognitivos no comportamento humano de uma forma geral, e no vocacional singularmente, está devidamente documentada tanto nas concepções, como nos estudos empíricos desenvolvidos por Bandura (1977b, 1997, 2001), Lent & Hackett (1994) e respectivos colaboradores. A partir do determinismo recíproco, Bandura construiu uma teoria que explica o desenvolvimento humano, dando ênfase aos processos motivacionais que estão imbricados na agência humana: parte-se do princípio que os indivíduos têm capacidade de direccionarem o curso de sua acção, por meio dos processos de escolha e de participação activa nos acontecimentos de suas vidas, e que estão inseridos dentro de um contexto social.

Segundo Bandura (1989), entre os mecanismos de agência pessoal, nenhum é mais central ou significativo, do que a crença das pessoas sobre as suas capacidades de exercer controlo sobre os eventos, como a escolha de carreira, a decisão e até mesmo no momento de transição para o trabalho.

Efectivamente, a área do desenvolvimento de carreira e do comportamento vocacional tem vindo a arrogar-se como um dos principais domínios de aplicabilidade da teoria de AE (Ramos, Paixão & Silva, 2007). A investigação no espaço da AE ocupacional tem-se focalizado sobretudo no conteúdo das escolhas, mas alguns estudos também se debruçaram sobre os processos, isto é, sobre as relações estabelecidas entre variáveis com relevância ocupacional que conduzem a essas escolhas. Neste campo de acção, enquadram-se as relações com a AE académica, sobretudo na matemática, mas também as relações com outros preditores de carreira, como os interesses. E, nas palavras de Coimbra (2000, p. 92), a AE tem-se revelado “bom preditor tanto do desempenho e da persistência académica, como das escolhas ocupacionais”. Em relação à carreira, os julgamentos pessoais regulam as escolhas profissionais e o envolvimento nas actividades, na área escolhida (Lent, Brown, Hackett, 1994), de tal forma, que, as pesquisas comprovam que à medida que o julgamento pessoal, acerca de si mesmo, é mais eficaz, certas profissões são encaradas como opções de carreira apropriadas. Para tal, o sujeito tem em apreciação se a preparação educacional que teve foi suficiente e condicente com a trajectória ocupacional eleita.

Mas, podemos dizer que a dimensão vocacional da teoria da AE tem os seus primórdios na pesquisa desenvolvida por Betz & Hackett (1981). Estes autores, inspirados pelo escasso número de mulheres em ocupações tipicamente masculinas, desenvolveram uma pesquisa para examinar as diferenças na escolha de carreira entre homens e mulheres e a relação com a AE percebida, e desde então, tem-se vindo a realizar diversos estudos, sobretudo na aplicação do constructo no âmbito da TSC da carreira – SCCT (Lent, Brown, Hackett, 1994), sobre o qual, não nos iremos debruçar. E, apesar dos estudos recentes sugerirem que as diferenças de género nas capacidades académicas são insignificantes (Eisenberg *et al.*, 1996), as diferenças de género na motivação e nas crenças pessoais académicas são regularmente referidas (Betz & Hackett, 1981, 1983; Wigfield, Eccles, & Pintrich, 1996) (citados por Castro, 2007, p. 73), dependendo essas diferenças da maneira como os domínios académicos em questão são percebidos pelos estudantes masculinos e femininos. Pois, embora as raparigas tenham notas mais elevadas do que os rapazes ao longo do seu percurso escolar, tenham

avaliações mais favoráveis dos professores em quase todos os aspectos e recebam menos *feedback* negativo por parte dos mesmos, manifestam mais frequentemente padrões de desistência perante os fracassos, existindo estudos que comprovam que as diferenças motivacionais e de sucesso escolar entre rapazes e raparigas são sobretudo em função de crenças estereotipadas quanto ao género (Castro, 2007).

Aliás, os resultados obtidos nesses estudos iniciais de Betz & Hackett (1981), conduziram a significativas diferenças em relação ao género, mostrando que as mulheres não se sentiam tão capazes em relação às profissões que historicamente eram consideradas masculinas, ao contrário dos homens que se julgavam capazes em todas as profissões elencadas. Esta evidência apontou que a escolha de carreira estava a ser mediada pelo julgamento pessoal em relação à capacidade para o exercício de uma profissão que, por sua vez, foi construída a partir de influência de condições históricas e sociais. As replicações subsequentes, permitiram “verificar diferenças de género na AE ocupacional, diferenças estas que estão relacionadas com a estereotipia de género das tarefas, actividades ou ocupações. Contrariamente aos homens, que apresentam índices de AE similares para todas as ocupações, as mulheres fazem variar as suas expectativas de acordo com a conotação de género das mesmas, sendo superiores para as áreas tipicamente femininas e inferiores para as áreas tipicamente masculinas. Nestas diferenças, a AE matemática parece assumir um papel importante, dada a associação deste domínio académico e ocupacional, *filtro crítico* da persecução de carreiras mais prestigiosas, à masculinidade” (Coimbra, 2000, p. 91). Ainda esta autora, a propósito dos diferentes estudos realizados nesta área, diz-nos que as principais conclusões “podem ser resumidas da seguinte forma: a AE ocupacional é preditiva dos interesses de carreira e da consideração de opções ocupacionais; as diferenças de género na AE ocupacional são comuns a muitas das amostras de estudantes universitários; as diferenças de género são manifestadas, quer a um nível geral, quer a um nível específico das ocupações (tarefas e actividades laborais); e as diferenças de género não são usualmente encontradas em amostras mais seleccionadas ou homogéneas (Hackett, 1995; Betz & Hackett, 1995)” (Coimbra, 2000, p. 66). Similarmente, Castro (2007, p. 75) cita diversos autores que constataram que existem diferenças de género na AE relacionada com a carreira e que tais diferenças são preditoras dessas diferenças no processo de escolha de carreira (Betz & Hackett, 1981), sendo mesmo mais fortes, em termos preditivos, do comportamento de escolha de carreira do que a capacidade ou o desempenho (Hackett, 1985; Hackett & Betz, 1989).

Entretanto, também existem resultados que indicam que os estudantes de nível socioeconómico baixo apresentam crenças de AE ocupacional menores do que os de nível socioeconómico alto, para além, de existirem investigações realizadas noutras sociedades (Grã-Bretanha e Japão), bem como, estudos realizados junto a minorias étnicas e a residentes em áreas rurais, que sugerem que a AE ocupacional, e sobretudo as diferenças de género que motivaram os estudos originais de Betz & Hackett, possuem aplicabilidade intercultural (Coimbra, 2000).

Em forma de resumo, as investigações sobre AE parecem indicar que esta varia, em função do género e do nível escolar. Castro (2007), faz referência a diversos autores, e genericamente as pesquisas mostram que os rapazes do Ensino Secundário ou Universitário tendem a ser mais confiantes do que as alunas em áreas académicas associadas às ciências e tecnologias, apesar de essas diferenças estarem a diminuir. Porém, nas áreas relacionadas com o domínio das línguas, são as alunas que exibem maior confiança, sendo por volta do 3.º Ciclo do Ensino Básico que as crenças de AE académica começam a ser mais notórias e em que as diferenças de género começam a tornar-se mais evidentes.

Referindo-nos a um estudo realizado por Pelissoni (2007), cujo objectivo era analisar as crenças de AE na transição para o mundo do trabalho de estudantes licenciandos do último ano do ensino superior segundo o género, situação de trabalho e área de conhecimento do curso, a análise dos dados, mostrou a existência de uma tendência dos participantes confiarem moderadamente na capacidade para enfrentar a transição para o trabalho, evidenciando que os indivíduos com alto senso de competência pessoal provavelmente encontrarão um emprego após a formação académica. A autora considera que acreditar na capacidade pessoal para mudar da situação de estudante para profissional, também está relacionada com a procura de informações sobre os locais de trabalho, com o contacto com profissionais da área, com a procura de estágios, e com a procura de conhecimentos das habilidades e interesses pessoais. Consideramos que o mesmo se pode aplicar ao estudante finalista de enfermagem. Esta relação revela-se basilar, pois mostra que confiar na própria capacidade, enquanto profissional pode estar relacionada com a procura de informações pessoais relativamente aos interesses e, competências e, sobre o ambiente (local de trabalho). “Ou seja, o conhecimento de si em relação aos interesses e habilidades como o conhecimento de informações sobre possibilidades de actuação caminha na mesma

direcção da crença na capacidade pessoal de adaptar-se no mundo do trabalho” (Pelissoni, 2007, p. 113).

Síntese

O psicólogo canadiano Albert Bandura (1977ab, 1986) foi um dos primeiros autores a elaborar uma teoria da aprendizagem tendo em consideração o importante papel que as percepções de uma pessoa desempenham na eficácia dos seus actos, em que o racional sociocognitivo constitui a base conceptual dos processos auto-regulatórios da aprendizagem. Na sua teoria, Bandura postula que o eixo de agência individual (*human agency*) concebe-se como uma relação triádica e dinâmica, abarcando factores pessoais, comportamentais e ambientais, que interagem de forma recíproca e interdependente originando uma estrutura unificada, no contexto da qual, os julgamentos de eficácia pessoal assumem um papel preponderante. A aprendizagem e os actos de alguém, dependem do juízo que esse alguém faz das suas capacidades. Portanto, a percepção de uma pessoa de que é capaz de realizar uma tarefa atribuída terá inegavelmente uma influência nos resultados dos seus comportamentos futuros. Aumentarão as hipóteses de sucesso se se acreditar nisso. Se este ocorrer, igualmente este resultado intervirá nas suas percepções quanto à capacidade de ter êxito.

Foi sublinhado, que as crenças de AE possuem algumas características que permitem a sua diferenciação de constructos próximos: referem-se aos juízos de cada indivíduo acerca das suas capacidades para levar a cabo uma tarefa específica (por este motivo, é postulada a necessidade de recorrer a uma estratégia de investigação microanalítica que permita averiguar o grau de congruência entre auto-percepções de eficácia e a acção ao nível das tarefas específicas), e não qualidades pessoais, são multidimensionais, dependem do contexto, implicam critérios de mestria e, a sua avaliação precede o desempenho de actividades relevantes.

As experiências anteriores, as experiências vicariantes, a persuasão verbal ou social, e os estados fisiológicos e emocionais constituem as quatro principais origens dessas crenças. Todavia, mais importante do que as origens em si é a interpretação e devolução da informação proveniente dessas fontes, dado que, é esse processamento cognitivo que decidirá a criação e o desenvolvimento dos julgamentos de AE. Ora, sabendo que à luz desta teoria, os indivíduos possuem um sistema interno que lhes permite exercer controlo sobre as suas próprias acções, comportamentos e pensamentos,

essas crenças de eficácia pessoal influem no estabelecimento de metas e na selecção de actividades e contextos, bem como, no tempo e no esforço que os indivíduos vão dispendir na sua persistência perante os obstáculos, os padrões de pensamento e as reacções emocionais durante as transacções antecipatórias ou reais com o meio. Se os indivíduos acreditam que não têm poder para produzir resultados, não se esforçarão por os alcançar. As crenças de AE, como mecanismos cognitivos de controlo pessoal, constituem o factor fulcral no exercício da agência humana, ao permitir a atribuição do controlo ao próprio indivíduo.

Também, é importante clarificar que as tarefas que cada um é capaz de executar não podem ir mais além do que as suas capacidades e, não basta apenas acreditar nas suas capacidades, requer ainda as habilidades e conhecimentos necessários para o desempenho adequado.

A interpretação da teoria da AE revelou-se uma variável a ter em consideração na formação do futuro enfermeiro: no momento de realizar avaliações, programas de melhoria de desempenho das práticas pedagógicas e de ensino e, acções no campo educativo em geral. O objectivo será melhorar os níveis de desempenho dos estudantes de enfermagem, promovendo crenças de eficácia mais positivas contribuindo dessa forma para o sucesso escolar e de futuro, para o sucesso enquanto enfermeiro.

Partindo do pressuposto que as percepções de AE dos estudantes podem influenciar grandemente o desempenho escolar, a motivação, comportamento e escolha de carreira profissional no futuro, os professores devem ter sempre presente a importância de incrementar, desde o início da formação, essas crenças de eficácia. E neste caso, o ideal será construir e promover o fortalecimento da auto-percepção de eficácia em todas as competências requeridas para formar ECGs, sem esquecer que o juízo do professor de enfermagem enquanto tal e enquanto enfermeiro, acerca da sua eficácia pessoal, também vai influenciar a sua disposição para ensinar, o qual, por sua vez, afectará o rendimento dos estudantes.

Há que prestar atenção especial às fontes que originam estas crenças, promovendo experiências directas e vicárias sem ignorar que a persuasão verbal e a adequada activação fisiológica, também influenciam o processo de formação de estudantes em enfermagem, com AE elevada. É de igual forma emergente, que se proceda a mudanças, nos currículos de formação dos professores, nos métodos de ensino, que se despenda tempo na planificação das actividades, e se alterem as

concepções acerca do papel do professor, e do papel dos estudantes no processo ensino-aprendizagem.

E antes de passarmos ao estudo que desenvolvemos neste âmbito, queríamos explicitar de forma esquemática aquilo que consideramos ser um modelo que explica a influência das crenças de AE no processo de aprendizagem e consequentemente de aquisição de competências de âmbito profissional, por parte do estudante de enfermagem, abarcando as estratégias de aprendizagem e factores intervenientes no processo, abordados nas linhas que precedem este momento (Figura 4).

Entendendo o processo como um mecanismo de retroacção, as crenças de eficácia pessoal, influenciam as tomadas de decisão do estudante, que o conduzem à acção, que é abarcada por diversos factores e na qual, incutirá esforço, persistência e selecção nas estratégias de aprendizagem a usar, de forma a alcançar os objectivos. Estes incluem o rendimento académico e a aquisição/desenvolvimento de competências que lhe permitirão exercer a profissão. Por sua vez, as crenças de AE académica que também decorrem dos objectivos alcançados, funcionam como mediadoras para as crenças de eficácia pessoal para transitarem para o papel de profissional de enfermagem (reflectindo-se na competência em acção), que por sua vez, interagem com as crenças de AE iniciais.

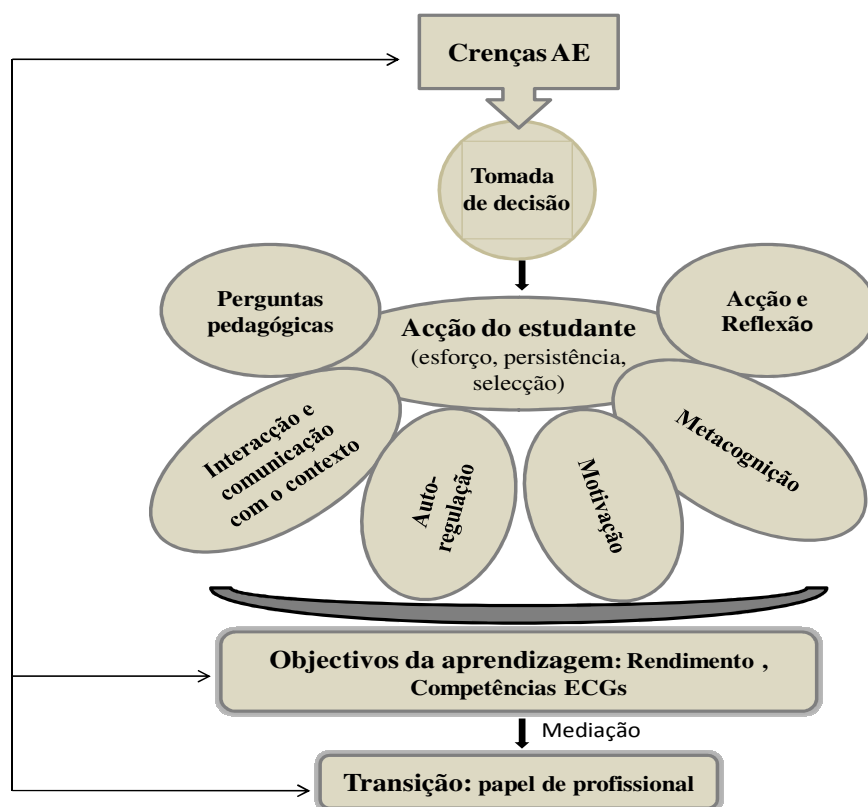


Figura 4 – Modelo explicativo da influência das crenças de AE no processo de aquisição/desenvolvimento de competências profissionais, do estudante do CLE.

SEGUNDA PARTE

**ESTUDO DIFERENCIAL DA AUTO-EFICÁCIA NAS COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO DE CUIDADOS GERAIS E FACTORES RELACIONADOS, EM
ESTUDANTES FINALISTAS DE ENFERMAGEM**

3 – ITINERÁRIO METODOLÓGICO

Na corporalização de um trabalho de pesquisa é indispensável a implementação de todo um processo racional e dinâmico, que nos possibilite compreender o problema em estudo, com sucesso. Sabendo que é imprescindível seleccionar um caminho para se chegar a um determinado fim, foi nossa preocupação seleccionar a metodologia que nos pareceu mais adequada de forma a obtermos respostas face ao problema em causa. Portanto, o investigador ao esboçar o seu caminho, cria um “plano lógico com vista a obter respostas válidas às questões de investigação ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1999, p. 132).

Iniciamos então, este capítulo com a descrição dos procedimentos metodológicos inerentes ao *design* investigativo do nosso estudo, tendo consciência de que os dados analisados numa investigação dependem de quem é observado (amostra), através de que meios foram observados (instrumentos) e de como as observações foram conduzidas (procedimentos), pois “um método é uma estratégia integrada de pesquisa que organiza criticamente as práticas de investigação, incidindo nomeadamente sobre a selecção e articulação das técnicas de recolha e análise da informação” (Silva *et al.*, 2001, p. 129). Assim, reportámo-nos à fundamentação e finalidade, estando os objectivos enunciados em questões de investigação, à definição do tipo de estudo, à população e amostra, ao instrumento de colheita de dados, bem como, às fases em que o mesmo se desenrolou.

3.1 – FUNDAMENTAÇÃO E FINALIDADE

É inquestionável o contributo da investigação para a enfermagem, dado que esta “inclui quer o ensino, quer a profissão, estando ambos sujeitos ao desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem, que é consolidada com a investigação, e com a sua aplicação na prática profissional” (Fortin, 2000, p. 61), por outro lado, o aumento dessa investigação “contribui para o desenvolvimento do conhecimento no campo da saúde, tendo como área empírica de referência a prestação de cuidados de

enfermagem e considerando que suporta igualmente as outras áreas de actuação, designadamente a gestão, a docência, a formação ou a assessoria” (OE, 2007, p. 4).

Em qualquer investigação, enquanto caminhada sistematizada que permite solucionar problemas ligados ao conhecimento de fenómenos reais, tem que se escolher um ponto de partida, que servirá de fio condutor. Dessa forma, começámos por identificar e demarcar o problema, fase que foi complementada pela pesquisa bibliográfica. Seleccionámos um domínio de interesse numa situação que se considerou problemática, e para o precisar, enunciou-se uma interrogação central exposta da seguinte forma: *Qual a percepção de auto-eficácia específica (PAEE), nas competências do enfermeiro de cuidados gerais (ECGs), dos estudantes no final dos quatro anos do Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE)?*

Tornou-se para nós importante, perceber se na realidade os estudantes no término da sua licenciatura crêem serem capazes de exercer a profissão com competência. A PAEE nas competências do ECGs, permite um tipo de consciência das competências que cada sujeito possuiu no (para o) exercício da profissão. Também Dias (2005) se refere à importância da percepção pessoal das competências profissionais, proferindo a necessidade de balanço de competências, dado que “contribui para a tomada de consciência (percepção pessoal) dos saberes adquiridos e da eficácia pessoal” (Graveto, 2005, p. 206) e, uma AE elevada constitui um pré-requisito à produção de competências, pois retro-alimentam-se. Tal, advém do facto da AE se construir ao longo das experiências da pessoa, a partir da representação das suas próprias competências face às mesmas, ou seja, a partir da crença do nível de confiança em si mesmo como resultado da experiência directa das competências postas em prática, chegará ao julgamento, que é a AE.

Pensamos, que é função da escola contribuir para a formação e desenvolvimento de competências em enfermagem, assim como, para uma PAEE elevada. E, após a fusão das três Escolas Públicas de Enfermagem do Porto, o nosso problema emerge nas dificuldades sentidas no que se refere à concepção de um único plano curricular para a ESEP, e nos resultados de vários estudos que revelam que ainda existe uma desarticulação da teoria com a prática de enfermagem (Costa, 1998; Coelho, 2001; Silva, 2006, 2007; Fernandes, 2007; Serra, 2008), o que coloca em questão a formação dos estudantes em enfermagem. E, porque urge repensar o currículo em enfermagem, partindo dos modelos de formação para a competência face às exigências do mercado, e

adaptado aos desafios de Bolonha, julgamos que é necessário analisar o que os estudantes têm a dizer acerca da sua formação.

A percepção (pessoal) das suas competências profissionais é essencial para apreender o “estado de arte” que cada um calcula face ao exercício da enfermagem. Portanto, pela análise dos diferentes desfechos que daí poderão advir, podemos partir para um melhor entendimento dos tecidos formativos e do exercício profissional, podendo até emergir sugestões sobre alterações a introduzir nestes contextos e evoluir-se na qualidade dos cuidados de enfermagem. Por isso, ambicionamos contribuir para a melhoria da formação inicial dos enfermeiros e, naturalmente para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade elevada. Conhecida a finalidade do estudo, e de forma a tornar mais expressiva a intencionalidade inerente ao mesmo, enunciámos as questões de investigação, que passaremos a definir.

3.2 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Parafraseando Quivy & Campenhoudt (1998, p. 38), “para poder ser tratada, uma boa pergunta de partida deve ser realista, isto é, adequada aos recursos pessoais, materiais e técnicos, em cuja necessidade podemos imediatamente pensar”. Ora, partindo das interrogações que foram surgindo ao longo da pesquisa e fundamentação teórica, definimos questões de investigação em função da pergunta central que iluminou este percurso, procurando conceptualmente, algo que norteie o estudo:

- Qual o potencial do instrumento de medida construído, para avaliar a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs?
- Qual a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs?
- Como se correlacionam as dimensões de PAEE nas competências do ECGs, dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP?
- Qual a relação entre a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs e as variáveis de atributo dos sujeitos?
- Qual a relação entre a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs e a opinião sobre a adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem?

- Qual a relação entre a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs e a opinião sobre a intensidade das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem?
- Qual a relação entre a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs e a opinião sobre a motivação para o exercício da profissão enfermagem?
- Quais os motivos que justificam a opinião dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, acerca da adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem?
- Quais os motivos que justificam a opinião dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, sobre a intensidade das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem?
- Quais os motivos que justificam a opinião dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, acerca da motivação para o exercício da profissão enfermagem?
- Qual a opinião acerca dos aspectos que tiveram mais ou menos influência positiva para o desenvolvimento de competências durante o curso, dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP?
- Existem competências não desenvolvidas na opinião dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP?
- Quais os motivos que justificam a opinião dos estudantes finalistas do CLE da ESEP, sobre o não desenvolvimento de competências?

3.3 – TIPO DE ESTUDO

Optámos por um estudo com cariz exploratório, dada a escassez de trabalhos realizados sobre a PAEE nas competências em enfermagem. É ainda descritivo e correlacional, consistindo na descrição de um fenómeno ou de conceitos, de forma a identificar as características de uma determinada população permitindo ainda, verificar se existe correlação entre os mesmos (Fortin, 2000). Apenas, pretendemos fornecer pistas que possam ajudar a ponderar futuras decisões sobre a formação dos enfermeiros, sem constituir uma abordagem explicativa da realidade situacional e institucional.

Para dar resposta às questões de investigação usamos como método de pesquisa uma abordagem de natureza quantitativa porque constitui “um processo dedutivo pelo

qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objectivos no que concerne às variáveis em estudo (...) os instrumentos metodológicos e a análise estatística visam tornar os dados válidos (...)” (Fortin, 1999, p. 322).

3. 4 – O INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS E PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Visando a amplificação do conhecimento sobre os diversos aspectos do fenómeno em estudo (PAEE nas competências do ECGs), a partir de uma matriz exploratória/descritiva, seleccionámos como instrumento de colheita de dados, o questionário, uma vez que, a este, é conferido o estatuto máximo de excelência e autoridade científica, pela sua capacidade de objectivar informação (Ferreira, 1999).

3.4.1 – Validação do conteúdo do questionário

A construção do esboço do questionário assentou em dois pilares: o conteúdo validado pelo painel de peritos da OE (2003) em que o perfil de competências do ECGs foi definido em consonância com o perfil de competências proposto, para os mesmos enfermeiros, pelo ICN e, os pressupostos sobre a AE de Albert Bandura, em que a PAEE, consiste na representação mental que a pessoa tem da sua capacidade de ter êxito e da eficácia das suas intervenções, em situações específicas (Bandura, 1986), considerando que é preciso acreditar no êxito para o ter. Relembrando, a OE (2003) definiu esse perfil através de um amplo debate entre os profissionais de enfermagem e de um estudo de âmbito nacional, em que se recorreu à Técnica Delphi, partindo do perfil do ICN, o que torna mais fácil a comparação da enfermagem na Europa, e confere validade ao constructo. As competências foram organizadas por domínios, que por sua vez se dividem em subdomínios, conforme já descrito anteriormente.

A utilização do questionário, teve como finalidade avaliar a PAEE sobre as competências do ECGs, por parte dos estudantes finalistas do CLE da ESEP e, aspectos relacionados. Ou seja, avaliar as percepções sobre aquilo que acreditam ser o seu nível de competência para desempenharem de forma bem sucedida, uma série de comportamentos específicos a determinadas tarefas, no domínio dos cuidados de enfermagem.

3.4.2 – Pré-teste

Elaborado o esboço, o questionário foi submetido a um pré-teste, no qual participaram 35 estudantes finalistas do Curso de Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, que decorreu no período de 30 de Junho a 4 de Julho de 2008, com o intuito do seu aperfeiçoamento. Estes estudantes foram aqueles que responderam à solicitação durante o período mencionado, e que estavam a terminar o 4º ano do CLE, de forma a respeitar o princípio de possuírem requisitos idênticos à nossa população. O estudo piloto, só se realizou após o consentimento por parte da direcção da referida escola.

Ponderou-se a facilidade de aplicação, o tempo requerido para a mesma, a compreensão, clareza e pertinência das questões e, as sugestões relativamente ao instrumento.

3.4.3 – Versão final

Genericamente, a apreciação dos participantes do pré-teste foi favorável, tendo sido apenas efectuados pequenos ajustes semânticos na construção dos enunciados. No que concerne, à escala de tipo *likert* utilizada, foi sugerido a sua alteração passando a conter mais possibilidades de resposta, dado que inicialmente ela era composta apenas por 4 possibilidades: 1 - muito pouco competente; 2 - pouco competente; 3 - competente e 4 - muito competente. A versão final da escala passou a conter 9 níveis de resposta, no intuito de conduzir a uma posição mais reflectida dos inquiridos.

Denominámos o nosso instrumento de recolha de dados de “*Questionário de Avaliação da Percepção de Auto-eficácia Específica nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*”: *QAPAEEC – ECGs* (Anexo 1).

A ordem de colocação das questões assentou numa base lógica e no intuito de estimular a colaboração e franqueza dos participantes (Polit & Hungler, 1995), pelo que, o instrumento de colheita de dados é composto por um primeiro bloco que abrange a Parte I, da qual constam questões que pretendem caracterizar sócio-demográficamente os estudantes e, 3 questões fechadas com 4 opções de resposta, relacionadas com o CLE e o exercício da profissão enfermagem, seguidas respectivamente de questões abertas com o intuito de recolher informação que justifica as respostas às questões fechadas.

No segundo bloco, que contém as Partes II, III e IV, o questionário tem a forma de escala tipo *likert*, em que a sua organização foi realizada segundo os grandes domínios das Competências do ECGs, onde os 96 itens descrevem as competências que um profissional deve possuir para o exercício da profissão e, encontram-se ordenados da mesma forma com que foram validados pelo painel de especialistas. Cada item pode ser respondido em 9 classes de respostas ordenadas de 1 a 9, em que 1 corresponde a “Totalmente Incompetente”, 5 a “Competente” e 9 a “Totalmente Competente” conforme o exemplo, que se reporta ao cabeçalho da Parte II:

“Tendo em conta que as competências estão em permanente desenvolvimento, solicito que faça um esforço de reflexão sobre a percepção daquilo que acredita ser o seu grau de competência neste momento. Para tal, atribua um *score*, sendo que **9** corresponde a “**Totalmente Competente**”, **5** corresponde a “**Competente**” e **1** a “**Totalmente Incompetente**”. Responda assinalando com uma cruz (X) na quadrícula que melhor expressa a sua percepção, relativamente a:

	Totalmente Competente		Competente		Totalmente Incompetente
	9		5		1
Item Aceitar a responsabilidade e responder pelas suas 1 acções e pelos juízos profissionais que elabora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Figura 5 – Escala de tipo *likert* de avaliação da PAEE nas competências do ECGs

O último bloco é constituído pela V Parte, sendo esta formada somente por questões abertas relacionadas com o desenvolvimento de competências (4 questões), que pretendem complementar e aprofundar as razões subjacentes às respostas anteriores.

3.4.3.1 – Planeamento e Colheita de Dados

O estudo teve apreciação favorável da Direcção da ESEP (Anexo 2) e a sua anuência para a recolha de informação. A administração do questionário esteve a cargo da investigadora e foi realizada em ambiente de sala de aula, nos dias 9 e 10 de Julho de 2008 (dias muito próximos do final do curso). Os estudantes foram esclarecidos dos objectivos e finalidades do estudo, e do direito a recusarem participar, sendo que, estas e outras informações adicionais constavam na introdução do questionário. O tempo de preenchimento foi, em média, 25 minutos variando de acordo com as características de cada inquirido.

3.4.3.2 – Tratamento de dados

Nesta etapa do estudo, descrevem-se as operações efectuadas para avaliar a validade e confiabilidade do instrumento e os testes estatísticos usados. No tratamento da informação gerada pelos estudantes nas questões abertas do questionário (3.1; 4.1; 5.1; 7; 8; 9 e 9.1.), foi utilizada a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1995) através do agrupamento das respostas em categorias lógicas, de acordo com o seu significado e pertinência.

Análise estatística

A informação foi armazenada e posteriormente processada e recodificada. Para o processamento estatístico de dados, referentes à Parte II, III e IV utilizou-se o programa SPSS (*Statistical Package for Social Science*) versão 17.0 e estatística paramétrica e não paramétrica (Pestana & Gageiro, 2008; Maroco, 2007).

Os métodos paramétricos exigem que a distribuição amostral seja do tipo normal, o que é extremamente importante no processo de inferência estatística. Através da aplicação do teorema do limite central, pode-se assumir, no nosso caso, que a distribuição da média amostral é satisfatoriamente aproximada à normal, pois a nossa amostra (199 estudantes) é superior a 30. Este teorema diz-nos que “à medida que a dimensão das amostras aumenta, a distribuição da média amostral tende para a distribuição normal (independentemente do tipo de distribuição da variável em estudo)” (Maroco, 2007, p. 58), para além de que a média se aproxima muito da mediana. Assim, “a normalidade pode ser ignorada” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 101), não sendo necessário proceder ao teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnov (KS). Além de que, “a maior parte dos testes paramétricos não são muito influenciados por pequenos desvios da normalidade” (Hill & Hill, 2002, p. 269). Quando obtivemos amostras inferiores ou iguais a 30 estudantes usou-se a estatística não paramétrica. Assim sendo, no sentido de averiguar as diferenças pessoais de PAEE sobre as competências profissionais do estudante finalista de enfermagem, em função do sexo dos inquiridos, da opinião acerca da adequação do curso ao exercício da profissão, da opinião acerca das crenças de eficácia pessoal e da motivação para o exercício profissional da enfermagem, recorreu-se ao teste não paramétrico Mann-Whitney (variáveis que não seguem uma distribuição normal).

Para o estudo das qualidades psicométricas do instrumento de avaliação da PAEE nas competências do ECGs, utilizou-se na validação do constructo, a análise factorial (AF), tendo a fidelidade sido determinada, e portanto testada a consistência interna dos factores/dimensões, através do coeficiente alfa de Cronbach. Para se proceder à AF, “o tamanho mínimo da amostra nunca deve ser inferior a 50” (Hill & Hill, 2002, p. 58), pressuposto este, que foi tido em consideração, e igualmente, foi considerado o tamanho mínimo da amostra para as outras técnicas estatísticas. Para os resultados foi considerada uma probabilidade de erro máximo de 5% ($p < 0,05$), sendo este, o valor usado como a probabilidade de decidir se algo é representativo da população ou não (Maroco, 2007). No cálculo dos factores utilizámos o valor médio, sendo o *score* global da PAEE determinado pela média de todos os factores.

Finalmente, efectuamos o estudo correlacional com o intuito de determinar se existia ou não correlação entre todos os factores de PAEE, e destes com o *score* global de PAEE nas competências do ECGs, qual a força e sentido dessas relações, bem como, qual o factor que tinha correlação mais elevada com a PAEE global. Partindo de Pestana & Gageiro (2008), assumimos que um *r* de Pearson menor que 0,20 indica uma associação linear muito baixa; entre 0,20 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por fim entre 0,9 e 1 um associação muito alta. Também foi avaliado o valor preditivo das variáveis: nota final de curso e idade, relativamente à PAEE nas competências de cada factor e face ao *score* global de PAEE, através do método de regressão linear, pelo método Stepwise.

Por fim, com estas operações e a partir dos resultados aspiramos: saber se a escala usada na Parte II, III e IV do questionário mede o que pretende medir, saber se existem correlações entre os constructos em estudo; poder efectuar predições, conhecer a distribuição dos valores de correlação por ordem de força, conhecer as relações existentes entre as diferentes variáveis em análise. A informação obtida será representada em gráficos, tabelas e quadros, permitindo uma ideia clara da mesma.

Análise de conteúdo

Das respostas às questões abertas do nosso instrumento de recolha de dados, emergiram informações que foram tratadas recorrendo à técnica de análise de conteúdo. Esta consiste num “conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos de descrição do conteúdo das mensagens” (Bardin, 1995, p.

38) permitindo trabalhar as informações, relatos ou testemunhos de particular complexidade e profundidade de dados, com rigor metodológico e capacidade interpretativa (Quivy & Campenhoudt, 1998).

O nosso estudo direccionou-se no sentido da análise de ocorrências de dimensões que envolvem o exercício da profissão enfermagem e a sua relação com: - as opiniões dos intervenientes acerca da adequação do CLE; - as crenças de eficácia pessoal e; - a sua motivação. E ainda, a análise de ocorrências das dimensões: - factores que mais e que menos influenciaram positivamente o desenvolvimento de competências; - a existência de competências não desenvolvidas e os motivos associados.

Definido o *corpus* de análise, iniciámos o tratamento destes dados efectuando leituras flutuantes em planos horizontal e vertical, tendo por base as áreas temáticas já enunciadas, e mantivemo-nos num vaivém constante entre os dados brutos e a sua organização no intuito de potenciar a sua explicação, e fomos codificando-os e categorizando-os. Para Bardin (1995, p. 117), categorias “(...) são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efectuado em razão dos caracteres comuns desses elementos (...)”.

Na identificação das categorias, que emergiram à *posteriori*, sendo as áreas temáticas estabelecidas à *priori* pelas questões do questionário, recorremos ao nosso quadro de referencial teórico e fomos prosseguindo a nossa interacção com os dados, desconstruindo o discurso de cada sujeito em unidades de sentido, o que por comparação semântica permitiu especificar cada vez mais o nosso processo de categorização formulando subcategorias e suas sub-subcategorias (representam as especificações necessárias no discurso). E, porque pretendíamos analisar a ocorrência de determinadas dimensões e respectivas características, determinamos a frequência absoluta de unidades de enumeração (UE), isto é, o número de vezes que os participantes fazem alusão a cada unidade de registo/contexto. Os procedimentos utilizados na categorização decorreram ao longo do tempo, à luz do discurso de cada sujeito, sofrendo a grelha categorial alterações e transformações, com o objectivo de se revestir de qualidade científica.

O quadro 4 (que se segue) representa a nossa concepção sobre as áreas temáticas e respectivas categorias, o que implica a definição prévia sobre os termos utilizados na identificação das mesmas, de forma a facilitar a análise dos dados. Na abordagem de

cada área temática será apresentada uma tabela que contém as categorias, subcategorias e por vezes, sub-subcategorias, que emergiram da análise efectuada.

Quadro 4 – Definição de Termos das Áreas temáticas

ÁREA TEMÁTICA – ADEQUAÇÃO DO CLE AO EXERCÍCIO DA PROFISSÃO ENFERMAGEM – refere-se à opinião dos estudantes finalistas sobre a adequação do CLE ao exercício da profissão	
Categorias	Mais adequado - reporta-se aos pareceres dos estudantes finalistas “muito adequado” e “adequado” na escala de tipo <i>likert</i> do instrumento de colheita de dados
	Menos adequado - reporta-se aos pareceres dos estudantes finalistas “pouco adequado” e “muito pouco adequado” na escala de tipo <i>likert</i> do instrumento de colheita de dados
ÁREA TEMÁTICA – INTENSIDADE DAS CRENÇAS DE EFICÁCIA PESSOAL PARA O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO ENFERMAGEM – refere-se à crença sobre a própria capacidade para realizar tarefas específicas da prática profissional do enfermeiro de cuidados gerais a um determinado nível	
Categorias	Mais elevadas - emerge das avaliações dos estudantes finalistas como “muito elevadas” e “elevadas” na escala de tipo <i>likert</i> do instrumento de colheita de dados
	Menos elevadas - resulta das avaliações dos estudantes finalistas como “pouco elevadas” e “muito pouco elevadas” na escala de tipo <i>likert</i> do instrumento de colheita de dados
ÁREA TEMÁTICA – MOTIVAÇÃO PARA O EXERCÍCIO DA PROFISSÃO ENFERMAGEM – refere-se às apreciações dos estudantes finalistas acerca do seu grau de motivação para o exercício da enfermagem	
Categorias	Mais motivação - resulta das apreciações dos estudantes finalistas: “muito motivado” e “motivado” na escala de tipo <i>likert</i> do instrumento de colheita de dados
	Menos motivação - resulta das apreciações dos estudantes finalistas: “pouco motivado” e “muito pouco motivado” na escala de tipo <i>likert</i> do instrumento de colheita de dados
ÁREA TEMÁTICA – FACTORES DE INFLUÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DURANTE O CLE – refere-se aos aspectos que mais e menos influenciaram positivamente o desenvolvimento de competências dos estudantes durante o CLE	
Categorias	Mais influência positiva - emerge das opiniões dos estudantes finalistas acerca dos aspectos que mais intervenção positiva tiveram no processo de desenvolvimento de competências
	Menos influência positiva - resulta das opiniões dos estudantes finalistas acerca dos aspectos que menos intervenção positiva tiveram no processo de desenvolvimento de competências
ÁREA TEMÁTICA – EXISTÊNCIA DE COMPETÊNCIAS NÃO DESENVOLVIDAS DURANTE O CLE – representa as opiniões dos estudantes finalistas que consideram que existem competências não desenvolvidas durante o curso e que gostariam de ter desenvolvido	
Categoria	Competências não desenvolvidas - resulta das enumerações dos estudantes finalistas que consideram que existem competências que não desenvolveram durante o CLE e que gostariam de ter desenvolvido

3. 5 – POPULAÇÃO E AMOSTRA

O processo de recolha da amostra populacional foi de carácter estrutural - com selecção de forma não probabilística, por conveniência, que favorece o uso de pessoas mais facilmente disponíveis como sujeitos do estudo (Hill & Hill, 2002). Ou seja, incidiu sobre todos os estudantes que frequentavam o 4º ano do CLE da ESEP, no ano lectivo 2007/2008 (248 estudantes, no total) dado possuírem características comuns que satisfaziam as necessidades relativas às questões enunciadas, e, porque brevemente, iriam iniciar a sua vida profissional como enfermeiros.

A amostra ficou confinada a 199 estudantes que colaboraram com as suas respostas, tendo por base que este número assegurava o tamanho mínimo para se proceder à AF (Hill & Hill, 2002), o que corresponde a uma amostragem de 80,24% da população, demonstrando um bom nível de representatividade em relação à mesma. Relativamente à sua caracterização, possuem idades entre os 21 e os 34 anos, sendo a idade média de 22 anos, e o desvio padrão de 1,6 anos (Tabela 1). Em termos de distribuição, verifica-se uma assimetria com enviesamento à esquerda, representando um predomínio das idades mais baixas e, concomitantemente, a distribuição da idade é leptocúrtica, ou seja, menos achatada que o normal.

Tabela 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a idade

Idade	N	%
22 anos	110	55,3
21 anos	59	29,6
23 anos	20	10,1
24 anos	3	1,5
25 anos	2	1
27 anos	1	0,5
30 anos	2	1
31 anos	1	0,5
34 anos	1	0,5
Total	199	100

Média = 22 anos Moda = 22 anos Desvio Padrão = 1,6 anos Skewness/Std. Error of Skewness = 27,28
Kurtosis/Std. Error of Kurtosis = 80,15

Maioritariamente, os estudantes de enfermagem estão a concluir o CLE com a idade prevista, atendendo a que o curso é de 4 anos e o início do ensino superior ocorre geralmente aos 18 anos, após a conclusão com aproveitamento do ensino secundário (Lei nº 49/2005), o que implica 12 anos de escolaridade. Tal, parece traduzir um percurso académico positivo dos estudantes, até então.

No que concerne à representação da amostra em função do sexo, há um predomínio de raparigas (N=168; 84%), face ao número de rapazes (N=31; 16%). “Estes resultados parecem estar de acordo com o padrão habitual da profissão de enfermagem, onde se regista, por razões sociológicas, uma maior procura por parte das mulheres” (Dias, 2005, p. 280), o que se coaduna com a realidade portuguesa, conforme os dados estatísticos da OE (2009a).

No que se refere à Nota final de curso, observa-se a seguinte distribuição:

Tabela 2 – Distribuição dos inquiridos segundo a Nota final de curso

Nota	N	%
13 valores	12	10
14 valores	41	34,5
15 valores	40	33,7
16 valores	25	21
17 valores	1	0,8
Total	119	100

Média = 15 valores Moda = 14 valores Desvio Padrão = 0,947 valores

Em média, os estudantes têm 15 valores como Nota final de curso, com um desvio padrão de 0,95 valores.

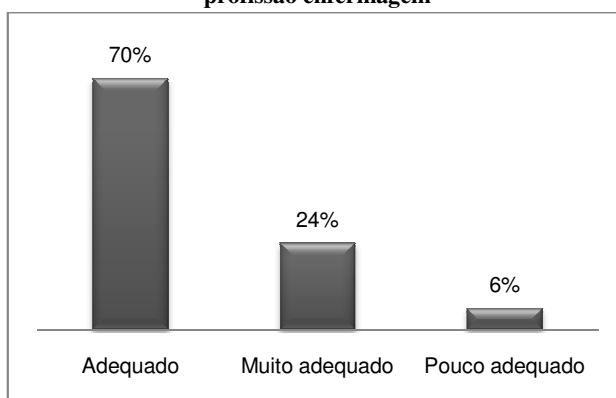
4 – ANÁLISE DOS RESULTADOS

Dividimos este capítulo em duas partes, a primeira representa a análise da informação obtida nas questões abertas do questionário, pela ordem com que foram colocadas, introduzindo aspectos da discussão das mesmas e, a segunda parte centra-se na análise quantitativa dos resultados relativos à PAEE sobre as competências do ECGs.

4.1 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS QUESTÕES ABERTAS

Optámos por apresentar inicialmente a representação gráfica dos resultados que emergem das questões fechadas da Parte I do questionário e posteriormente a análise das questões abertas, justificando a denominação atribuída às categorias e respectivas subcategorias. E, por uma questão de organização da dissertação, iremos introduzir alguns aspectos relacionados com a discussão dos resultados, de forma a tornar mais perceptível o discurso, apesar de posteriormente, termos um capítulo destinado à discussão. Assim, relativamente à opinião dos estudantes acerca da adequação do CLE ao exercício da enfermagem:

Gráfico 1 – Distribuição segundo a opinião dos estudantes sobre a Adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem



Analisando o gráfico anterior, verificámos que maioritariamente, 139 estudantes (70%) consideram o curso “adequado” ao exercício da profissão, 48 (24%) consideram-

no “muito adequado”, sendo que 12 (6%), consideram-no “pouco adequado”. Não houve registos para o “muito pouco adequado”.

Relativamente à análise de conteúdo das razões indicadas como justificativas da opinião descrita no gráfico 1, verificou-se que na categoria: “CLE mais adequado ao exercício da profissão enfermagem”, essas razões distribuíram-se conforme o descrito na tabela seguinte:

Tabela 3 – Área Temática: Adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem; Categoria: Mais adequado

Categoria	Subcategoria	Unidades de Contexto	UE	Freq.
CLE Mais adequado ao exercício da profissão enfermagem (Total UE = 124)	Boa articulação da formação teórica com a prática profissional	Ex: “O curso apresenta componente teórica suficiente que permite mobilizar esses conhecimentos para a prática de enfermagem” (S3); “... disciplinas leccionadas na teórica transmitindo os conhecimentos necessários para a prática da profissão” (S13); “A componente teórica adequa-se à prática clínica, ...” (S171)	53	42,8%
	Responde aos mandatos sociais e da matriz profissional e conceptual da enfermagem	Ex: “Corresponde às exigências da sociedade” (S 6); “Relativamente ao que neste momento a sociedade exige da profissão enfermagem, não há dúvidas que levamos as bases teóricas e práticas para exercer” (S8); “Permite o desenvolvimento das competências necessárias ao exercício da enfermagem” (S148); “...permite a aquisição de competências indicadas para um enfermeiro generalista” (S177)	33	26,6%
	Correcta estruturação curricular em dois biénios	Ex: “Concordo com dois anos teóricos que irão sustentar e fundamentar a minha acção nos seguintes a anos de estágio” (S5); “O facto de estar dividido em dois anos teóricos e posteriormente em dois anos de estágio” (S17); “Concordo com a estruturação em dois anos mais voltados a aspectos teóricos e os restantes em aspectos práticos” (S129)	21	16,9%
	Promove os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem	Ex: “Porque o curso prima pelo rigor, qualidade e excelência nos cuidados prestados nas diferentes áreas de enfermagem...” (S1); “...favorece o pensamento crítico-reflexivo do aluno...” (S3); “Rigor, humanismo, ...” (S91); “Nos encaminha e direcciona para ser enfermeiro de excelência” (S138); “O curso procura a excelência do cuidar em enfermagem” (S176)	17	13,7%

Verificámos que as subcategorias que emergiram, na sua globalidade, descrevem as significações decorrentes do discurso dos estudantes no âmbito do currículo, sendo este, a definição formal, de natureza curricular, das indicações do trajecto inerentes ao plano de estudos programado, a partir dos seus fins e finalidades (Pacheco, 1996), e maioritariamente, os estudantes são da opinião que o curso permite uma boa articulação de formação teórica com a prática profissional (42,8%; UE=53), ou seja, a articulação dos modelos expostos com os modelos em uso, o que nos leva a supor que os mesmos consideram que a organização curricular do CLE da ESEP, não contribui para uma dicotomia entre a prática e a teoria.

Por outro lado, é ainda missão da ESEP (art. 3.º do Despacho Normativo n.º 8/2006) “(...) uma sólida formação para dar resposta às necessidades dos cidadãos em

cuidados de enfermagem e ao mercado de trabalho em evolução”, respondendo aos mandatos da enfermagem, o que é concretizado por 26,6% (UE=33) das respostas.

A correcta estruturação do CLE em dois biénios, primeiro de formação teórica e depois de formação prática, é a subcategoria centrada nas justificações de 16,9% (UE=21) das respostas dadas pelos estudantes, emergindo de seguida, que o CLE promove os padrões de qualidade (UE=17), indo de encontro aos enunciados descritivos de qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, tal como, o descrito no enquadramento conceptual da OE (2002), e à opinião de Carvalho (2004) quando afirma que a qualidade do ensino “é uma obrigação das escolas superiores de enfermagem, de forma a aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem” (p. 29).

Constata-se, uma vertente oposta à ideia central que emergiu dos discursos dos estudantes de enfermagem num estudo realizado por Coelho (2001, p. 263), “a de que existe um enorme desfasamento entre o que é ensinado na escola e o que é efectivamente feito na prática”, ideia esta, muito veiculada por outros autores, como vimos no enquadramento teórico.

Relativamente à análise das opiniões que justificam a categoria “CLE menos adequado ao exercício da profissão”, advém:

Tabela 4 – Área Temática: Adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem; Categoria: Menos adequado

Categoria	Subcategoria	Unidades de Contexto	UE	Freq.
CLE Menos adequado ao exercício da profissão enfermagem (Total UE = 16)	Má articulação da formação teórica com a prática profissional	Ex: “... as unidades curriculares não focam os aspectos mais pertinentes com que nos deparamos na prática” (S107); “A abordagem teórica é pouca nalgumas áreas” (S112); “A teoria não corresponde à prática, e o curso não nos prepara para o contacto duro com a realidade, e para as dificuldades pelas quais os enfermeiros passam no exercício da profissão” (S183)	7	43,7%
	Incorrecta estruturação curricular em dois biénios	Ex: “Não concordo com a forma como o curso está estruturado (dois anos teoria e só depois prática). Acho que os estágios deveriam começar antes do 3º ano, porque mais cedo estaríamos em contacto com a realidade o que iria facilitar o desenvolvimento das competências, ...” (S178)	6	37,5%
	Discrepância na orientação pedagógica	Ex: “... não haver um modelo de enfermagem estabelecido por todo o corpo docente” (S88); “... Não existir um modelo de enfermagem estabelecido por todos os professores” (S189)	2	12,5%
	Desadequação da UC de ensino clínico e estágio	Ex: “... por vezes a orientação não foi a mais adequada e alguns ensinamentos clínicos foram curtos” (S112)	1	6,3%

Verifica-se que a subcategoria má articulação da formação teórica com a prática profissional, emerge com maior percentagem (43,7%; UE=7), indo de encontro à ideia

exposta por Silva (2006), sobre a existência de um modelo em uso nos contextos da acção e modelos expostos na formação em enfermagem. Este desfasamento, é ainda declarado por Basto (1998) e, Costa (1998) ao referir: “em teoria, cada doente é um indivíduo (...) a pessoa (e não a doença) constitui o foco da Enfermagem. (...) Na prática diária, porém é diferente, (...), o foco da enfermagem é o mal-estar e a doença física; os cuidados desenvolvem-se nas enfermarias, de acordo com rotinas mais ou menos estabelecidas, ...” (p. 26). Contudo, concordamos com Moll (1990) ao afirmar que “é difícil falar em prática sem teoria, mas a teoria sem a prática perde parte do seu significado” (citado por Abreu, 2007, p. 121).

A justificação mais apontada de seguida, refere-se a uma incorrecta estruturação curricular em dois biénios (UE=6), tendo em consideração que as unidades curriculares de ensino clínico e estágio apenas se iniciam no 3º ano do curso. Esta opinião, de que o ensino clínico deveria iniciar-se antes desse ano, é partilhada por alguns autores que consideram que desde cedo no curso de enfermagem, se deve iniciar o contacto com a prática profissional. Jenks (1993) é um deles, pois “aceita que o aluno só adquire a capacidade de aprender a partir das experiências clínicas após um longo contacto com esta realidade; por tal motivo, defende que desde cedo se comecem a proporcionar experiências clínicas, de forma gradativa, com o intuito de otimizar a aprendizagem” (citado por Abreu, 2007, p. 76).

Segue-se a subcategoria discrepância na orientação pedagógica (12,5%; UE=2). Segundo Rauen (1974) “orientar é um processo que pretende acompanhar os estudantes, esclarecendo-os e encaminhando-os na apropriação de saberes teórico/práticos, constituindo-se como um forte contributo para que os estudantes adquiram comportamentos que vão preparar para, no futuro, serem profissionais competentes” (citado por Carvalho, 2003, p. 33). E, as unidades de contexto referem-se à ausência de um modelo comum, na orientação pedagógica, o que de certa forma é compreensível, uma vez que, cada professor é um ser único e tem a sua forma particular de exercer a sua profissão, e por conseguinte, de exercer essa orientação.

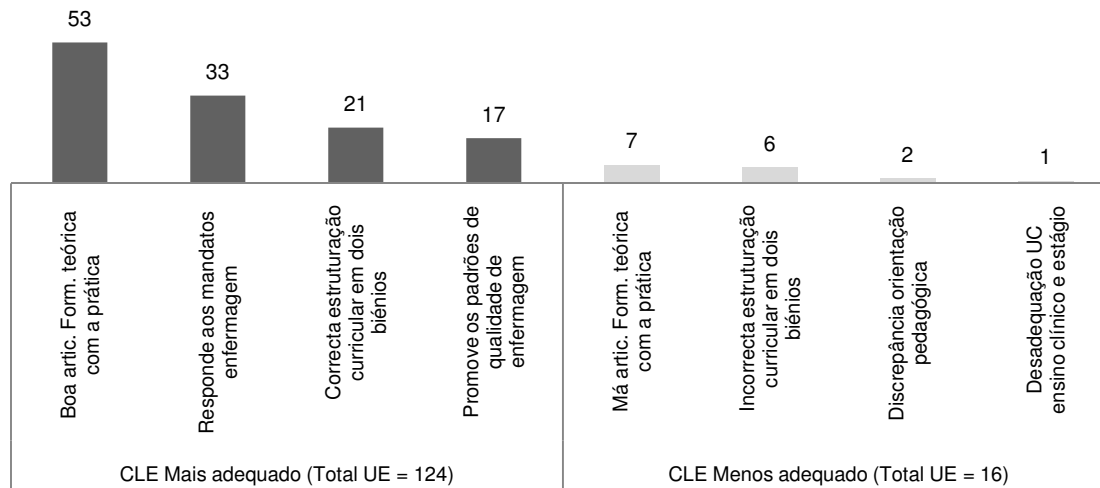
A subcategoria menos representada refere-se à UC de ensino clínico e estágio (UE=1), entendendo, «unidade curricular», como “a unidade de ensino com objectivos de formação próprios que é objecto de inscrição administrativa e de avaliação traduzida numa classificação final” (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março). Usámos para a denominação, a nomenclatura adoptada no plano de estudos do CLE da ESEP, em que relativamente aos estágios é considerada a carga horária no sentido de dar resposta à

Directiva Europeia 2005/36/CE. Esta directiva, que dirige a formação de enfermeiro responsável por cuidados gerais, no n.º 3 do art. 31.º, distingue a formação teórica da formação prática, que se refere ao ensino clínico e estágio, no qual “o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto directo com um indivíduo (...) e/ou uma colectividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas. (...) aprende não só a trabalhar em equipa, mas também a dirigir uma equipa e a organizar os cuidados de enfermagem globais, (...). Este ensino será ministrado em hospitais e outras instituições de saúde e na colectividade, sob a responsabilidade de enfermeiros docentes e com a cooperação e a assistência de outros enfermeiros qualificados (...)”.

Verificou-se assim, que as questões da formação de âmbito prático, representam apenas 6,3% das opiniões dos 12 estudantes, que consideraram o CLE como sendo “menos adequado” para o exercício da profissão.

Em síntese relativamente à “Adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem, obtivemos o seguinte:

Gráfico 2 – Representação dos motivos associados à opinião dos estudantes acerca da adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem

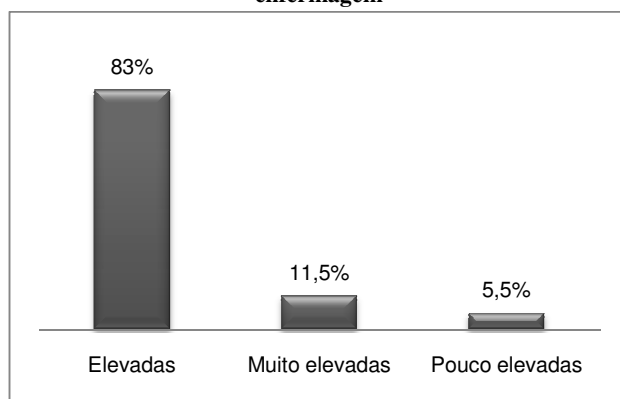


Os motivos através dos quais os estudantes justificam a sua opinião acerca da adequação do CLE ao exercício da profissão, prendem-se com questões curriculares, em que, 187 estudantes consideram o CLE como sendo “mais adequado”, essencialmente porque permite uma boa articulação da formação teórica com a prática (UE=53; 42,8%). Porém, dos 12 estudantes que o consideram como sendo “menos adequado”, a razão mais apontada foi justamente, uma má articulação da formação teórica com a prática (UE=7; 43,7%), denotando a subjectividade inerente à interpretação das experiências

por que cada estudante passa ao longo do seu curso. É sugestivo que na opinião dos estudantes, o Currículo da ESEP não contribui para um desfasamento entre os modelos expostos e os modelos em uso.

No que se refere às crenças de eficácia pessoal, obtivemos os seguintes resultados:

Gráfico 3 – Distribuição dos estudantes segundo as suas Crenças de eficácia pessoal para exercício da profissão enfermagem



Verifica-se que somente 5,5% (11) dos estudantes têm crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão, “pouco elevadas”, sendo que os restantes dividem-se entre o “muito elevadas” (11,5%) e “elevadas”, com predomínio desta opinião, com 83% (165 estudantes).

Através da análise das justificações atribuídas pelos estudantes para a opinião aqui representada, construímos a seguinte tabela:

Tabela 5 – Área Temática: Intensidade das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem; Categoria: Mais elevadas

Categoria	Subcategoria	Sub - Subcategoria	Unidades de Contexto	UE	Freq.
Crenças de eficácia pessoal mais elevadas para o exercício da profissão enfermagem (Total UE = 148)	Variáveis do contexto Educativo (Total UE = 100; 67,5%)	Conhecimentos adquiridos no CLE	Ex: “Adquiri competências de enfermeiro de cuidados gerais” (S17); “Considero ter um nível de conhecimentos adequado que me permite a prestação de cuidados de qualidade” (S26); “Pois penso que adquiri no curso competências necessárias...” (S44); “Porque acredito no que aprendi, ...” (S94); “A preparação teórica e prática facultada ao longo destes anos, capacitaram-me para o exercício da enfermagem” (S116); “Porque confio nas competências que desenvolvi” (S184)	80	54%
		Avaliação elevada no percurso formativo no CLE	Ex: “Por ter realizado um excelente curso até ao momento...” (S1); “Devido ao bom aproveitamento em estágios” (S40)	20	13,5%

	Variáveis intrínsecas ao estudante (Total UE = 48; 32,5%)	Competências pessoais ou genéricas	Ex: “ Responsabilidade, aprofundamento regular de conhecimentos, preocupação com os princípios éticos e deontológicos...” (S13); “Acredito que tenho capacidades para ser enfermeira” (S99); “Porque acredito naquilo que sou capaz de fazer” (163)	48	32,5%
--	---	---	---	----	-------

Considerámos que emergem duas grandes subcategorias, uma direccionada para as variáveis extrínsecas ao estudante, que denominámos por «Variáveis do contexto educativo» (67,5%), e outra que denominámos por «Variáveis intrínsecas ao estudante» (32,5%), ou seja pessoais, com um valor global de 148 UE, nesta categoria.

A primeira representa variáveis relacionadas com o contexto educativo, referindo-se às características de organização ou do processo, analisando-se os meios e os recursos. E, detendo-nos sobre o que considerámos contexto educativo: contexto refere-se a, usando as palavras de Alvermann *et al.* (1988), “todos os factores que afectam os acontecimentos da aula. (...) é um desenho que inclui a figura e o fundo do acontecimento” (citado por Font, 2007, p. 101). Além disso, o contexto educativo inclui “a interacção de pessoas que intervêm na situação de ensino e aprendizagem na aula e o significado da tarefa que realizam em conjunto” (Font, 2007, p. 102), subentendendo que consideramos por aula, as UC de âmbito teórico e de âmbito prático. A segunda agrupa todos “os aspectos relacionados com a percepção que cada um tem de si mesmo no papel de aprendiz” (Font, 2007, p. 106).

Relativamente à subcategoria «Variáveis do contexto educativo», verificámos que é maioritariamente na sub-subcategoria Conhecimentos adquiridos no CLE, que os estudantes se posicionam (54%; UE=80). Apesar de várias enumerações fazerem referência a competências adquiridas na formação, denominamos esta sub-subcategoria de conhecimentos adquiridos, por partilharmos dos enunciados de Le Boterf (2003), que distingue a noção de competência da de conhecimentos adquiridos através da formação. Estes últimos, referem-se aos conhecimentos e capacidades que os formandos passam a deter depois de estar completa a sua formação profissional, daí a denominação efectuada. E ainda, por consideramos que as competências existem, quando os indivíduos que receberam formação aplicam eficazmente e com conhecimento aquilo que aprenderam, numa situação de trabalho concreta. Segundo o autor citado, possuir as capacidades e conhecimentos não significa necessariamente ser-se competente, pois, por vezes as pessoas possuem os conhecimentos e dominam as técnicas, mas não as sabem utilizar devidamente em determinado contexto laboral, daí que, salienta a importância

de um saber mobilizar, de um saber integrar e de um saber transferir, já que, a competência não se circunscreve unicamente “a um saber” nem “a um saber-fazer”.

Observa-se ainda, que 13,5% (UE=20) das opiniões incluem-se na sub-subcategoria avaliação elevada no percurso formativo no CLE. A designação da mesma emerge da relação entre o conteúdo semântico e o acto de verificar a progressão do estudante no processo ensino-aprendizagem durante o curso, sendo que, avaliação refere-se ao acto de avaliar, que significa “apreciar algo ou alguém, de expressar sobre ele juízos de valor” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 433).

A sub-subcategoria Competências pessoais ou genéricas, representa 32,5% (UE=48) das «variáveis intrínsecas ao estudante», e foi assim denominada porque usamos a mesma nomenclatura que Graveto (2005) e Dias (2005) adoptaram nos seus estudos acerca das competências em enfermagem. Por outro lado, autores como Bellier (2001) tratam-nas como capacidades transversais porque assentam nos saberes adquiridos ao longo da vida, atribuindo-lhes um lugar de destaque na tipologia de competências, por se comportarem como detonadoras, mobilizadoras ou potenciarem outras competências, dado que, são transferíveis de situações habituais para novas situações profissionais. E ainda, por considerarmos que as unidades de contexto vão de encontro às competências genéricas enunciadas por Pires (1994) que incluem: espírito de iniciativa, perseverança, criatividade, sentido de organização, espírito crítico, autocontrolo, atitude de liderança, persuasão, autoconfiança, percepção e intercepção nas relações pessoais, preocupação e solicitude em relação aos outros.

Na categoria “menos elevadas”, deparámo-nos com as seguintes justificações:

Tabela 6 – Área Temática: Intensidade das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem; Categoria: Menos elevadas

Categoria	Subcategoria	Sub - Subcategoria	Unidades de Contexto	UE	Freq.
Crenças de eficácia pessoal menos elevadas para o exercício da profissão enfermagem (Total UE = 8)	Variáveis do contexto Educativo (Total UE = 3; 37,5%)	Avaliação sumativa	Ex: “... os docentes deram notas baixas” (S89)	2	25%
		Orientação pedagógica na formação clínica	Ex: “Considero que ao longo do ensino clínico, fui submetido a muita pressão psicológica que não reforça positivamente as minhas crenças de eficácia pessoal” (S156)	1	12,5%
	Variáveis intrínsecas ao estudante (Total UE = 5; 62,5%)	Auto-confiança	Ex: “...baixa auto-confiança” (S67, S183)	4	50%
		Estados fisiológicos e emocionais	Ex: “Nervosismo, ansiedade, ...” (S67)	1	12,5%

Mantivemos as mesmas subcategorias atrás mencionadas para esta área temática. Pela tabela 20, verificámos que as «variáveis intrínsecas aos estudantes» têm maior peso

(62,5%; UE=5) na justificação das crenças de eficácia pessoal menos elevadas para o exercício da profissão enfermagem. A auto-confiança (UE=4) é a sub-subcategoria que mais contribui para estes resultados, isto é, a sua redução. Note-se que entendemos por auto-confiança, “o sentimento de confiança em si próprio” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 426), sendo fruto da valorização e interpretação das próprias experiências.

As investigações que advêm do pensamento de Bandura (1986) mostram que os indivíduos podem desempenhar melhores papéis, quanto mais acreditam que possuem as habilidades necessárias para funcionar como tal. E, apesar da confiança não garantir o êxito na execução, perante a sua diminuição, é quase certo que não se obtém o rendimento adequado, pois, quando a confiança é baixa, dificilmente as pessoas esforçam-se o máximo que podem, influenciando o seu rendimento. Ter auto-confiança significa ter uma expectativa realista do que se pode conseguir, e sabendo que um dos factores que mais influencia o fracasso de uma meta, é acreditar que não se alcançará essa meta, salienta-se que, são muito poucas as opiniões de níveis de confiança baixos (4 UE) e de níveis de crenças de eficácia pessoal menos elevados (11 estudantes) para o exercício da profissão. Pois, como vimos, se fossem muitos, essas crenças poderiam influenciar o seu rendimento no exercício da profissão.

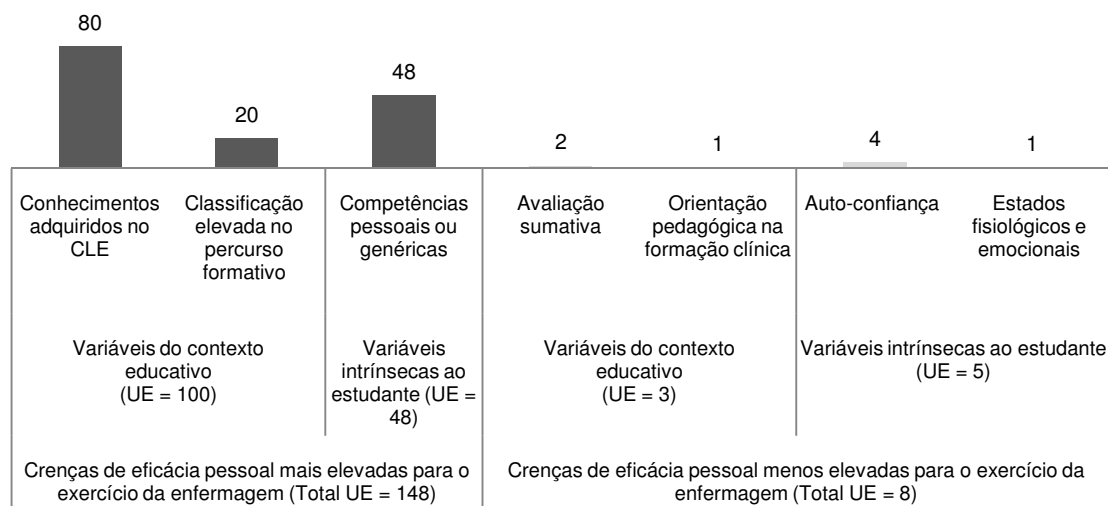
A sub-subcategoria estados fisiológicos e emocionais representa 1 das 5 UE que constituem as variáveis intrínsecas ao estudante. Nesta subcategoria foi adoptada a mesma nomenclatura usada por Bandura (1994), quando se refere às origens das crenças de AE, onde está incluído o “nervosismo” e outras reacções de tensão. No enquadramento teórico, ficou explícito que os estados fisiológicos e emocionais podem fortalecer ou enfraquecer a crença de AE, atendendo à forma como o estudante interpreta as suas percepções fisiológicas e emocionais, que neste caso são negativas, e as relaciona com o seu desempenho. Aliás “a quarta forma de modificar as crenças de AE é a redução das reacções de stresse das pessoas e alterar as suas emoções negativas e interpretações dos seus estados físicos” (Bandura, 1994, p. 3). Assim, caso o ambiente seja adverso e as emoções não sejam agradáveis, pode haver reflexos negativos nos níveis de AE do estudante, e pensamos, que tal possa ter acontecido com estes estudantes. Por sua vez, esses níveis de AE podem conduzir a uma diminuição do rendimento académico, que se pode vir a repercutir no desempenho posterior, como profissional de enfermagem, daí a necessidade de dedicar atenção a estes estudantes. Na verdade, “os estados afectivos e motivacionais têm sido reconhecidos como importantes

factores que afectam o sucesso e o insucesso escolares, especialmente no caso de alunos e alunas que, embora possuindo capacidades intelectuais médias ou acima da média, apresentam um baixo rendimento escolar” (Lopes da Silva & Sá, 1993, citado por Castro, 2007, p. 7).

Nas variáveis do contexto educativo, a avaliação sumativa (pouco positiva) sobressai (25%; UE=2) como justificação da intensidade das crenças de eficácia pessoal dos estudantes em questão. Consideramos que a avaliação sumativa representa a classificação atribuída, em termos quantitativos, referente ao grau de consecução do estudante no final de um período lectivo, sendo decisiva na vida dos alunos, “devido à determinação do sucesso ou do fracasso que promove, e ainda pela influência positiva ou negativa que exerce em todo o processo de aprendizagem” (Carvalho, 2004, p. 19).

Usámos a denominação orientação pedagógica clínica para a outra sub-subcategoria, partindo do conceito do estudante como sujeito da sua aprendizagem, em que, segundo Alarcão & Tavares (1987), orientar “pressupõe que o saber esteja investido na acção e que os conhecimentos resultantes da acção sejam pontos de partida para novas aquisições (...). A relação ser, saber e fazer é considerada essencial, sendo o estudante o sujeito activo da acção” (citado por Abreu, 2007, p. 253). E a orientação é «pedagógica», na medida “em que produz conhecimento a ser transformado em saber permanente e necessário” (Evangelista & Gomes, 2003, p. 37), dizendo respeito à acção profissional dos professores e enfermeiros enquanto tutores, dado que o contexto é, a formação clínica. Na situação em particular, foi considerada apenas em uma UE, que essa orientação não foi facilitadora da construção positiva de crenças de eficácia pessoal. Em suma:

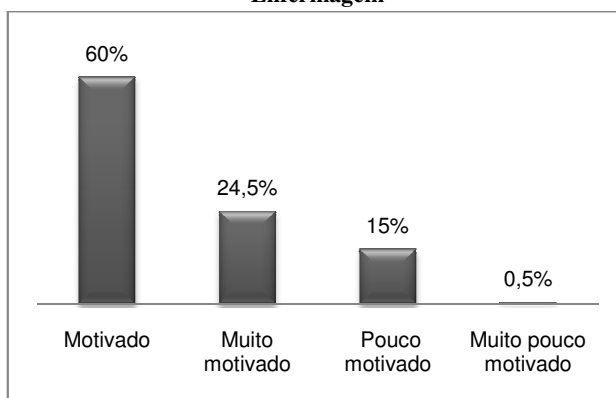
Gráfico 4 – Representação dos motivos associados à opinião dos estudantes acerca da Intensidade das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem



Graficamente, é possível verificar que os estudantes de enfermagem têm sobretudo crenças mais elevadas de eficácia pessoal para o exercício da profissão, devido especialmente às variáveis do contexto educativo (67,5%; UE=100), em que os conhecimentos adquiridos durante o CLE corporizam a razão que mais contribuiu, para essa intensidade de crenças. No que concerne aos 11 estudantes que têm crenças de eficácia pessoal menos elevadas para o exercício da enfermagem, as razões prendem-se sobretudo, não com variáveis do contexto educativo, mas com variáveis intrínsecas aos mesmos (5 UE), em que se destaca a redução da auto-confiança, confirmando a relação entre as crenças de eficácia pessoal e os níveis de auto-confiança. Assim, se têm crenças de eficácia pessoal mais elevadas para o exercício da profissão, tal contribuirá para um melhor rendimento no seu exercício (Bandura, 1986).

No que se refere à motivação dos estudantes para o exercício da enfermagem:

Gráfico 5 – Distribuição dos estudantes de acordo com a sua Motivação para o exercício da profissão Enfermagem



Observa-se pelo gráfico anterior, que os estudantes sentem-se na sua maioria (60%; N=120) “motivados” para o exercício da profissão. No entanto, 29 (15%) têm uma opinião de “pouca motivação” e, 1 estudante refere sentir-se “muito pouco motivado”. Os restantes 49 estudantes classificam-se como “muito motivados” (24,5%). A análise de conteúdo das justificações atribuídas, conduziu-nos a duas categorias, a dos “mais motivados” e a dos “menos motivados”, que passaremos a revelar de seguida.

Tabela 7 – Área Temática: **Motivação para o exercício da profissão enfermagem**; Categoria: **Mais motivação**

Categoria	Subcategoria	Sub - Subcategoria	Unidades de Contexto	UE	Freq.
Mais Motivação para o exercício da profissão enfermagem (Total UE = 124)	Grupo de pertença (Total UE = 117; 94,3%)	Identificação	Ex: "... é a arte de cuidar do outro que me faz sentir realizada" (S47); "É uma profissão que nos permite satisfazer quer a dimensão pessoal quer a dimensão profissional" (S54); "Um curso que me preenche como pessoa e profissional" (S59) "... adoro o exercício da enfermagem" (S100); " Gosto da profissão" (S194)	89	71,8%
		Desejo do estudante em ingressar no grupo profissional	Ex: "Estou desejava por iniciar a minha profissão..." (S177); "Quero pôr em prática tudo o que aprendi" (S195)	17	13,7%
		Evolução da imagem da "profissão enfermagem"	Ex: "Julgo ser uma profissão em crescimento e em constructo, ..." (S146)	11	8,8%
	Percurso formativo no CLE (Total UE = 7; 5,7%)		Ex: "... face a todos os conhecimentos adquiridos ao longo do curso ..." (S65); "... o percurso ao longo destes 4 anos foi positivo..." (S155)	7	5,7%

Emergiram duas subcategorias: «Grupo de pertença» (UE=117) que remete para a percepção que os estudantes têm sobre a realidade profissional da enfermagem, a sua identificação ao grupo de pertença dos enfermeiros e o desejo de incorporar-se nesse grupo; e, «Percurso formativo no CLE» (UE=7) que representa o trajecto efectuado ao longo do CLE.

É a primeira subcategoria, que comporta maioritariamente, e de forma expressiva, as justificações dos estudantes mais motivados para o exercício da profissão, destacando-se a sub-subcategoria identificação com 71,8% (UE=89), em que «identificação» representa a opinião dos estudantes relacionada com sentimentos de identificação com a profissão e de satisfação. Segue-se o desejo do estudante em ingressar no grupo profissional (UE=17), sendo este “a vontade ou aspiração de possuir, de fazer ou de ver realizada alguma coisa” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 1166), neste caso, o de ingressar no grupo de enfermeiros. Por seu lado, a evolução da imagem da “profissão enfermagem” (UE=11) traduz a opinião que os estudantes têm acerca da imagem sobre a profissão, que foram construindo ao longo do curso.

Atendendo a que “em termos de comportamento, a motivação pode ser conceituada como o esforço e tenacidade exercidos pela pessoa para fazer algo ou alcançar algo. A motivação é um dos inúmeros factores que contribuem para o bom desempenho no trabalho” (Chiavenato, 1997, p. 125), e que “os motivos é que impulsionam e mantêm o comportamento dos indivíduos” (Gil, 1994, p. 120), e porque,

estes estudantes encontram-se motivados para o exercício da profissão, espera-se que eles tenham um bom desempenho. Até porque, a razão mais apontada foi o facto de se identificarem com a profissão. Tal, vai de encontro ao pressuposto teórico apontado por Serra (2008, p. 70), de que “a experiência do estudante de enfermagem é, ela própria, um processo de socialização na profissão e que contribui determinantemente para a produção de uma identidade profissional”, reforçando a ideia de Perrenoud (2002) de que a escola é vivida muitas vezes como uma antevisão e preparação para o futuro e não como o presente em si mesmo.

E, segundo Abreu (2007), as práticas clínicas são consideradas decisivas para a construção de um referencial identitário próprio, em que os estudantes aprendem a tomar consciência de si como profissionais. Serra (2008), considera ainda importante nesta construção de identidade profissional em enfermagem por parte dos estudantes, as próprias identidades profissionais do grupo dos enfermeiros, e o modo como estas são percebidas e interpretadas pelos estudantes e ainda, que “é incontornável neste processo, atender ao modo como a escola, quer enquanto conjunto de experiências de âmbito curricular (programadas ou não), quer enquanto espaço-tempo de vivências pessoais é experienciada pelos mesmos” (p. 77). Portanto, é inegável o contributo da ESEP neste processo de construção identitária.

Por outro lado, a necessidade de se sentirem satisfeitos e realizados com a enfermagem, e, porque são as necessidades que motivam as pessoas (Ferreira *et al.*, 1999, p. 135), leva-os a que estejam motivados para o seu exercício. Estas necessidades incluem-se nas necessidades secundárias da teoria da motivação de Maslow (1943), chamando a atenção para os motivos de natureza social e de realização, como forças energéticas do desempenho laboral. Também McClelland (1989), verificou nos seus estudos, que a necessidade de realização estaria associada ao grau de motivação das pessoas para executar as suas tarefas no trabalho, em que, as pessoas com elevada necessidade de realização tendem a ser muito motivadas por situações de trabalho desafiadoras e competitivas, e as pessoas com baixa necessidade de realização tendem a ter um desempenho diminuto (citado por Bilhim, 2001, p. 321).

Direccionando agora, a nossa análise para a categoria dos estudantes “menos motivados”, as respostas corporizam a próxima tabela:

Tabela 8 – Área Temática: Motivação para o exercício da profissão enfermagem; Categoria: Menos motivação

Categoria	Subcategoria	Sub - Subcategoria	Unidades de Contexto	UE	Freq.
Menos Motivação para o exercício da profissão enfermagem (Total UE = 49)	Profissão enfermagem (Total UE = 49)	Elevadas taxas de desemprego	Ex: “Devido ao grande aumento das taxas de desemprego” (S7); “Falta de empregabilidade ...” (S67)	20	40,8%
		Reconhecimento social reduzido	Ex: “Socialmente pouco valorizada, ...” (S123)	12	24,5%
		Precariedade das condições de trabalho	Ex: “condições de trabalho pouco aliciantes” (S121); “... condições de trabalho deficientes, ...” (S183)	10	20,4%
		Remuneração reduzida	Ex: “... remuneração baixa, ...” (S15)	5	10,2%
		Precariedade da carreira	Ex: “... à não progressão da carreira, ...” (S128)	2	4,1%

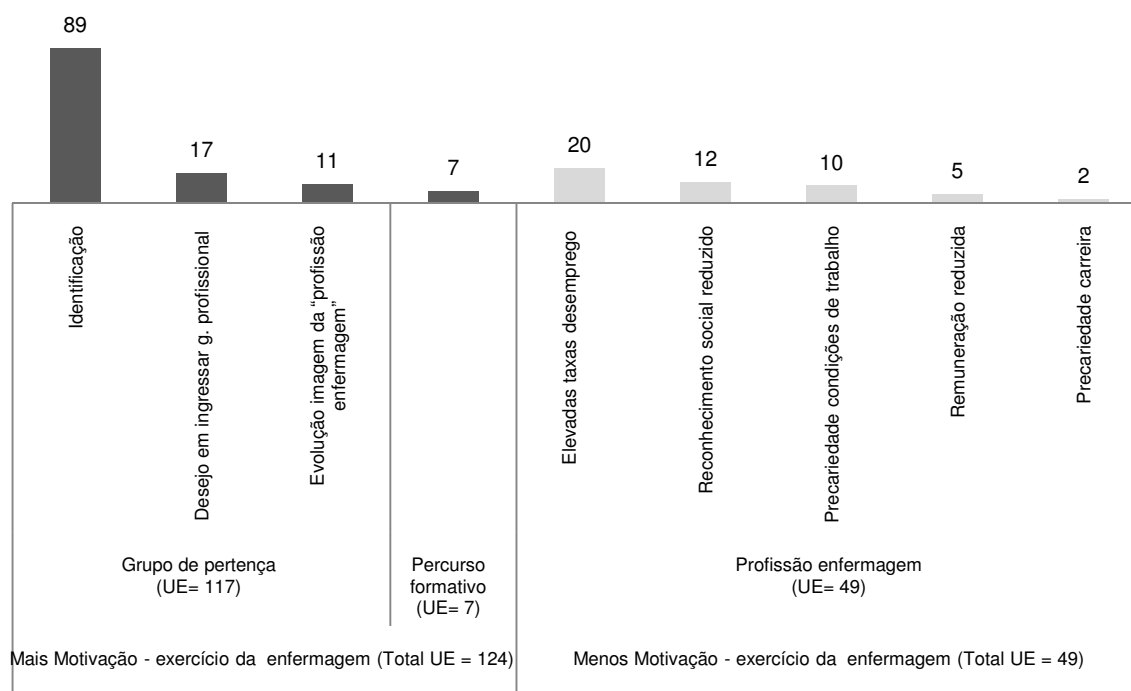
Denominámos a subcategoria de «profissão enfermagem» dado que considerarmos ser aquela que abarca todas as sub-subcategorias presentes, considerando que profissão refere-se “ a um conjunto de pessoas que conseguiram um título, um estatuto, através de uma formação com vista a exercer uma actividade. (...) pertencer a uma profissão é pertencer a uma classe social com um lugar determinado na hierarquia dos poderes reguladores da sociedade” (Collière, 1999, p. 16). A sub-subcategoria que se salienta com 40,8% (UE=20) refere-se às elevadas taxas de desemprego, enquanto “inactividade profissional involuntária” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 1170), facto este, que constitui a actualidade para os enfermeiros recém-licenciados. Aliás, relativamente ao emprego, num estudo da OE iniciado em Janeiro de 2009, que visou recolher informação sobre o início de vida profissional e condições de empregabilidade dos jovens enfermeiros em Portugal, revelou que “dos enfermeiros inquiridos mais de 27% não se encontravam a exercer a profissão e, considerando apenas os enfermeiros formados em 2008, a percentagem de enfermeiros fora do exercício da profissão ascende a 49%. O que significa que perto de metade dos enfermeiros formados no ano anterior não tinham encontrado emprego ao final de seis meses e destes, 77% nunca receberam nenhuma oferta profissional” (OE, 2009b, p. 2).

Seguem-se as sub-subcategorias relativas ao reconhecimento social reduzido (24,5%; UE=12) e depois a precariedade das condições de trabalho (20,4%; UE=10), e remuneração reduzida (10,2%; UE=5) e, por último a precariedade da carreira profissional (4,1%; UE=2), entendendo precariedade como “estado de que é pouco estável, incerto, frágil” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 2931). Remuneração “é o que os empregados recebem em troca do seu trabalho” (Werther &

Davis, 1983, p. 320), sendo considerada uma forma do departamento de recursos humanos melhorar o desempenho, a motivação e a satisfação do empregado, pois quando a remuneração é feita correctamente, os empregados têm mais probabilidades de estar satisfeitos e motivados para com os objectivos organizacionais. Porém, quando os empregados percebem que a sua remuneração é imprópria, o desempenho, a motivação e a satisfação podem declinar dramaticamente, situação esta que leva a que alguns estudantes se sintam menos motivados para o exercício da enfermagem. Quanto ao reconhecimento social, este refere-se à visibilidade da profissão na sociedade. Coelho (2001) concluiu no seu estudo, que o verdadeiro “papel da enfermagem não é reconhecido pela sociedade, afirmando mesmo que a imagem que o público tem dos enfermeiros é um dos motivos de falta de reconhecimento da profissão” (p. 261). A mesma autora refere ainda, que enquanto os enfermeiros não clarificarem a sua participação “não podem ser reconhecidos pela sociedade como profissionais autónomos e insubstituíveis. (...) fundamental que os enfermeiros fundamentem o seu campo de competência, pois só assim poderão demonstrar que a sua função ultrapassa claramente a mera execução de tarefas prescritas pelo médico, alterando assim a imagem social de auxiliares do médico, para a de profissionais com autonomia” (p. 240). Também Mestrinho (2001), no seu estudo, explanou sobre o papel identificado pelos estudantes coincidente com representações sociais negativas dos enfermeiros, associadas ao papel de enfermeiro como “auxiliar do médico”, cumprindo tarefas rotinizadas e prestando cuidados face à doença e cumprimento das prescrições médicas (ex: dá injeções e faz pensos). Ainda, nos resultados do estudo de Durão (2001, p. 84) que visava identificar alguns factores que levam os estudantes finalistas de enfermagem a optarem por determinados serviços para início do seu exercício profissional, se constata que os estudantes se preocupam com a sua imagem profissional e com o reconhecimento do seu trabalho, pró aqueles a quem prestam cuidado, daí que inevitavelmente, tal influenciará a sua motivação para o exercício da profissão, principalmente, se se considerar que “a função do profissional é o papel social desempenhado pelos seus membros” (Adam, 1994, citado por Coelho, 2001, p. 261).

Sintetizando:

Gráfico 6 – Representação dos motivos associados à opinião dos estudantes acerca da Motivação para o



Os estudantes de enfermagem sentem-se mais motivados para o exercício da profissão, sobretudo porque se identificam com a enfermagem, e como tal, essa motivação poderá contribuir para um bom desempenho no trabalho. Contudo, é de referir que 30 estudantes estão menos motivados, sendo as elevadas taxas de desemprego, o principal motivo apontado, estando em conformidade com a realidade actual da profissão.

É chegado o momento de analisar a opinião dos estudantes acerca dos factores que tiveram mais influência positiva no desenvolvimento de competências:

Tabela 9 – Área Temática: Factores de influência no desenvolvimento de competências durante o CLE;
Categoria: Mais influência positiva

Categoria	Subcategoria	Sub - Subcategoria	Sub - Sub - Subcategoria	Unidades de Contexto	UE	Freq.
Factores de mais influência positiva no desenvolvimento de competências durante o CLE (Total UE = 275)	Variáveis do contexto Educativo (Total UE = 225; 81,8%)	UC de ensino clínico e estágio (Total UE = 160 – 58,2%)	Estratégias pedagógicas diversas e adequadas	Ex: “Professores que nos elogiam e que dão reforços positivos pelo nosso trabalho e esforço. Tutores que se dedicam à nossa aprendizagem...” (S12); “(...) o acompanhamento de perto dos tutores e professores” (S23);” o acompanhamento pedagógico ajustado a nós” (S188)	62	22,6%
			Diversidade das experiências e contextos de	Ex: “A passagem por vários hospitais e serviços,...” (S7); “O nº de estágios bem como a	62	22,6%

			aprendizagem	sua diversidade permitiram uma boa aquisição de competências...” (S34); “O grande n.º de experiências durante os estágios” (S186)		
			Promotoras da mobilização de saberes	Ex: “O estágio pois pude pôr em prática o que aprendi nas aulas” (S96); “Os momentos de reflexão e partilha com os colegas e professores” (S199)	29	10,5%
			Em alternância com as UC teóricas	Ex: “O facto de me terem possibilitado realizar ensinamentos clínicos desde o primeiro ano do curso...” (S41); “A presença de estágios ao longo do curso permitiu um melhor desenvolvimento” (S63)	7	2,5%
		UC teóricas (Total UE = 37 – 13,4%)	Estratégias pedagógicas diversas e adequadas	Ex: “(...) aulas técnicas de simulação prática” (S39); “(...) extrínsecos: método de ensino dos professores” (S132); “(...) a reflexão crítica, a pesquisa bibliográfica” (S134); “Comunicação dos aspectos a melhorar, ... incentivo ao pensamento crítico-reflexivo” (S154)	27	9,8%
				Diversidade e qualidade dos conteúdos programáticos	Ex: “O facto de ter acesso a uma base teórica alargada...” (S164); “A boa base teórica do curso” (S191)	10
		Relação Interpessoal (Total UE = 25 – 9,1%)	Positiva com os Colegas	Ex: “O incentivo dos colegas...” (S18); “O apoio dos colegas...” (S29)	11	4%
		Recursos Materiais e Humanos da ESEP (Total UE = 3 - 1,1%)		Ex: “(...) os recursos existentes no local de ensino quer humanos quer materiais” (S37); “Recursos a nível de bases de dados, bibliotecas, salas técnicas disponíveis” (S57)	3	1,1%
		Variáveis intrínsecas ao estudante (Total UE = 50; 18,2%)	Aprendizagem auto-regulada	Ex: “investimento individual na formação...” (S120); “O cultivar do interesse pela investigação, pela pesquisa e revisão das práticas” (S123); “A reflexão pessoal e sistemática sobre as minhas capacidades e conhecimentos adquiridos...” (S173); “O estudo constante...” (S182)	25	9,1%

		Identificação	Ex: “(...) a enfermagem é o que realmente gosto” (103); “A minha vontade e desejo de ser enfermeira, ...” (S181); “Vontade pessoal...” (S193)	20	7,3%
		Competências pessoais ou genéricas	Ex: “Capacidade de adaptação e espírito de equipa...” (S100); “Intrínsecos: o meu interesse, dinamismo, responsabilidade e iniciativa...” (S132)	5	1,8%

Verificámos que foram enumeradas 275 unidades referentes aos factores, e que estes dividem-se em duas subcategorias, nas quais, mantivemos a mesma denominação usada anteriormente na área temática relativa à intensidade das crenças de eficácia pessoal. A subcategoria que sobressai francamente (81,8%; UE=225) representa os factores de ordem extrínseca ao estudante, relacionados com o contexto educativo da ESEP. São sobretudo aspectos relacionados com a UC de ensino clínico e estágio (formação de âmbito prático) que mais influenciam positivamente o desenvolvimento das competências durante o curso, representando 58,2% (UE=160). Seja pelo facto dos estudantes considerarem que são usadas estratégias pedagógicas diversas e adequadas, pela diversidade das experiências e contextos de aprendizagem, seja pela promoção da mobilização de saberes, considerando que “mobilizar implica convocar inteligentemente, articulando elementos de natureza diversa num todo complexo” (Roldão, 2008, p. 181), ou pelo facto, de alternarem com as UC teóricas. Sobre este último argumento, temos a referir que este resultado é possível porque alguns estudantes encontravam-se na fase de transição para o plano de estudos que resultou da fusão das três escolas que deram origem à ESEP, sendo que numa dessas escolas no seu plano de estudos original era possível realizar alternância da formação prática com a formação teórica, algo que não é contemplado no actual plano de estudos.

Seguem-se as UC teóricas, com 13,4% (UE=37), pelas estratégias pedagógicas adequadas e diversas e, pela diversidade e qualidade dos conteúdos programáticos. O ensino teórico define-se como “a vertente da formação em enfermagem através da qual os candidatos a enfermeiro adquirem os conhecimentos, a compreensão e as competências profissionais necessárias para planear, dispensar e avaliar os cuidados de saúde globais” (Directiva 2005/36/CE, artigo 31º, n.º 3), ou seja, “tem como objectivo a aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional da enfermagem, (...) inclui, para além do ensino

teórico propriamente dito, o teórico-prático, o prático e os seminários (Portaria n.º 799-D/99, art. 4.º).

Quedemo-nos sobre o termo «estratégias pedagógicas». Segundo Nisbet & Schucksmith (1986) estratégias referem-se a um “guia de acções a realizar, obviamente anterior à escolha de qualquer outros procedimentos para actuar (citado por Font, 2007, p. 32), sendo sempre conscientes e intencionais. E «pedagógicas», porque “falar de pedagogia do ensino superior é, para nós, falar de ciência a ensinar e aprender, e de ciência sobre o ensinar e o aprender” (Esteves, 2008, p. 103). Consideramos portanto, que são estratégias usadas no processo de ensino-aprendizagem.

Uma estratégia de ensino trata-se de uma organização ou combinação sequencial de acções ou actividades de ensino utilizadas num intervalo de tempo, com a finalidade de conduzir os alunos a certas aprendizagens (Vieira & Vieira, 2005), isto porque “os educadores deverão ser os melhores amigos da sabedoria, os primeiros a cultivar uma atitude construtiva e a procurarem estratégias educativas capazes de impulsionar a onda do desejo de aprender” (Rodrigues *et al.*, 2006, p. 15). Incluem: estágios, questionamento; discussões de pequeno grupo, simulação, trabalho de grupo, seminário, reflexão, treino, entre outras (Vieira & Vieira, 2005). Sabe-se por exemplo, que o desenvolvimento de práticas simuladas em laboratório é essencial para o desenvolvimento de capacidades e habilidades dos estudantes antes de agir em prática clínica, inculcando-lhes mais segurança e tranquilidade (Rodrigues *et al.*, 2006).

Por outro lado, e apesar de muitos estudos confluírem sobre o deficiente desenvolvimento de competências de conceptualização, sendo esta, a base que suporta o pensamento reflexivo e a capacidade crítica (Abreu, 2003, p. 44), salientamos que os sujeitos deste estudo referiram que esta reflexão é estimulada nas estratégias pedagógicas adoptadas quer em cenário clínico, quer em cenário teórico. Tornam-se relevantes estes resultados, se pesarmos o que Glaser (1985) pensa, ou seja, que uma parte relevante dos profissionais de enfermagem não desenvolve o seu pensamento reflexivo no quotidiano de trabalho, sendo orientados por uma lógica de racionalidade técnica, e o conhecimento dirigido a norma, protocolos ou “*guidelines*” (citado por Abreu, 2003, p. 44).

E uma vez que, o pensamento crítico se relaciona com o processo de tomada de decisão em enfermagem (Scriven & Paul, 1997, citado por Silva, 2006, p. 21), ao ser estimulado no estudante enquanto tal, servirá de suporte para o desenvolvimento de competências neste âmbito, possibilitando o aumento de PAEE nestes elementos da

competência, pela experiência que permitem, contribuindo para o futuro do estudante, enquanto profissional de enfermagem.

Posteriormente surge como factor: a relação interpessoal (9,1%; UE=25) positiva estabelecida com os professores e colegas. O termo «relação interpessoal» remete para o significado atribuído pelos sujeitos às relações estabelecidas com outros actores no processo educativo: professores, e colegas, em que positiva, representa uma relação saudável ou benéfica. “A relação pedagógica entre docente e estudante pode permitir a este último vivenciar certas experiências que o influenciarão futuramente a seguir este ou aquele rumo, podendo o enfermeiro professor funcionar para o estudante como o enfermeiro modelo” (Durão, 2001, p. 72). Concebemos pois, a relação pedagógica como uma das concretizações da relação educativa. Segundo Estrela (2002), a relação pedagógica, no seu sentido mais restrito, consiste no “contacto interpessoal” que se estabelece, num espaço e num tempo delimitados, no decurso do “acto pedagógico” (portanto, num processo de ensino-aprendizagem), entre professor-aluno-turma (agentes bem determinados) (citado por Amado *et al.*, 2009, p. 77). Por outro lado, esta relação positiva e benéfica aponta para uma relação de maior horizontalidade, contrariando a relação mais tradicional em que o professor era o detentor do poder, através do conhecimento que possuía.

A relação entre os estudantes é vista como uma relação de inter-ajuda, facilitadora da aprendizagem, tal como, o que é considerado no discurso dos estudantes do estudo de García (2001). Parece contrariar a geral consideração de uma relação competitiva entre os estudantes universitários, onde não existe espaço para partilha. Amado *et al.* (2009, p. 80), dizem-nos que segundo Berndt & Keefe (1992), a relação de amizade e companheirismo entre estudantes e as suas repercussões na consecução dos objectivos educacionais, ainda que pouco estudadas, têm-se revelado fundamentais para que o aluno goste da escola e obtenha sucesso.

Os recursos humanos e materiais também são apontados, embora os menos relevantes (1,1%; UE=3), como factores de mais influência positiva.

As «variáveis intrínsecas ao estudante» representam 18,2% dos factores em questão, sendo que a aprendizagem auto-regulada é a que assume maior peso (9,1%; UE=25) neste grupo, seguindo-se a identificação (7,3%; UE=20) e as competências pessoais ou genéricas (1,8%; UE=5), em que mantivemos nestas duas últimas sub-subcategorias, denominações já usadas e justificadas anteriormente. Quanto à aprendizagem auto-regulada, reporta-se ao “processo através do qual os alunos activam

e sustém comportamentos, cognições e emoções orientadas sistematicamente para a consecução dos objectivos de aprendizagem” (Rosário *et al.*, 2006, p. 178). Por outro lado, as variáveis pessoais, segundo Font (2007) são consideradas como tendo tradicionalmente um papel relevante na aprendizagem.

Obtivemos portanto, duas grandes subcategorias distintas, uma extrínseca e outra intrínseca ao estudante, que não se excluem mutuamente, mas antes, estão profundamente inter-relacionadas, podendo até, em algumas situações ser difícil essa distinção pela sua interdependência. Porém, pelos resultados aqui encontrados verificamos que os factores de ordem externa são os factores que mais influência positiva tiveram no desenvolvimento de competências durante o CLE, o que vai de encontro às concepções associadas ao modelo ecológico de desenvolvimento humano, proposto por Bronfenbrenner (1996), em que os resultados da aprendizagem estão muito dependentes do ambiente ecológico que rodeia o aluno, assim como, a capacidade deste lidar com acontecimentos significativos. E, pela ordem de ideias de Bronfenbrenner (1996), se o ambiente for desfavorável e desorganizado terá um impacto negativo no desenvolvimento do estudante, e o mesmo acontece, em sentido inverso.

Por outro lado, maioritariamente esses factores enquadram-se na UC de ensino clínico e estágio, o que reforça a importância já referida no enquadramento teórico da formação de âmbito prático para a formação do profissional de enfermagem, sendo um espaço importante da sua socialização. Aliás, referindo-se a um estudo de Abreu e Calvário (2005), Abreu (2007, p. 234) sublinha que a “formação clínica constitui um importante período de aprendizagem, mobilizador e integrador de saberes adquiridos e construídos, assim como um espaço fundamental para a transformação da identidade. (...) promotor do desenvolvimento de competências permitindo ao aluno consciencializar-se dos diferentes papéis que deve assumir, através da experiência de trabalho e gestão das situações (...). Esta experiência deverá ser acompanhada por formadores com preparação em didáctica, cujo perfil de competência constitua um referencial para os alunos”. O mesmo autor, cita ainda Naphine (1996) que considera que “a formação em enfermagem está profundamente dependente da qualidade das aprendizagens em contexto clínico”, dado que, este seria um espaço insubstituível para a integração de conhecimentos e aquisição de saberes práticos e processuais (p. 17). Na verdade, para o estudante trata-se de “um período de descoberta e de ensaio sobre as características da profissão com a qual os estudantes têm que se confrontar” (Carvalho, 2003, p. 89)”. As experiências, a forma como foram vivenciadas e as oportunidades

dadas aos estudantes em termos de locais de estágio, podem exercer influência nas suas futuras opções profissionais, pelo que, o plano de estudos pode condicionar a opção dos estudantes, sobretudo o local onde é realizado o estágio de integração à vida profissional, sendo apontado em diversos estudos (como: Saiote, 1988, citado por Durão, 2001, p. 72) como um dos factores motivacionais que influenciam a opção profissional. Não podemos contudo, esquecer que as experiências de desempenho são as mais importantes fontes de AE, daí, a importância da qualidade dessas experiências no decurso da formação prática.

Ainda Abreu (2007, p. 97), entendendo a aprendizagem como um percurso e não como um ponto de chegada, salienta no âmbito da aprendizagem clínica, que o estudante necessita do “sentimento de que recebe apoio adequado no decurso da experiência clínica; tempo e espaços para articular as experiências clínicas e os conteúdos da formação teórica, (...); organização pedagógica e didáctica que promova a implicação pessoal e a dinâmica do grupo/equipe, (...); sentir-se seguro e que também pode ser cuidado no âmbito da sua aprendizagem, entre outras necessidades”. Aspectos esses, que também foram referidos pelos estudantes neste estudo.

No que concerne aos factores que tiveram menos influência positiva para o desenvolvimento de competências, as respostas distribuíram-se, conforme a tabela 10.

**Tabela 10 – Área Temática: Factores de influência no desenvolvimento de competências durante o CLE;
Categoria: Menos influência positiva**

Categoria	Subcategoria	Sub – Subcategoria	Sub - Sub - Subcategoria	Unidades de Contexto	UE	Freq.
Factores de menos influência positiva no desenvolvimento de competências durante o CLE (Total UE = 252)	Variáveis do contexto Educativo (Total UE = 244; 96,8%)	Gestão curricular do CLE (Total UE = 116 – 46%)	Excesso de horas de trabalho	Ex: “Carga horária excessiva” (S23); “... a excessiva carga horária pela conjugação do estágio e disciplinas teóricas” (S 44); “ (...) sobrecarga da carga horária” (S112); “A pesada carga horária” (S130)	54	21,4%
			Excesso de trabalho em simultâneo	Ex: “A sobrecarga de trabalho” (S24); “A sobrecarga de trabalho nas várias actividades curriculares” (S31); “(...) a elevada carga de trabalhos académicos aquando da realização de estágios, ...”(S62)	32	12,6%
			UC teóricas e conteúdos desadequados	Ex: “(...) a excessiva matéria dada em cada aula teórica, ...” (S106); “a forma como os conteúdos estão organizados ao longo dos 4 anos, ...” (S107); “ (...) a existência de unidades curriculares desapropriadas...” (S110);	18	7,2%
			UC de ensino clínico e	Ex: “(...) alguns locais de estágio em que não existe	12	4,8%

			estágio desadequados	regime de enfermeiro tutor” (S134);		
		Orientação pedagógica clínica (Total UE = 86 – 34,1%)	Estratégias pedagógicas desadequadas	Ex: “O mau acompanhamento de uma enfermeira tutora” (S5); “Alguns professores sem noções de pedagogia, ...” (S21); “A falta de reforços positivos por parte dos professores” (S101); “Reforços negativos fornecidos continuamente ...” (S132); “Estratégias pedagógicas não adequadas” (S141)	46	18,2%
			Stresse induzido pelo professor e/ou profissionais	Ex: “Pressão e sobrecarga psicológica, ... de alguns docentes (S115); “Alguns orientadores de estágio, ... incutem nos alunos pressão...” (S117); “Stresse sentido durante alguns estágios” (S184)	24	9,5%
			Discrepâncias entre os professores	Ex: “... A ausência de uniformidade nos ensinamentos realizados entre os diferentes professores, ...” (S91)	8	3,2%
			Dicotomia entre os modelos em uso e os modelos expostos	Ex: “A desilusão no contacto com a realidade, ao verificar que os enfermeiros nem sempre praticam enfermagem de excelência e de qualidade veiculada na ESEP, apenas executam de forma rotineira” (S172)	8	3,2%
			Fusão das Escolas (Total UE = 25 - 9,9%)	Diversidade de métodos de avaliação	Ex: “Critérios de avaliação que se revelaram distintos atendendo aos diferentes docentes das diferentes escolas” (S97)	14
			Adaptação a um novo contexto educativo	Ex: “Alteração do local das aulas, alteração do plano curricular durante o curso” (S56)	11	4,4%
		Relação interpessoal (Total UE = 14 – 5,5%)	Dificultadora com professores e/ou profissionais	Ex: “Tutor mal educado...” (S58); “Tutores pouco disponíveis, pouco empáticos e arrogantes, ...” (S62); “A impessoalidade aluno-professor” (S153)	14	5,5%
		Excesso de Estudantes (Total UE = 3-1,2%)		Ex: “(...) a saturação dos alunos nos cursos de enfermagem...” (S4)	3	1,2%
	Variáveis intrínsecas ao estudante (Total UE = 8; 3,2%)	Cansaço		Ex: “(...) o desgaste psicológico e físico da realização do curso, ...” (S59); “esgotam-nos física e psicologicamente...” (S95); “O cansaço, ...” (S178)	4	1,6%
		Ausência de motivação		Ex: “(...) desmotivação, ...” (S27)	2	0,8%
		Auto-estima negativa		Ex: “Sentimento de fragilidade como pessoa” (S49); “Baixa auto-confiança e segurança, ” (S67)	2	0,8%

Para a análise das 252 enumerações referentes aos factores com menos influência positiva no desenvolvimento de competências, mantivemos as mesmas subcategorias. A subcategoria que predomina marcadamente (96,8%; UE=244) afigura os factores de ordem extrínseca ao estudante, relacionados com o contexto educativo da ESEP. E, cabe à sub-subcategoria gestão curricular a expressão de maior importância (46%; UE=116). A «gestão» significa “actividade ou processo de administração de uma organização, um bem, ... tendo em conta os seus recursos, a sua estrutura e as suas capacidades de produção. (...), feita em função de determinados objectivos” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 1894), e neste caso será do «currículo», ou seja, relativamente ao conjunto de indicações, matérias, áreas científicas que integram o CLE da ESEP. Nesta sub-subcategoria os factores dividiram-se em: «excesso de horas de trabalho», sendo este o principal factor (21,4%; UE=54); «excesso de trabalho em simultâneo» (12,6%; UE=32); «UC teóricas e seus conteúdos desadequados» (7,2%; UE=18) e «UC de ensino clínico e estágio» (o menos relevante – 4,8%; UE=12), sendo apontado o tempo, os contextos, os modelos de supervisão e conteúdos como sendo desadequados. A este propósito, também alguns autores põem em causa o tempo de formação prática. Nas palavras de Ashworth e Morrison (1989), referidos por Abreu (2003, p. 45), “só ocorre aprendizagem (intencional) em contexto clínico se a experiência for cuidadosa e deliberadamente acompanhada, verifica-se que o tempo de permanência em contexto clínico é muito restrito, mesmo em presença de currículos onde este é pretensamente valorizado”, e Kiger (1998) sublinha que nem sempre a duração dos ensinamentos clínicos é adequada face aos objectivos a atingir (citado por Abreu, 2007, p. 221). Outros autores acrescentam à discussão para além da questão do tempo, os diferentes cenários clínicos: Rideout (1994) põe em causa algumas opções curriculares que sustentam a necessidade dos alunos «rodarem» por sucessivas unidades de cuidados, em detrimento de uma aprendizagem mais localizada e prolongada em serviços que, por consequência conheceriam melhor (citado por Abreu, 2007, p. 76).

A sub-subcategoria orientação pedagógica clínica representa 34,1% (UE=86) das opiniões dos estudantes, e esta denominação já foi explicada. Associámos a palavra «clínica», pretendendo representar os cenários clínicos. Destacam-se as «estratégias pedagógicas desadequadas» com 18,2% (UE=46) e, segue-se o «stress induzido pelo professor e/ou profissionais de enfermagem» (9,5%; UE=24), e posteriormente a «discrepância entre os professores» (3,2%; UE=8) e a «dicotomia existente entre os modelos em uso e os modelos expostos», com 3,2% (conceitos já explorados antes). No

que concerne especificamente a esta sub-subcategoria, podemos referir que Lindeman (1989) contesta as capacidades formativas dos contextos clínicos, adiantando que uma grande parte deles falha na responsabilidade de proporcionar aos estudantes «modelos de boas práticas». Greenwood (1993) vai mas longe, ao considerar que os estudantes de enfermagem acabam por se dessensibilizar face às necessidades dos doentes em contacto constante com práticas de enfermagem de menor qualidade (citados por Abreu, 2003, p. 45), o que pode acontecer dado que, é referido que a qualidade é relativizada face à rotina na prestação de cuidados. A constatação de que os estudantes são preparados para um mundo que por vezes é bem diferente do que vão encontrar, é também referida por Hart e Rotem (1994) ao discutirem as dificuldades dos estudantes ao experimentarem o contraste entre a cultura da escola e a emergente nos contextos clínicos (citado por Abreu, 2007, p. 221).

No que diz respeito às «estratégias pedagógicas desadequadas» (UE=46), é feita alusão aos reforços feitos aos estudantes, que são negativos, ou os positivos não são mencionados, e sabe-se que “o aluno necessita de incentivos e estímulos, (...) tem que haver uma verdadeira ajuda, não unicamente uma constatação de carências (...) o informe tem que propor algumas metas que o aluno sabe que lhe são acessíveis (...), que para superá-las possa contar com a ajuda dos professores” (Zabala, 1998, p. 216), entendida esta avaliação, como um actividade de aprendizagem e por isso é uma estratégia pedagógica ao alcance dos professores, que ajudará o aluno a enfrentar os desafios escolares, assim, “devem sempre preferir-se os reforços positivos” (Giordan, 2007, p. 109).

Quanto ao «stress induzido pelo professor e/ou profissionais» (9,5%; UE=24) reconhece-se que “em demasia leva à resignação. Pelo contrário, um pouco de stress permite àquele que aprende, motivar-se e mesmo superar-se. O stress dá tantos mais frutos quanto o indivíduo conhecer as suas capacidades ou dominar as suas estratégias” (Giordan, 2007, p. 113). Contudo, por outro lado, são apontadas como causas das experiências negativas relatadas pelos estudantes, segundo Nolan (1998) o stress, a dificuldade em gerir o tempo e, objectivos demasiado ambiciosos, sendo aludidos por vezes como causas da “falta de controlo” sobre a situação clínica do doente (citado por Abreu, 2007, p. 221).

A fusão das escolas (9,9%; UE=25) devido à adaptação a um novo contexto educativo e à diversidade dos métodos de avaliação por parte dos professores das diferentes escolas, também foi um dos factores apontados. Depois surge, uma relação

interpessoal, com os professores e/ou profissionais «dificultadora» (5,5%; UE=14) e o excesso de estudantes de enfermagem (1,2%; UE=3). Relativamente às relações interpessoais, Alarcão & Tavares (2003), dizem-nos que devem ser facilitadoras de um processo de desenvolvimento e aprendizagem consciente, procurando desenvolver nos estudantes a capacidade para tomar decisões apropriadas. Por seu lado, Carvalho (1996) demonstrou que “o tipo de relação que os alunos estabelecem com os docentes e profissionais do exercício é fundamental para minimizar o medo e a angústia e melhorar a segurança, a auto-estima e o auto-conceito, aspectos fundamentais para quem tem necessidade de construir relações de ajuda” (citado por Abreu, 2007, p. 226).

A subcategoria das variáveis intrínsecas ao estudante tem uma representação baixa (3,2%; UE=8) nos factores com menos influência positiva para o desenvolvimento de competências pelo estudante, em que a sub-subcategoria cansaço é a mais opinada (1,6%; UE=4), referindo-se a “falta de forças devido a causas emocionais, físicas, intelectuais, ...” (Academia das Ciências de Lisboa, p. 670). Após, surge igualmente com 0,8% (UE=2) a ausência de motivação (tendo esta já sido definida previamente) e a auto-estima negativa, entendendo auto-estima, como “o valor ou avaliação afectiva que o indivíduo faz de si próprio” (Font, 2007, p. 108). Abreu (2007, p. 99) considera que “os estudantes têm necessidade de desenvolverem níveis adequados de auto-estima e de auto-conceito, que lhes permitam aceder à construção de uma identidade positiva como enfermeiros”. No nosso estudo não se verificou o mesmo que Kramer (1976) concluiu nos seus estudos: a baixa auto-estima era identificada como a variável que mais influenciava a aprendizagem dos estudantes (citado por Abreu, 2007, p. 100).

Na realidade, a insegurança traduzida na falta de confiança, pode gerar medo e ansiedade. Perrenoud (2001) a propósito da formação prática dos professores, diz-nos que o impacto com novas experiências é gerador de angústia e que se aprende a controlar esse sentimento, através de experiências que demonstrem que se sabe mais do que se pensava, mas que é necessário um tempo e uma correspondência entre os saberes e a situação. Pensamos que podemos reportar esta situação para a enfermagem.

Por outro lado, sabendo-se que os estudos revelam que “no caso do auto-conceito negativo, o rendimento é claramente afectado” (González & Tourón, 1991, citados por Font, 2007, p. 112), é necessário estar atento. Assim, “a informação que o estudante recebe durante a realização da tarefa (...) irá contribuir para que oriente o seu próprio processo de aprendizagem. (...) é especialmente importante a informação

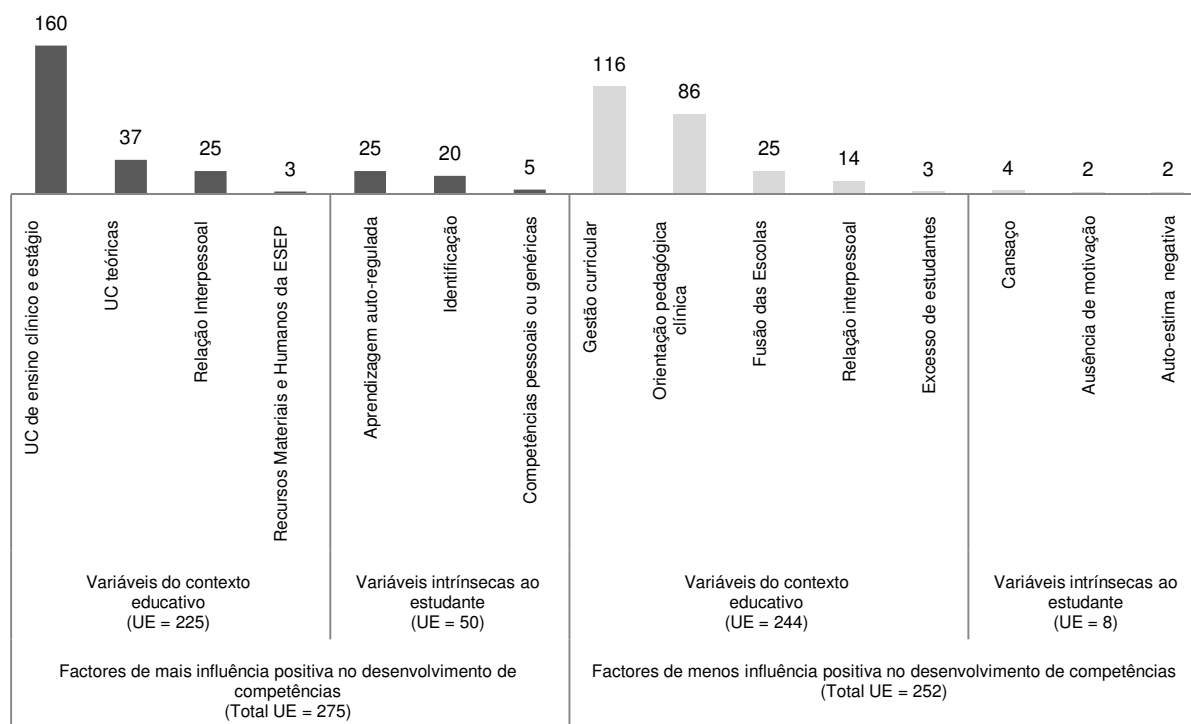
proporcionada pelo professor” (Font, 2007, p. 113). Portanto, o estudante pode utilizar aquilo que se pode considerar como alguns indicadores de AE, para exercer controlo sobre o seu processo de aprendizagem. Convém relembrar, que a persuasão verbal é uma das origens das crenças de AE.

No que concerne à ausência de motivação, perante esta, o esforço dos estudantes será menor e, serão menos capazes de auto-regular eficazmente a sua aprendizagem obtendo piores resultados (Walker *et al.*, 2005), repercutindo-se conseqüentemente na aquisição de competências, justificando o facto da ausência de motivação ter sido referida como um factor de menos influência positiva na aquisição de competências.

Relativamente ao cansaço, podemos dizer que alguns estudantes percebem a clínica como um espaço ansiogénico, porque a experiência de trabalho “assume um carácter extremamente pesado, porque lida com a vida e a morte, grandes tensões, (...) uma falha pode constituir um erro muito grave e um engano na medicação pode ser fatal (...) facto que torna as práticas clínicas em momentos particularmente difíceis (D’Espiney, 1997, p. 178). Por outro lado, na formação clínica os estudantes confrontam-se com situações complexas e inesperadas, em que o formador supervisa e avalia as necessidades dos utentes e dos formandos. Ao contrário da sala de aula, onde o trabalho é mais previsível e estruturado (Abreu, 2007). Ora, dado que os estudantes em situação de aprendizagem em ensino clínico e estágio “assumem indirectamente” funções de enfermeiro, as situações de stresse e de desgaste físico e emocional para os enfermeiros também o são, para os estudantes. De acordo com Figueiredo & Soares (1999, p. 52), alguns factores apontados para tal, são: a necessidade de saber mais e melhor, a auto-avaliação de competências, o receio de cometer erros, os horários de trabalho variáveis a sobrecarga de trabalho, dificuldades de relacionamento inter-pessoal, a falta de recursos materiais, a falta de tempo para reflectir sobre a prática profissional e a inexistência de oportunidades de valorização. Assim, aliados aos factores indutores de stresse para os enfermeiros somam-se os factores de stresse enquanto estudantes. No sentido contrário, as experiências enriquecedoras, permitem uma tomada de consciência de si e das situações, conduzem à interrogação sobre as coisas e a possíveis alterações nas práticas.

Finalizando:

Gráfico 7 – Representação dos Factores com influência no desenvolvimento de competências por parte dos estudantes de enfermagem



Verificámos que foram enumerados mais factores com mais influência positiva no desenvolvimento de competências, embora com uma diferença pouco significativa relativamente aos factores de menos influência positiva. Em ambas as categorias, verificou-se um predomínio das variáveis do contexto educativo face às variáveis intrínsecas ao estudante, reforçando a concepção de que os resultados da aprendizagem, aqui traduzidos no desenvolvimento de competências, dependem muito do ambiente ecológico que envolve o aluno (Bronfenbrenner, 1996). Também, saí reforçado o papel da formação prática na formação em enfermagem (Abreu, 2007), sendo capaz de “assegurar a aquisição de conhecimento, aptidões e atitudes necessárias às intervenções autónomas e interdependentes do exercício profissional de enfermagem” (artigo 5.º Portaria n.º 799-D/99).

Relativamente às questões do instrumento de colheita de dados: *Existem competências que não desenvolveu, e que gostaria de ter desenvolvido? Dê exemplos, e Porque considera que tal não aconteceu?* As respostas emergiram de acordo com a tabela 11, que se segue:

Tabela 11 – Área Temática: Existência de competências não desenvolvidas durante o CLE

Categoria	Subcategoria	Sub – Subcategoria	Sub - Sub - Subcategoria	Unidades de Contexto	UE	Freq.	
Competências não desenvolvidas durante o CLE (Total UE = 84)	Prestação e gestão de Cuidados (Total UE = 61; 72,6%)	Prestação de cuidados (Total UE = 56; 66,6%)	Execução	Ex: “Responder eficazmente em situações de emergência ou catástrofe” (S5); “Competências instrumentais, como manusear com destreza cateter venoso central” (S21); “Competências específicas de serviços específicos como cuidados intensivos” (S23); “Competências técnicas” (S57); “Destreza manual e estratégias de improvisado (...)” (S66)	49	58,3%	
			Comunicação e relações interpessoais	Ex: “Linguagem gestual” (S35); “Comunicação terapêutica” (S78); “Competências comunicacionais, aperfeiçoar a interação enfermeiro-utente” (S122)	7	8,3%	
		Princípios chave da prestação e gestão de cuidados		Ex: “Sentido de organização” (S50); “Capacidade de tomada de decisão...” (S66); “Gestão do tempo” (S119)	4	4,8%	
		Gestão de Cuidados	Delegação e Supervisão	Ex: “Delegação e supervisão de tarefas” (S24)	1	1,2%	
	Desenvolvimento Profissional (Total UE = 13; 15,5%)	Valorização profissional		Ex: “Capacidade de liderança” (S93); “Investigação em campo” (S158);	8	9,5%	
		Formação contínua		Ex: “Actuar como um tutor eficaz” (S49); “Mais competências a nível teórico em determinadas disciplinas” (S94)	5	6%	
	Pessoais ou genéricas (Total UE = 8; 9,5%)				Ex: “Inteligência emocional” (S29); “Gestão do stresse” (S102); “Auto-estima, iniciativa e criatividade” (S116)	8	9,5%
	Prática profissional, ética e legal (Total UE = 2; 2,4%)	Prática segundo a ética		Ex: “Competências que permitam executar c. de enfermagem culturalmente congruentes” (S133); “As questões éticas” (S147)	2	2,4%	

Nesta área temática, 92 estudantes referiram que não existiam competências que não tivessem desenvolvido, e 26 não responderam. Contudo, 81 estudantes enumeraram 84 competências que não desenvolveram que agrupamos por subcategorias. A sua designação decorreu da comparação do conteúdo das respostas com as competências do ECGs estabelecidas pela OE (2003), sendo adoptada a sua nomenclatura, à excepção da subcategoria referente às competências pessoais ou genéricas. Neste caso, usamos a mesma terminologia que Dias (2005) e Graveto (2005) adoptaram nos seus estudos, por encarmos que as unidades de contexto traduzem características pessoais, como já exposto previamente.

Achamos pertinente analisar as competências não desenvolvidas durante o CLE, associadas aos motivos referidos pelos estudantes. Assim, relativamente à subcategoria prestação e gestão de cuidados, nas competências de execução (que assumem valores maioritários: 58,3%; UE=47), os motivos subdividem-se conforme a tabela:

Tabela 12 – Representação dos Motivos do não desenvolvimento de competências de execução

Categoria	Subcategoria	Sub - Subcategoria	Unidades de Contexto	UE	Freq.
Motivos do não desenvolvimento de competências de execução (Total UE = 47)	Formação prática (Total UE = 38; 80,9%)	Ausência/insuficiência de experiências em áreas específicas	Ex: "(...) as situações de emergência foram poucas..." (S5); "Pouca experiência adquirida nestas situações, dado que nunca tive que as enfrentar em estágio" (S6); "Porque durante o estágio não tive oportunidade" (S14).	33	70,2%
		Alocação aleatória dos estudantes	Ex: "Porque não tive oportunidade de escolha para estes campos, pois todos os estágios foram impostos" (S31); "A colocação dos campos de estágio ser aleatória e não em função das características e desejos dos alunos" (S88)	3	6,4%
		Duração reduzida	Ex: "Gostava de ter mais ensino clínico nesta área" (S39); "Pouco tempo de estágio" (S57)	2	4,3%
	Formação teórica (Total UE = 9; 19,1%)	Ausência/insuficiência de conteúdos programáticos	Ex: "Conteúdos não previstos no programa" (S66); "(...) na teoria é pouco abordado" (S181)	9	19,1%

Observa-se que os motivos do não desenvolvimento de competências de execução, estão sobretudo relacionados com a «formação prática» (80,9%; UE=38), especialmente devido à «ausência/insuficiência de experiências em áreas específicas», o que se opõe à ideia já expressa anteriormente por alguns estudantes, em que a diversidade de experiências e de contextos de aprendizagem foram consideradas como

factores com mais influência positiva para o desenvolvimento de competências. Embora também, outros aspectos tenham sido referidos tendo ficado patente que alguns estudantes, como os sujeitos do estudo de García (2001, p. 163), consideram que a escola não os aborda como actores intervenientes no seu processo de aprendizagem, ao não serem consultados para a selecção dos locais de ensino prático. Estes resultados que atribuem maior responsabilidade à formação em cenário clínico seriam de se esperar dado que, estamos a falar de competências de âmbito mais prático: as de execução.

A «formação teórica» tem um peso de 19,1% (UE=9), sendo apontada a «ausência/insuficiência de conteúdos programáticos» que suportem o desenvolvimento de competências de “execução” no âmbito da prestação de cuidados.

No que se refere às competências de comunicação e relações interpessoais (8,3%; UE=7), da subcategoria prestação de cuidados, os motivos estão relacionados com a formação teórica, pois consideram que houve ausência deste conteúdo programático (4 UE) ou insuficiência do mesmo (2 UE). Para Dias (2005, p. 366), “a comunicação engloba o afecto ou a afectividade e se alarga à esfera psíquica, abrange os sentimentos e as emoções e determina a forma eficaz ou não de comunicar com os outros. (...) resulta das aprendizagens que cada um realiza e integra (...)”, situando-se na área das competências de comunicação terapêutica, e da relação de ajuda. E, atendendo a que no plano de estudos do CLE da ESEP, existe uma UC denominada “Comportamento e Relação”, e UC na área das ciências sociais e humanas, com aulas de índole teórico e prático, para além das UC de ensino clínico e estágio, estas justificações parecem um pouco incongruentes, para além, de estarmos da falar de um curso de enfermagem em que a relação é fundamental, e portanto, obrigatória no ensino.

Relativamente à sub-subcategoria princípios chave da prestação e gestão de cuidados (4,8%; UE=4), três estudantes não atribuíram causas ao não desenvolvimento de competências, e um estudante justificou não ter desenvolvido a “gestão do tempo” através da seguinte afirmação: “só nos eram atribuídos um máximo de 3 doentes nos estágios, a nível hospitalar”. Aqui também salientamos, que o plano de estudos contempla uma UC denominada “Gestão em enfermagem”.

No que diz respeito às competências de delegação e supervisão (1,2%; UE=1), da sub-subcategoria gestão de cuidados, a justificação foi: “por ainda não estar qualificada para tal”. Podemos compreender que esta competência tenha sido referida como não desenvolvida, apesar de irrisoriamente, pelo facto da delegação e supervisão

ser um processo complexo e associada a algum tempo de experiência profissional, apesar da acima mencionada UC “Gestão em enfermagem”.

No que se refere às competências de desenvolvimento profissional, especificamente as de valorização profissional (9,5%; UE=8): o não desenvolvimento da “capacidade de liderança” foi justificado pela “falta de oportunidade”. Quanto à não realização de “investigação em campo”, as causas atribuídas foram “sobrecarga horária” e a outra causa resume-se a esta afirmação: “devido ao facto de ser preconizado neste curso a realização apenas de um projecto de investigação o que não nos permite a implementação na prática da investigação”, algo que não está incluído num curso de licenciatura, como é o CLE.

Ainda nas competências de desenvolvimento profissional, relativamente às de formação contínua (6%; UE=5), o estudante que considera que não desenvolveu a competência: “Actuar como um tutor eficaz”, considera que “não é uma competência que o aluno deva adquirir”. Os restantes referem como motivos “o tempo reservado a determinadas disciplinas foi mínimo” e, “o curso não comporta uma abordagem de todas as áreas”. E a propósito do processo de tutoria, é admissível a resposta atrás apresentada, porque para reunir as características de um tutor é necessário algum tempo, dada a complexidade inerente ao papel, para além de ser importante possuir uma boa experiência clínica e que seja proporcionado aos tutores programas específicos de formação com o objectivo de desenvolver as suas competências pedagógicas e colaborar na formação de novos profissionais (Abreu, 2003, p. 59), condições estas, que os estudantes de enfermagem não reúnem no final do CLE. No que concerne às outras razões, também já foram mencionados anteriormente as questões relacionadas com o tempo e conteúdos programáticos adstritos às UC.

Estas competências remetem-nos ainda para a importância da aprendizagem ao longo da vida, para o “aprender a aprender” no contexto da profissão, como devendo ser sempre encarado como um processo inacabado, ilustrando a verdade expressa na afirmação do filósofo grego Sócrates: “Só sei que nada sei”.

No que concerne à subcategoria prática profissional, ética e legal, competências da prática segundo a ética (2,4%; UE=2), os motivos referidos foram: “não há uma UC ou temática no curso que elucide sobre a área” (S133) e “possivelmente o modo de estruturação da disciplina de Bioética, aliado ao facto da não confrontação com nenhuma situação relativa a estes aspectos” (S147). Estas respostas não validam o plano de estudos do CLE, dado que, existe uma UC teórica prevista no 2º ano (Bioética) com

aulas teórico-práticas e de orientação tutorial, apesar de ética não ser o mesmo que bioética, as questões éticas são abordadas, e nas UC de ensino clínico e estágio, é possível a tal “confrontação”.

No que se refere à subcategoria das competências pessoais ou genéricas (9,5%; UE=8), os motivos atribuídos relacionaram-se com os enfermeiros tutores, ex: “os enfermeiros tutores não permitem”, com os professores, ex: “porque os docentes não reforçam positivamente nos momentos adequados”, e, com características de personalidade, ex: “tenho uma personalidade frágil”.

Verificou-se que voltaram a ser mencionados aspectos relacionados com os reforços e com a auto-estima, o que já foi discutido anteriormente, apenas acrescentámos que a mesma pode e deve ser melhorada, pois favorece a disponibilidade para aprender. Realçámos ainda, que nesta subcategoria foi feita referência ao desenvolvimento da inteligência emocional, e a este respeito pode dizer-se que Kleehammer e outros (1990) propõem o seu desenvolvimento por parte dos estudantes, no decurso da prática, (citado por Abreu, 2003, p. 45).

O percurso neste trajecto conduz-nos agora à análise dos dados quantitativos.

4.2 – ANÁLISE DA PAEE NAS COMPETÊNCIAS DO ECGs

Antes da realização da Análise Factorial (AF) foram contemplados alguns critérios necessários à sua realização: a amostra foi mensurada pela medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e, teste de esfericidade de Bartlett para testar a hipótese de matriz das correlações. Ambos os procedimentos estatísticos permitem aferir a qualidade das correlações entre as variáveis de forma a prosseguir com a AF. O teste de KMO foi calculado em 0,92, pelo que concluímos, que a recomendação relativamente à AF é excelente (Pestana & Gageiro, 2008), sendo a matriz dos dados adequada para a mesma. O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um nível de significância de $p < 0,05$, o que conduz à rejeição da hipótese nula que afirma não haver correlação entre as variáveis iniciais (Maroco, 2007). Pelo contrário, existem inter-correlações estatisticamente significativas, permitindo a utilização do modelo factorial.

Salienta-se que apesar de ter sido solicitado o preenchimento de todas as respostas, alguns inquéritos (apesar de muito poucos) estão incompletos, mas optámos

por os incluir na análise, pois o número de não respostas não foi significativo, e na AF, estas assumiram o valor da média das respostas no item em questão.

4.2.1 – Análise factorial exploratória (AFE)

A estrutura relacional da PAEE nas competências do ECGs (II, III e IV Parte do questionário) foi avaliada pela AFE sobre a matriz de correlações, com extracção dos factores pela análise de componentes principais (ACP), seguida de uma rotação ortogonal Varimax com normalização de Kaiser “com o objectivo de minimizar o número de variáveis com elevados pesos num factor” (Dias, 2005, p. 294), que convergiu em 18 interacções. E, foi utilizada a AFE, não pretendendo à partida confirmar o modelo teórico criado pela OE (2003), porque trata-se de uma técnica de análise multivariada, cujo objectivo primordial é “o de atribuir um *score* (quantificação) a «constructos» ou factores que não são directamente observáveis” (Maroco, 2007, p. 361). Este *score*, pondera as respostas altamente correlacionadas, representando a informação presente em diversas variáveis num número de factores, que permitem identificar as relações entre as variáveis que de outra forma passariam despercebidas no imenso conjunto de variáveis originais. Eis a razão da nossa opção por este método.

A ACP permite a redução da complexidade dos dados, avaliando a carga (saturação) de cada item nos factores identificados, indicando essa carga a co-variância presente entre o factor e o item. Por seu lado, o objectivo da rotação Varimax “é obter uma estrutura factorial na qual uma e apenas uma das variáveis originais esteja fortemente associada com um único factor, e pouco associada com os restantes factores” (Maroco, 2007, p. 375), isto é, pretende originar uma solução interpretável.

No nosso estudo, não determinámos à partida o número de factores a extrair e, obtivemos 17 factores (componentes) comuns retidos dado que, são apenas 17, os factores com *eigenvalue* superior a 1 (critério de Kaiser) (Anexo 3). Especificou-se este valor acima do qual se extraem os factores, pois pretende-se que cada componente principal (factor) seleccionado “explique pelo menos tanta variância quanto cada uma das variáveis originais (que no caso das variáveis standardizadas é 1)” (Maroco, 2007, p. 347). E porque, segundo Maroco (2007) a utilização de um único critério pode levar à retenção de mais ou menos factores do que aqueles relevantes para descrever a estrutura latente, aos 17 factores sugeridos pela ACP, que explicavam uma variância de 76% (sendo o primeiro factor responsável por 42,42% da variância total), que posteriormente

foram rodados, aplicou-se o critério de exclusão de cargas factoriais inferiores a 0,4 (Polit & Hungler, 1995; Graveto, 2005) atendendo também, ao máximo da variância explicada. Outro dos critérios tido em consideração, foi no caso de existir saturação em mais do que um factor incluía-se o item no factor em que o valor de saturação era mais elevado (à excepção se a sua interpretação descritiva não o justificasse). Automaticamente, os 17 factores ficam reduzidos em 15, dado que a saturação dos itens dos factores 16 e 17 era inferior a 0,4 (Anexo 4).

Após os critérios de inclusão, os itens 2, 5, 14, 29, 30, 32, 33, 54 e 61 passaram a não pertencer a qualquer factor, todavia, decidimos não eliminar nenhum item, dada a sua importância conceptual ao representarem as competências exigidas pela OE para o título profissional de enfermeiro. Posteriormente, reconstituímos os resultados em 13 factores, porque “quantas mais componentes retemos, menos úteis se torna cada uma delas” (Maroco, 2007, p. 346) e, fomos medir a consistência interna dos mesmos, com o intuito de averiguar se esses itens iriam perturbar a fiabilidade interna, tendo-se verificado, que o coeficiente alfa de Cronbach mantém valores elevados, mantendo-se portanto, os 13 factores com os itens reconstituídos. Hill & Hill (2002, p. 149), propõem a escala seguinte, que permite avaliar o valor de uma medida de fiabilidade:

Tabela 13 – Escala de avaliação da fiabilidade

Maior que 0,9	Excelente
Entre 0,8 e 0,9	Bom
Entre 0,7 e 0,8	Razoável
Entre 0,6 e 0,7	Fraco
Abaixo de 0,6	Inaceitável

Na tabela em anexo 5, reproduzem-se os pesos de cada variável (item) em cada factor, a percentagem da variância explicada e, de acordo com esses pesos, nomeou-se os factores. Assim, essa nomeação ocorreu considerando o (s) item (ns) com maior carga factorial (o que maior contributo dá para a definição do factor), sem menosprezar o facto de todos contribuírem para essa definição, tentando aproximar com a categorização proposta pela OE (2003), o que se encontra descrito nas próximas tabelas.

No intuito de tentar interpretar cada factor, considerou-se que cada variável (item) mede um tipo específico de PAEE e que todas estão correlacionadas com o factor; portanto, todas medem alguma coisa em comum (ou seja o factor). Os factores são então variáveis latentes de percepção global de AEE nas competências do ECGs.

Tabela 14 – Factor 1: PAEE nas Competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais
51	Rever e reformular o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	0,777
52	Documentar o plano de cuidados.	0,720
53	Implementar os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.	0,713
46	Formular um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	0,703
58	Avaliar e documentar a evolução, no sentido dos resultados esperados.	0,701
50	Identificar resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	0,689
60	Utilizar os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados.	0,680
55	Documentar a implementação das intervenções.	0,610
45	Analisar, interpretar e documentar os dados com exactidão.	0,603
49	Estabelecer prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	0,558
62	Comunicar com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.	0,546
1	Aceitar a responsabilidade e responder pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.	0,516
59	Colaborar com os clientes e / ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.	0,506
63	Assegurar que a informação dada ao cliente e / ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.	0,487
48	Garantir que o cliente e / ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.	0,482
47	Consultar membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.	0,451
66	Utilizar a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada.	0,443
61	Iniciar, desenvolver e suspender relações terapêuticas com o cliente e / ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.	0,398
2	Reconhecer os limites do seu papel e da sua competência.	0,388
54	Praticar enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.	0,379
Variância explicada		42,421%
Alfa de Cronbach		0,960

O primeiro factor foi então, nomeado PAEE nas Competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem (dado que inclui todas as competências abarcadas nesta categoria pela OE em 2003, e outras), apresentando uma consistência interna elevada (alfa de Cronbach = 0,96).

Observando o anexo 6, nomeadamente as relações entre cada item e o F1 (*Item-Total Statistics*), verificámos relativamente aos itens 61, 2 e 54 (os que foram reenquadrados no factor), que o alfa de Cronbach, se estes itens fossem eliminados, praticamente mantinha-se inalterado, o que significa que contribuem para a consistência interna (embora o item 2 seja o que menos contribui), pelo que, se mantêm neste factor.

Tabela 15 – Factor 2: PAEE nas Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais	
75	Contribuir para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.	0,810	
76	Valorizar os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.	0,805	
79	Ter em conta a perspectiva dos clientes e / ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.	0,771	
78	Rever e avaliar os cuidados com os membros da equipa de saúde.	0,770	
74	Estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.	0,763	
77	Participar com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.	0,742	
71	Implementar procedimentos de controlo de infeção.	0,635	
70	Garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	0,494	
68	Criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.	0,475	
65	Comunicar com o cliente e / ou familiares, de forma a dar-lhes poder.	0,416	
		Variância explicada	4,860%
		Alfa de Cronbach	0,939

O F2 foi denominado PAEE nas Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais, atendendo aos critérios atrás referidos (note-se que todos os itens desta categoria no documento da OE estão aqui agrupadas, à excepção do item 73). O cálculo da fidelidade para este factor revela que os 10 itens com significado estatístico, apresentam um valor global de consistência interna de alfa de Cronbach = 0,939, o que representa uma consistência interna excelente (Anexo 6).

Tabela 16 – Factor 3: PAEE nas Competências de Promoção da Saúde; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais	
37	Actuar de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.	0,749	
38	Fornecer informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.	0,698	
36	Aplicar conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.	0,653	
40	Proporcionar apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.	0,568	
41	Reconhecer o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.	0,537	
35	Participar nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.	0,507	
42	Aplicar o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.	0,481	
34	Ver o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.	0,456	
44	Efectuar, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.	0,428	
39	Demonstrar compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.	0,419	
30	Interpretar, de forma adequada, os dados objectivos	0,391	
29	Apresentar a informação de forma clara e sucinta.	0,379	
33	Trabalhar em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.	0,326	
		Variância explicada	4,236%
		Alfa de Cronbach	0,948

Neste factor, também se verifica uma excelente consistência interna, com alfa de Cronbach = 0,948. Os itens que foram reenquadrados no F3 correspondem ao item 30, 29 e 33 e da mesma forma, observando o anexo 6, verificamos que a eliminação de qualquer um dos itens traduzir-se-ia numa ténue descida do alfa de Cronbach, pelo que se mantém a composição deste factor. O item 33 é aquele que menor contribuição tem no factor. 10 dos 12 itens que estão agrupados nesta categoria no documento da OE (2003), também se agruparam no nosso estudo, o que reforça a nomeação adoptada.

Tabela 17 – Factor 4: PAEE nas Competências de Valorização Profissional; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais
84	Defender o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.	0,744
85	Contribuir para o desenvolvimento da prática de enfermagem.	0,725
86	Valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.	0,676
90	Participar em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.	0,663
87	Actuar como um modelo efectivo.	0,629
89	Utilizar indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.	0,627
88	Assumir responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.	0,548
73	Aplicar o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.	0,497
83	Promover e manter a imagem profissional da enfermagem.	0,443
		Variância explicada
		3,561%
		Alfa de Cronbach
		0,923

Tabela 18 – Factor 5: PAEE nas Competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais
23	Aplicar o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.	0,741
22	Iniciar e participar nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.	0,711
24	Ajuizar e tomar decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.	0,660
21	Incorporar, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.	0,601
25	Fornecer a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.	0,507
28	Actuar como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.	0,503
20	Aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.	0,469
43	Avaliar a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.	0,428
64	Responder apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e / ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.	0,405
27	Demonstrar compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.	0,401
		Variância explicada
		2,383%
		Alfa de Cronbach
		0,907

Pela análise das duas tabelas anteriores (17 e 18), verificámos que os itens com valores estatisticamente significativos para a PAEE nas Competências de Valorização Profissional e, na PAEE nas Competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados, apresentam um valor global de alfa de Cronbach = 0,923 e alfa de Cronbach = 0,907, indicando excelente consistência interna nos dois factores (Anexo 6).

Realça-se ainda que todas competências agrupadas na categoria Valorização Profissional, denominada pela OE (2003), também estão agrupadas no nosso factor com a mesma designação. A nomenclatura adoptada no F5, também vai de encontro à da OE, estando incluídos neste factor mais de 50% dos itens agrupados na categoria com o mesmo nome, adoptada em 2003.

Tabela 19 – Factor 6: PAEE nas Competências de Prática Ético-Legal; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais
17	Praticar de acordo com a legislação aplicável.	0,706
12	Abordar de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	0,609
18	Praticar de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.	0,588
13	Identificar práticas de risco e adoptar as medidas apropriadas.	0,531
16	Prestar cuidados culturalmente sensíveis.	0,526
11	Respeitar o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.	0,525
15	Respeitar os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.	0,520
19	Reconhecer e actuar nas situações de infracção violação da Lei e / ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.	0,500
32	Demonstrar compreender as políticas de saúde e sociais.	0,377
14	Reconhecer as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.	0,342
		Variância explicada
		2,177%
		Alfa de Cronbach
		0,927

Os itens 32 e 14 foram reenquadrados no F6 e no caso da sua exclusão, semelhante conferimos que o alfa de Cronbach apresenta uma ligeira descida, o que significa que os itens contribuem para a consistência interna do factor (que é excelente) e assim, conservam-se nesta composição factorial. Até porque, o item que menos contribui para a consistência interna total é o 11 (Anexo 6). Tendo em consideração a categorização efectuada pela OE, neste factor todas as competências da prática legal estão agrupadas, e 50 % dos itens da categoria prática ética da OE (2003) também estão presentes, daí a denominação de PAEE nas Competências de Prática Ético-Legal, entendendo que a ética é “a capacidade especificamente humana que permite que os seres humanos actuem e decidam após a ponderação de valores” (Serrão, 2008, p. 17).

Tabela 20 – Factor 7: PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais
82	Manter responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.	0,702
80	Delegar noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.	0,690
81	Utilizar uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados a outro.	0,686
69	Utilizar instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.	0,454
67	Demonstrar atenção sobre os desenvolvimentos / aplicações locais, no campo das tecnologias	0,411

	da saúde.	
72	Registar e comunicar à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.	0,403
	Variância explicada	2,045%
	Alfa de Cronbach	0,882

Tabela 21 – Factor 8: PAEE nas Competências de Prática Ético-Moral; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais
9	Garantir a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.	0,705
10	Respeitar o direito do cliente à privacidade.	0,616
8	Respeitar o direito dos clientes ao acesso à informação.	0,580
	Variância explicada	1,940%
	Alfa de Cronbach	0,789

Tabela 22 – Factor 9: PAEE nas Competências de Execução de Cuidados; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais
57	Responder eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.	0,607
26	Organizar o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.	0,595
56	Responder eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente.	0,576
31	Demonstrar compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.	0,505
	Variância explicada	1,735%
	Alfa de Cronbach	0,840

Pela análise das três tabelas anteriores (20, 21 e 22), observa-se que o cálculo da fidelidade para as três dimensões é boa ou razoável (Anexo 6). O F7 denominou-se PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão, atendendo a que inclui todas as competências desta categoria adoptada pela OE em 2003, e que por sua vez, possuem o maior peso factorial. No que se refere ao F8, denominamos de PAEE nas Competências de Prática Ético-Moral, e uma vez que todos os itens aqui agrupados se encontram na categoria da Prática Ética na OE, tal como os do F10 (à frente demonstrado). Acrescentámos a palavra Moral, para diferenciar e, porque Moral é “conjunto de normas de conduta reconhecidas por um determinado grupo social ou propostas por uma religião, autor, corrente; sistema particular de ética” (Academia das Ciências de Lisboa, 2001, p. 2523). Sendo uma dimensão de toda a consciência humana, a “moralidade, enquanto respeito por normas e princípios, é do domínio do dever e reguladora da conduta” (Nunes, 2002, p. 10). “A moral é atravessada pela norma - se tem «lei», «regra», é desta esfera; parâmetros que indicam o que se pode ou não pode fazer” (Nunes, 2008, p. 33), e o “ético não é algo estranho a nós - envolve um juízo e determina, em si, uma escolha, uma direcção para agir (Nunes, 2008, p. 34), o que vai de encontro à interpretação dos itens aí incluídos.

Ao F9 denominamos PAEE nas Competências de Execução de Cuidados, atendendo ao item com maior peso factorial.

Tabela 23 – Factor 10: PAEE nas Competências Éticas; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais
6	Envolver-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.	0,690
7	Actuar na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no código deontológico.	0,671
5	Exercer de acordo com o código deontológico.	0,388
		Variância explicada
		1,707%
		Alfa de Cronbach
		0,780

No F10, apenas se acomodou o item 5 e, apesar de ser este o que menor contribuição dá ao factor, se fosse suprimido, verificava-se uma descida do alfa de Cronbach para 0,763, pelo que, se conserva o ajuste efectuado (Anexo 6). Foi atribuída esta nomenclatura, atendendo a que os itens são princípios de um código de valores necessários ao bom desempenho da profissão, que constitui a ética (Dias, 2005).

Tabela 24 – Factor 11: PAEE nas Competências de Formação Contínua; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais
93	Actuar no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.	0,678
91	Levar a efeito uma revisão regular das suas práticas.	0,609
92	Assumir responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.	0,542
96	Aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.	0,436
		Variância explicada
		1,501%
		Alfa de Cronbach
		0,869

Tabela 25 – Factor 12: PAEE nas Competências de Responsabilidade; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais
3	Consultar peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.	0,790
4	Consultar outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.	0,638
		Variância explicada
		1,447%
		Alfa de Cronbach
		0,807

Tabela 26 – Factor 13: PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais; Variância explicada, Alfa de Cronbach e Saturação do item

Nº do Item	Descrição do Item	Pesos Factoriais
95	Actuar como um mentor / tutor eficaz.	0,700
94	Contribuir para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.	0,589
		Variância explicada
		1,309%
		Alfa de Cronbach
		0,755

Pelas três tabelas anteriores, verifica-se uma boa consistência interna no F11 e F12, sendo razoável no factor de PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais (F13) (Anexo 6). Todos os itens agora agrupados no F11, também se agruparam na categoria da OE referente às competências de Formação Contínua, daí a

sua designação. Por seu turno os itens que agora se agrupam no F13, também estavam incluídos nessa categoria (Formação Contínua) da OE, assim, no intuito de distinguir os factores e, atendendo ao conteúdo dos itens, designámo-lo PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais (F13). Os itens que fazem parte do F12, estão incluídos na categoria referente à Responsabilidade, no documento da OE (2003), portanto foi assim, denominado.

Sintetizando: Decidimos não excluir nenhum dos itens, pois não prejudicavam a homogeneidade dos factores, dado que a análise dos itens apresentou correlações item-total e correlações entre itens adequadas. Podemos portanto, considerar que os itens têm um razoável ou bom contributo, nos factores a que pertencem, e na constituição do valor global da PAEE nas competências do ECGs. Para além disso, a consistência interna da escala geral, foi de alfa de Cronbach = 0,985, validando essa boa inter-correlação entre todos e a fiabilidade interna da percepção global de AEE sobre as competências.

Obtivemos uma AF que permitiu a hierarquização da informação disponível, por ordem decrescente do grau de explicação do fenómeno em estudo, em que, as variáveis compósitas (13 factores) explicam 71,32% da variância total das variáveis originais (96 itens), resumindo as relações existentes entre elas. Verificámos ainda, que os resultados da AF dispersam-se um pouco das dimensões preliminarmente propostas pela OE, dado que, alguns itens foram encaminhados para factores diferentes dos originais, mas, a consistência interna dos mesmos manteve-se muito elevada, confirmando a fidelidade de cada factor e do modelo em geral, havendo portanto, validade psicométrica. O modelo proposto pela OE (2003) apresenta 15 dimensões e, no nosso estudo obtivemos 13, verificando-se uma grande concentração de itens (20) num único factor (F1) que representa cerca de 21% do total de competências do modelo.

A estatística descritiva de cada factor é representada de seguida e posteriormente apresenta-se um quadro resumo da mesma.

Quadro 5 – Representação da PAEE nas Competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem

Item	Escala Descrição	9	8	7	6	5	4	3	2	1
		TC				C				TI
51	Rever e reformular o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	30,7%	40,7%	17,1%	8%	3,5%				
52	Documentar o plano de cuidados.	37,2%	39,7%	13,6%	4,5%	4%	0,5%		0,5%	

53	Implementar os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.	34,7%	43,2%	15,6%	3%	3,5%			
46	Formular um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	34,2%	39,2%	16,1%	4,5%	5,5%	0,5%		
58	Avaliar e documentar a evolução, no sentido dos resultados esperados.	22,1%	38,7%	26,1%	8%	4%	1%		
50	Identificar resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	25,1%	36,2%	24,6%	8,5%	5%	0,5%		
60	Utilizar os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados.	26,6%	43,2%	21,1%	5%	3,5%	0,5%		
55	Documentar a implementação das intervenções.	39,2%	39,2%	13,1%	5%	3,5%			
45	Analisar, interpretar e documentar os dados com exactidão.	24,6%	38,7%	21,1%	9,5%	4,5%	1,5%		
49	Estabelecer prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	34,2%	35,2%	19,1%	7%	4,5%			
62	Comunicar com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.	31,2%	39,7%	21,6%	3%	3,5%	0,5%		
1	Aceitar a responsabilidade e responder pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.	50,8%	28,6%	13,6%	3%	4%			
59	Colaborar com os clientes e / ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.	21,6%	35,7%	30,7%	7%	4,5%	0,5%		
63	Assegurar que a informação dada ao cliente e / ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.	33,2%	41,2%	17,1%	5%	3%	0,5%		
48	Garantir que o cliente e / ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.	33,7%	38,7%	19,6%	4,5%	3,5%			
47	Consultar membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.	22,6%	38,7%	22,6%	9,5%	6%	0,5%		
66	Utilizar a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada.	30,2%	40,2%	15,6%	7%	6,5%			
61	Iniciar, desenvolver e suspender relações terapêuticas com o cliente e / ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.	27,6%	44,2%	20,6%	2,5%	4,5%	0,5%		
2	Reconhecer os limites do seu papel e da sua competência.	25,6%	39,7%	21,1%	4%	9,5%			

54	Praticar enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.	36,2%	46,7%	12,1%	1,5%	3,5%				
----	---	-------	-------	-------	------	------	--	--	--	--

Analisando detalhadamente este factor, verificámos que os estudantes onde maioritariamente (50,8%) se percebem em termos de AEE como “Totalmente Competentes” diz respeito a “Aceitar a responsabilidade e responder pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora”. Observa-se uma resposta (0,5%) com valores negativos (4) de PAEE nas competências: “Formular um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores”; “Identificar resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e/ou revistos, em colaboração com os clientes e/ou cuidadores”; “Utilizar os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados”; “Comunicar com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência”; “Colaborar com os clientes e/ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados”; “Assegurar que a informação dada ao cliente e/ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara”; “Consultar membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais”; “Iniciar, desenvolver e suspender relações terapêuticas com o cliente e/ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais” e, “Documentar o plano de cuidados”. Relativamente a esta última competência, verificou-se ainda um valor mais baixo (2) na nossa escala.

Duas respostas (1%) representam a PAEE negativa na competência: “Avaliar e documentar a evolução, no sentido dos resultados esperados” e três repostas (1,5%) na competência: “Analisar, interpretar e documentar os dados com exactidão”. Relativamente a todas as outras competências deste factor, os estudantes têm em maior percentagem, uma PAEE vizinha do “Totalmente Competente” (8 na escala tipo *likert*).

Quadro 6 – Representação da PAEE nas Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais

Item	Escala Descrição	9	8	7	6	5	4	3	2	1
		TC				C				TI
75	Contribuir para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.	42,7%	38,2%	14,1%	1,5%	3%				
76	Valorizar os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.	35,2%	43,2%	15,2%	3%	3%				
79	Ter em conta a perspectiva dos clientes e / ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.	32,2%	43,2%	17,1%	3,5%	4%	0,5%			

78	Rever e avaliar os cuidados com os membros da equipa de saúde.	26,1%	48,7%	17,1%	5%	2,5%				
74	Estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.	41,7%	39,2%	14,1%	2,5%	2%	0,5%			
77	Participar com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.	32,2%	46,7%	13,6%	2,5%	4,5%				
71	Implementar procedimentos de controlo de infeção.	45,7%	35,2%	12,6%	4%	2,5%				
70	Garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	51,3%	34,2%	8%	5%	1%	0,5%			
68	Criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.	25,6%	41,2%	18,6%	7,5%	6,5%	0,5%			
65	Comunicar com o cliente e / ou familiares, de forma a dar-lhes poder.	28,6%	37,2%	22,1%	7,5%	4%	0,5%			

Analisando o quadro anterior, verificámos que a PAEE dos estudantes é sobretudo “Totalmente Competente” ou muito próximo desta percepção, no factor das Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais, em que a competência: “Garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas” se destaca dado que 102 estudantes (51,3%) percebem-se como totalmente competentes, em termos de AEE. Observa-se ainda, uma (0,5%) resposta negativa (4 na escala), nas competências: “Ter em conta a perspectiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional”; “Estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa”; “Garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas”; “Criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco”; “Comunicar com o cliente e/ou familiares, de forma a dar-lhes poder”.

Quadro 7 – Representação da PAEE nas Competências de Promoção da Saúde

Item	Descrição	Escala								
		9 TC	8	7	6	5 C	4	3	2	1 TI
37	Actuar de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.	29,1%	39,2%	21,1%	7%	3%	0,5%			
38	Fornecer informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.	26,6%	40,7%	20,6%	6,5%	5,5%				
36	Aplicar conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.	19,6%	41,7%	21,1%	11,6%	6%				
40	Proporcionar apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.	16,1%	43,7%	26,1%	7,5%	6%	0,5%			

41	Reconhecer o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.	38,2	38,7%	14,6%	5,5%	3%				
35	Participar nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.	25,1%	39,7%	22,6%	8,5%	3,5%	0,5%			
42	Aplicar o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.	20,1%	43,2%	23,6%	8,5%	3,5%	1%			
34	Ver o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.	30,7%	40,2%	16,6%	7%	5%				
44	Efectuar, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.	22,1%	31,2%	30,7%	9%	6,5%	0,5%			
39	Demonstrar compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.	12,1%	37,2%	32,2%	10,1%	7%	1,5%			
30	Interpretar, de forma adequada, os dados objectivos	19,6%	30,7%	29,6%	11,6%	8%	0,5%			
29	Apresentar a informação de forma clara e sucinta.	30,2%	38,2%	20,6%	6%	5%				
33	Trabalhar em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.	28,6%	36,2%	18,6%	10,1%	6%	0,5%			

No que concerne às Competências de Promoção da Saúde, verificámos que os valores percentuais mais elevados de PAEE assumem um valor (8) muito próximo do “Totalmente Competente”. Existem estudantes que têm uma PAEE negativa, porém próxima do “Competente” (4), nas competências: “Actuar de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis”; “Proporcionar apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente”; “Participar nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação”; “Aplicar o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades”; “Efectuar, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem”; “Demonstrar compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades”; “Interpretar, de forma adequada, os dados objectivos”; “Trabalhar em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades”.

Quadro 8 – Representação da PAEE nas Competências de Valorização Profissional

Item	Escala Descrição	9	8	7	6	5	4	3	2	1
		TC				C				TI
84	Defender o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.	20,1%	35,2%	28,1%	4%	9,5%	2,5%			
85	Contribuir para o desenvolvimento da prática de enfermagem.	34,2%	35,7%	19,6%	4%	4,5%	1,5%			
86	Valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.	31,7%	29,6%	22,1%	5,5%	9,5%	1%			
90	Participar em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.	18,1%	31,2%	31,2%	8%	8,5%	2,5%			
87	Actuar como um modelo efectivo.	20,6%	36,2%	23,1%	8,5%	10,6%	0,5%			
89	Utilizar indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.	13,6%	35,2%	26,6%	12,1%	10,1%	2%			
88	Assumir responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.	14,1%	34,7%	27,6%	9,6%	11,6%	2%			
73	Aplicar o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.	22,1%	40,2%	18,6%	8,5%	10,1%	0,5%			
83	Promover e manter a imagem profissional da enfermagem.	51,3%	33,2%	11,1%	2%	2%				

Através do quadro 8, os estudantes finalistas do CLE percebem-se em termos de AEE maioritariamente como “Totalmente Competentes” (51,3%) face a “promover e manter a imagem profissional da enfermagem” e, não se apuram respostas negativas, nesta competência. De igual forma, os valores de PAEE sobre todas as outras competências deste factor são elevados, conforme a maior representação das respostas no valor 8 ou 9 da escala. Contudo, em todas as competências verificam-se valores negativos (4 na escala) de auto-percepção, à excepção da já mencionada, que variam entre uma (0,5%) e cinco (2,5%) respostas dos estudantes finalistas.

Quadro 9 – Representação da PAEE nas Competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados

Item	Escala Descrição	9	8	7	6	5	4	3	2	1
		TC				C				TI
23	Aplicar o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.	17,1%	40,2%	21,1%	14,1%	7%	0,5%			
22	Iniciar e participar nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.	8,5%	33,2%	30,2%	9,5%	16,1%	2%	0,5%		
24	Ajuizar e tomar decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.	16,6%	38,2%	23,6%	12,1%	8,5%	1%			

21	Incorporar, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.	15,1%	33,7%	33,2%	8,5%	8,5%	1%			
25	Fornecer a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.	21,6%	38,7%	19,1%	14,1%	6%	0,5%			
28	Actuar como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.	12,1%	33,7%	31,7%	10,1%	11,6%	1%			
20	Aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.	23,1%	39,7%	27,6%	6%	3,5%				
43	Avaliar a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.	13,6%	38,2%	30,7%	9,5%	8%				
64	Responder apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e / ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.	23,6%	37,2%	23,6%	8%	7%	0,5%			
27	Demonstrar compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.	16,6%	32,2%	29,6%	9,5%	11,1%	1%			

Em todas as competências deste factor, a maior representação de respostas de PAEE, encontra-se muito próximo do “Totalmente Competente”, embora, haja 1 (0,5%), 2 (1%) ou 4 (2%) estudantes que têm uma percepção negativa, o que se presencia em todas as competências, exceptuando em “Aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem” e “Avaliar a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde”. Não há registos no “Totalmente Incompetente”.

Quadro 10 – Representação da PAEE nas Competências de Prática Ético-Legal

Item	Descrição	Escala								
		9 TC	8	7	6	5 C	4	3	2	1 TI
17	Praticar de acordo com a legislação aplicável.	35,2%	33,7%	15,6%	9%	6,5%				
12	Abordar de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	25,6%	43,7%	20,1%	6,5%	4%				
18	Praticar de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.	26,6%	35,7%	21,1%	6,5%	10,1%				
13	Identificar práticas de risco e adoptar as medidas apropriadas.	22,1%	46,2%	18,6%	8%	5%				
16	Prestar cuidados culturalmente sensíveis.	16,6%	39,7%	26,6%	7%	9,5%	0,5%			
11	Respeitar o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.	38,2%	42,2%	13,6%	3%	3%				
15	Respeitar os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.	31,7%	39,2%	19,1%	4,5%	5%	0,5%			

19	Reconhecer e actuar nas situações de infracção violação da Lei e / ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.	19,6%	35,2%	22,1%	8%	12,6%	1,5%	0,5%		0,5%
32	Demonstrar compreender as políticas de saúde e sociais.	4,5%	22,6%	28,1%	20,1%	16,6%	5,5%	1%	0,5%	1%
14	Reconhecer as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.	21,1%	43,7%	18,6%	9,5%	6%	1%			

Na PAEE nas Competências de Prática Ético-Legal, verificámos que apesar da maior representação de respostas de PAEE em todas as competências ser elevada (de 7 a 9), existem competências em que 1 (0,5%) ou 2 (1 %) estudantes se auto-percebem “Totalmente Incompetentes”, em: “Reconhecer e actuar nas situações de infracção violação da Lei e/ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem” e em “Demonstrar compreender as políticas de saúde e sociais”. Nesta última competência, no total, 16 (8%) respostas caracterizam valores negativos de PAEE, e 5 (2,5%) face à competência anteriormente mencionada. Apuramos ainda, que igualmente, um estudante (0,5%) tem uma percepção negativa de AEE na competência “Respeitar os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos” e, na competência “Prestar cuidados culturalmente sensíveis”.

Quadro 11 – Representação da PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão

Item	Descrição	Escala								
		9 TC	8	7	6	5 C	4	3	2	1 TI
82	Manter responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.	29,1%	36,2%	17,1%	7%	9,5%	0,5%			
80	Delegar noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.	15,1%	35,2%	26,1%	10,1%	12,1%		1%		
81	Utilizar uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados a outro.	14,1%	27,6%	36,2%	10,1%	10,1%	1%	0,5%		
69	Utilizar instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.	17,1%	33,2%	27,6%	14,1%	7%	0,5%	0,5%		
67	Demonstrar atenção sobre os desenvolvimentos / aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.	15,6%	35,7%	31,2%	9%	7,5%	1%			
72	Registar e comunicar à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.	21,1%	37,2%	21,6%	10,1%	8,5%	0,5%	0,5%		0,5%

Conferimos que em todas as competências deste factor existem posições negativas de PAEE, sendo 13 (6,5%) respostas no total, em que 1 estudante (0,5%) tem uma percepção de “Totalmente Incompetente” face a “Registar e comunicar à autoridade competente as preocupações relativas à segurança”, sendo também nesta competência, onde se verificam mais registos (1,5%) abaixo do “Competente”. Porém,

de uma forma geral, a maior representação de PAEE sobre as competências deste factor situa-se mais próximo do “Totalmente Competente”, variando entre os 36,2% (72 estudantes) e os 37,2% (74 estudantes), que se refere à competência “Registar e comunicar à autoridade competente as preocupações relativas à segurança”, demonstrando portanto, uma grande variabilidade de respostas face à mesma.

Quadro 12 – Representação da PAEE nas Competências de Prática Ético-Moral

Item	Escala Descrição	9	8	7	6	5	4	3	2	1
		TC				C				TI
9	Garantir a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.	58,3%	26,1%	11,6%	1,5%	2,5%				
10	Respeitar o direito do cliente à privacidade.	60,3%	27,1%	10,1%	1%	1,5%				
8	Respeitar o direito dos clientes ao acesso à informação.	46,7%	34,7%	12,6%	2,5%	3,5%				

Verificamos que em todas as competências deste factor, a maior representação de respostas de PAEE dos estudantes finalistas se situa no “Totalmente Competente”, não existindo valores aquém do “Competente”. Salienta-se com 60,3% (120 estudantes), o registo relativo a “Respeitar o direito do cliente à privacidade”.

Quadro 13 – Representação da PAEE nas Competências de Execução de Cuidados

Item	Escala Descrição	9	8	7	6	5	4	3	2	1
		TC				C				TI
57	Responder eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.	3%	20,6%	29,1%	19,1%	16,6%	10,6%	0,5%		0,5%
26	Organizar o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.	26,1%	38,2%	17,1%	9,5%	7,5%	1,5%			
56	Responder eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente.	8%	26,1%	33,2%	14,6%	11,6%	5,5%	1%		
31	Demonstrar compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.	5,5%	19,1%	25,6%	19,1%	19,1%	8%	2,5%	0,5%	0,5%

Analisando o quadro 13, observa-se novamente uma maior representação de respostas relativamente à PAEE em todas as competências deste factor, entre o “Competente” (5) e o muito próximo do “Totalmente Competente” (8). No entanto, existem no total 62 respostas (31,1%) de uma percepção negativa de AEE, situando-se abaixo do “Competente”. Dessas 62, 23 (11,6%) representam uma PAEE negativa em: “Responder eficazmente em situações de emergência ou catástrofe” e, o mesmo se passa para 21 respostas (11,5%) face a: “Demonstrar compreender os planos de emergência para situações de catástrofe”, sendo nesta competência, onde se encontra a maior

diversidade de respostas. A competência “Organizar o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo” é aquela que neste factor regista no total, maior número de respostas positivas de PAEE (98,5%).

Quadro 14 – Representação da PAEE nas Competências Éticas

Item	Escala Descrição	9	8	7	6	5	4	3	2	1
		TC				C				TI
6	Envolver-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.	23,6%	41,2%	21,6%	7%	6,5%				
7	Actuar na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no código deontológico.	43,2%	35,2%	17,1%	0,5%	4%				
5	Exercer de acordo com o código deontológico.	55,3%	31,7%	10,1%	1,5%	1,5%				

A PAEE dos estudantes finalistas nas 3 competências Éticas anteriores situa-se entre o “Competente” e o “Totalmente Competente”, sendo aqui, onde se concentra o maior número de respostas, à excepção em: “Envolver-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas”, em que 41,2% dos inquiridos, se posicionam no valor 8 da escala tipo *likert*. Destaca-se com 55,3% a PAEE de “Totalmente Competente”, relativa a “Exercer de acordo com o código deontológico”.

Quadro 15 – Representação da PAEE nas Competências de Formação Contínua

Item	Escala Descrição	9	8	7	6	5	4	3	2	1
		TC				C				TI
93	Actuar no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.	41,2%	39,2%	14,1%	1,5%	3%		0,5%		
91	Levar a efeito uma revisão regular das suas práticas.	32,7%	38,7%	19,1%	2,5%	5,5%	1%			
92	Assumir responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.	47,2%	35,2%	12,6%	2%	2,5%				
96	Aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.	46,2%	33,7%	14,1%	3,5%	1,5%	0,5%			

Relativamente à dimensão anterior, o maior número de respostas situa-se no “Totalmente Competente”, ou muito perto disso (8), havendo apenas, 4 respostas (2%) que representam valores negativos de PAEE, sobre 3 das 4 competências que o compõem. A única competência, onde não houve registos inferiores a “Competente” reporta-se a: “Assumir responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências”. Não há registos relativos ao “Totalmente Incompetente”.

Quadro 16 – Representação da PAEE nas Competências de Responsabilidade

Item	Escala		9	8	7	6	5	4	3	2	1
	Descrição	TC					C				TI
3	Consultar peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.	45,2%	26,1%	15,1%	5%	8%	0,5%				
4	Consultar outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.	31,2%	34,2%	19,6%	4%	10,1%	1%				

Analisando o quadro anterior, também a maior concentração de repostas situa-se no “Totalmente Competente” ou muito próximo disso (8). Ressalva-se porém, que um estudante tem uma PAEE inferior a “Competente” (4) face a “Consultar peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício” e 2 estudantes, relativamente a “Consultar outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício”, não se verificando valores inferiores a 4 na escala tipo *likert*.

Quadro 17 – Representação da PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais

Item	Escala		9	8	7	6	5	4	3	2	1
	Descrição	TC					C				TI
95	Actuar como um mentor / tutor eficaz.	19,1%	27,1%	16,6%	10,1%	19,1%	4,5%	1%	1%	1%	
94	Contribuir para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.	28,6%	37,2%	18,6%	8%	6%				1%	

No que concerne a este último factor, observamos que a PAEE na competência: “Actuar como um mentor/tutor eficaz” apresenta uma grande variabilidade de repostas, em que 15 repostas (7,5%) assumem a forma negativa, embora, a maior percentagem de repostas (27,1%) se encontre no valor 8 da escala (54 estudantes). Relativamente à outra competência que dá corpo a este factor, os estudantes apresentam uma PAEE entre o “Competente” e o “Totalmente Competente” à excepção de 2, que se posicionam no valor 2 da escala, entre o “Totalmente Incompetente” e o “Competente”.

Sintetizando, e agrupando por níveis de PAEE:

Quadro 18 – Competências com maior representação da PAEE como “Totalmente Competente”

Factor/nº item	Competência	%	N	Total respostas por factor
1/55	Documentar a implementação das intervenções.	39,2	78	179
1/1	Aceitar a responsabilidade e responder pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.	50,8%	101	
2/75	Contribuir para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.	42,7%	85	462
2/74	Estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.	41,7%	83	
2/71	Implementar procedimentos de controlo de infecção.	45,7%	91	
2/70	Garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	51,3%	102	
4/86	Valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.	31,7%	63	165
4/83	Promover e manter a imagem profissional da enfermagem.	51,3%	102	
6/17	Praticar de acordo com a legislação aplicável.	35,2%	70	70
8/9	Garantir a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.	58,3%	116	329
8/10	Respeitar o direito do cliente à privacidade.	60,3%	120	
8/8	Respeitar o direito dos clientes ao acesso à informação.	46,7%	93	
10/7	Actuar na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no código deontológico.	43,2%	86	196
10/5	Exercer de acordo com o código deontológico.	55,3%	110	
11/93	Actuar no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.	41,2%	82	268
11/92	Assumir responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.	47,2%	94	
11/96	Aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.	46,2%	92	
12/3	Consultar peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.	45,2%	90	90

Analisando o quadro anterior, verifica-se que em 18 das 96 competências que constituem o perfil do ECGs (o que representa 18,15% do total) preconizadas pela OE (2003), existe um maior número de estudantes finalistas do CLE que se percebem como “Totalmente Competentes” em termos de AEE, face aos outros valores da escala, com valores maioritários nas competências: “Respeitar o direito do cliente à privacidade” (a que tem maior percentagem de respostas), “Garantir a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional”, “Exercer de acordo com o código deontológico”, “Promover e manter a imagem profissional da enfermagem”, “Garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas” e “Aceitar a responsabilidade e responder pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora”. Note-se que, não houve representação superior das respostas relativas à PAEE como “Totalmente Competente” face às outras opções da escala de tipo *likert*, em nenhuma das competências dos factores 3, 5, 7, 9, e 13. O factor das Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais (F2) é aquele que contém maior número de competências onde se verificou esse predomínio, e onde se verificaram maior número registos de PAEE como “Totalmente Competente”.

Quadro 19 – Competências com representação da PAEE como “Totalmente Incompetente”

Factor/nº item	Competência	%	N	Total respostas por factor
6/19	Reconhecer e actuar nas situações de infracção violação da Lei e / ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.	0,5%	1	3
6/32	Demonstrar compreender as políticas de saúde e sociais.	1%	2	
7/72	Registar e comunicar à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.	0,5%	1	1
9/57	Responder eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.	0,5%	1	2
9/31	Demonstrar compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.	0,5%	1	
13/95	Actuar como um mentor / tutor eficaz.	1%	2	2

Através do quadro anterior, observa-se que nas 6 competências descritas (6,25%) das 96 do perfil do ECGs, 8 estudantes percepcionam-se em termos de AEE como “Totalmente Incompetente”. Tal só se verificou em 4 dos 13 factores, e 3 das 8 respostas, referem-se ao factor das Competências de Prática Ético-Legal. Dois estudantes, em igualdade de circunstâncias, referiram essa posição da escala de tipo *likert*, nas competências: “Demonstrar compreender as políticas de saúde e sociais” e “Actuar como um mentor/tutor eficaz”.

Quadro 20 – Competências com valores de PAEE inferiores a “Competente”

Factor/nº item	Competência	%	N	Total respostas por factor
1/52	Documentar o plano de cuidados.	1%	2	15
1/46	Formular um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	0,5%	1	
1/58	Avaliar e documentar a evolução, no sentido dos resultados esperados.	1%	2	
1/50	Identificar resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	0,5%	1	
1/60	Utilizar os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados.	0,5%	1	
1/45	Analisar, interpretar e documentar os dados com exactidão.	1,5%	3	
1/62	Comunicar com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.	0,5%	1	
1/59	Colaborar com os clientes e / ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.	0,5%	1	
1/63	Assegurar que a informação dada ao cliente e / ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.	0,5%	1	
1/47	Consultar membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.	0,5%	1	
1/61	Iniciar, desenvolver e suspender relações terapêuticas com o cliente e / ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.	0,5%	1	5
2/79	Ter em conta a perspectiva dos clientes e / ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.	0,5%	1	
2/74	Estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.	0,5%	1	
2/70	Garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	0,5%	1	
2/68	Criar e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.	0,5%	1	
2/65	Comunicar com o cliente e / ou familiares, de forma a dar-lhes poder.	0,5%	1	11
3/37	Actuar de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.	0,5%	1	
3/40	Proporcionar apoio/educação no desenvolvimento e/ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.	0,5%	1	
3/35	Participar nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.	0,5%	1	
3/42	Aplicar o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas	1%	2	

	interacções com os indivíduos, as famílias e as comunidades.			
3/44	Efectuar, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.	0,5%	1	
3/39	Demonstrar compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.	1,5%	3	
3/30	Interpretar, de forma adequada, os dados objectivos	0,5%	1	
3/33	Trabalhar em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.	0,5%	1	
4/84	Defender o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.	2,5%	5	25
4/85	Contribuir para o desenvolvimento da prática de enfermagem.	1,5%	3	
4/86	Valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.	1%	2	
4/90	Participar em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.	2,5%	5	
4/87	Actuar como um modelo efectivo.	0,5%	1	
4/89	Utilizar indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.	2%	4	
4/88	Assumir responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.	2%	4	
4/73	Aplicar o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.	0,5%	1	
5/23	Aplicar o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.	0,5%	1	16
5/22	Iniciar e participar nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.	2,5%	5	
5/24	Ajuizar e tomar decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.	1%	2	
5/21	Incorporar, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.	1%	2	
5/25	Fornecer a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.	0,5%	1	
5/28	Actuar como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.	1%	2	
5/64	Responder apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e / ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.	0,5%	1	25
5/27	Demonstrar compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.	1%	2	
6/16	Prestar cuidados culturalmente sensíveis.	0,5%	1	
6/15	Respeitar os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.	0,5%	1	
6/19	Reconhecer e actuar nas situações de infracção violação da Lei e / ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.	2,5%	5	
6/32	Demonstrar compreender as políticas de saúde e sociais.	8%	16	
6/14	Reconhecer as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.	1%	2	13
7/82	Manter responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados noutros.	0,5%	1	
7/80	Delegar noutros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.	1%	2	
7/81	Utilizar uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados a outro.	1,5%	3	
7/69	Utilizar instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.	1%	2	
7/67	Demonstrar atenção sobre os desenvolvimentos / aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.	1%	2	
7/72	Registar e comunicar à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.	1,5%	3	62
9/57	Responder eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.	11,5%	23	
9/26	Organizar o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.	1,5%	3	
9/56	Responder eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente.	6,5%	13	
9/31	Demonstrar compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.	11,5%	23	4
11/93	Actuar no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.	0,5%	1	
11/91	Levar a efeito uma revisão regular das suas práticas.	1%	2	
11/96	Aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.	0,5%	1	3
12/3	Consultar peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requerem um nível de perícia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.	0,5%	1	
12/4	Consultar outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades	1%	2	

	dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.			
13/95	Actuar como um mentor / tutor eficaz.	7,5%	15	17
13/94	Contribuir para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.	1%	2	
Total de respostas com valores de PAEE aquém de “Competente”		196		

Pela análise do quadro anterior, constatámos que existem 62 (64,58%) competências das 96 preconizadas pela OE, onde se registaram valores de PAEE inferiores a “Competente” embora com números pouco representativos (até 11,5%). As competências que apresentam maior número de respostas de PAEE, nessa porção da escala, são: “Demonstrar compreender os planos de emergência para situações de catástrofe” e “Responder eficazmente em situações de emergência ou catástrofe”, ambas pertencentes ao factor de PAEE nas Competências de Execução de Cuidados e, com 23 registos. Aliás, é neste factor onde maior número de respostas (62) se posicionam aquém do “Competente” estando todas as competências deste factor representadas nesta fracção da escala, seguida do factor de PAEE nas Competências de Valorização Profissional (F4) e o factor de PAEE nas Competências de Prática Ético-Legal (F6), ambos com 25 respostas, depois o factor de PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais (F13) com 17 registos e, assim sucessivamente, até ao factor que apresenta menor número de registos, que é na PAEE nas Competências de Responsabilidade (F12), com 3. Em todos os factores em causa, existe uma competência que se destaca com mais enumerações, há excepção do factor de PAEE nas Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais (F2), onde somente se observa uma enumeração para cada competência em discussão.

Tal como no F9, todas as competências dos F7, F12 e F13 assumem valores de PAEE inferiores a “Competente”. Realça-se mais uma vez, que não há registos nessa porção da escala, no que se refere às Competências de Prática Ético-Moral (F8) e às Competências Éticas (F10).

Relativamente a todas as outras competências que não foram agora mencionadas, já vimos anteriormente, que a sua representação assume sobretudo valores de PAEE, entre o “Competente” e o “Totalmente Competente”.

Tentando neste momento, fazer um resumo da estatística descritiva dos factores de PAEE nas competências do ECGs:

Quadro 21 – Resumo da estatística descritiva dos factores de PAEE nas competências do ECGs

	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	F 7	F 8	F 9	F 10	F 11	F 12	F 13
Média	7,86	8,01	7,67	7,57	7,40	7,58	7,39	8,33	6,79	8,06	8,11	7,82	7,30
Desvio Padrão	,81	,80	,87	,95	,91	,88	,98	,77	1,15	,82	,86	1,17	1,38
Skwness/Std. Error of Skwness	-6,6	-7,5	-4,8	-4,7	-3,6	-5,2	-4,0	-9,7	-3,5	-7,3	-7,5	-6,7	-5,3
Kurtosis/Std. Error of Kurtosis	4,99	6,64	1,67	0,29	0,24	1,67	1,11	10,73	0,44	5,65	5,53	1,85	3,10
Mínimo	4,95	4,9	5	4,78	4,9	4,9	4,33	5	3,3	5	5	4,50	1,50
Máximo	9	9	9	9	8,9	9	9	9	9	9	9	9	9

De acordo com o quadro anterior, os valores médios dos factores variam entre o 7 e o 8 da nossa escala, sendo o desvio padrão menor no factor de PAEE nas competências de Prática Ético-Moral - F8 (logo os valores estão menos dispersos em relação à média). Em todos os factores verificou-se o valor médio máximo (9 – Totalmente Competente) de PAEE face às competências do ECGs, sendo o valor médio mínimo na maior parte dos factores de 5 (Competente). Somente nos factores 7 (PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão), 9 (PAEE nas Competências de Execução de Cuidados) e 13 (PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais), é que se verificou um valor médio mínimo inferior, sendo de realçar no F13, o valor de 1,5, dado que 1 correspondia na nossa escala a “Totalmente Incompetente”.

No que se refere à simetria dos factores, verifica-se em todos eles uma assimetria negativa, ou seja um enviesamento à direita (aproximando-se as medidas de tendência central do valor máximo da distribuição), dado que para um nível de significância de 0,05 o resultado de Skwness/Std. Error of Skwness é inferior a – 1,96 (Pestana & Gageiro, 2008). Confirma-se portanto, uma predominância na PAEE face às competências, num nível mais elevado que “Competente” na nossa escala.

Outra característica em termos de distribuição que podemos analisar é fornecida pelo achatamento “que através da comparação com uma distribuição normal, para um dado desvio-padrão indica a intensidade das frequências à volta de um ponto central” (Pestana & Gageiro, 2008, p. 99). Em termos inferenciais, o quociente Kurtosis/ Std. Error of Kurtosis é usado para não rejeitar a achatamento mesocúrtico, o que acontece

se o seu resultado for menor que 1,96 em valor absoluto, para um nível de significância de 0,05 (Pestana & Gageiro, 2008). O que se verifica através do quadro atrás mencionado, é que a distribuição é mesocúrtica nos factores 3, 4, 5, 6, 7, 9 e 12, sendo leptocúrtica nos restantes, isto é, menos achatada que o normal, dado que o resultado é superior a 1,96.

Pode-se concluir, que a distribuição nos factores é assimétrica e enviesada à direita, é mesocúrtica ou leptocúrtica. No entanto, devido ao “Teorema do limite central”, não se torna necessário verificar a normalidade, conforme pressuposto indicado no início deste capítulo. Advém então, que em média, os estudantes apresentam uma PAEE nas competências do ECGs positiva e elevada acima de “Competente” em todos os factores, sendo de destacar que em 8 factores (1, 2, 4, 6, 8, 10, 11 e 12), houve mais enumerações de PAEE como “Totalmente Competente” para 18 competências das 61 que compõem estes factores, relativamente às outras opções da escala de tipo *likert*. Foi no factor de PAEE nas Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais (F2), que se verificou maior número de registos de PAEE como “Totalmente Competente”.

Salienta-se de igual forma, que em média, se verificaram posicionamentos mais negativos na escala de PAEE, nas Competências de Delegação e Supervisão (F7), com o valor médio mínimo de 4,33, no factor de PAEE nas Competências de Execução de Cuidados (F9), com o valor médio mínimo de 3,3 e sobretudo no factor de PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais (F13) com o valor médio mínimo de 1,5, o que vai de encontro ao já descrito.

Achamos simultaneamente, pertinente determinar o *Score* global de PAEE nas Competências do ECGs, que representa a média de todos os factores e, os resultados corroboram os anteriores, pois, em média os estudantes têm uma PAEE elevada (8) e, posicionam-se na escala entre o “Competente” e o “Totalmente Competente”, mostrando que se percebem como bastante auto-eficazes relativamente às competências exigidas para a certificação e obtenção do título profissional de enfermeiro, conforme o quadro 22.

Quadro 22 – Estatística Descritiva da configuração global da PAEE nas Competências do ECGs

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio-Padrão	KS (p)	Skewness		Kurtosis	
							Estatística	Std. Error	Estatística	Std. Error
Score PAEE	199	5,00	8,92	7,6819	,71156	1,1 (p=0,178)	-,830	,172	1,393	,343

Skewness/Std. Error of Skewness = - 4,82 Kurtosis/Std. Error of Kurtosis = 4,06

Verifica-se ainda, que a variável: *Score* global de PAEE nas competências do ECGs apresenta uma distribuição normal (KS), com uma probabilidade de erro de 5%. Como não podia deixar de ser, observa-se novamente uma assimetria negativa, isto é, um enviesamento à direita, aproximando-se as medidas de tendência central do valor máximo da distribuição. A distribuição é ainda menos achatada que o normal (leptocúrtica).

4.2.2 – Análise correlacional

Através da aplicação do coeficiente de correlação de Pearson, podemos identificar a forma como os factores se relacionam entre si e com a configuração global de PAEE nas competências do ECGs, isto é, conhecemos a força e o sentido dessas relações. Analisando o quadro 23, observamos que as correlações entre todas os factores e o *score* global são mais fortes do que apenas entre os factores, para um nível de significância de 0,01.

Quadro 23 – Matriz de Correlações de Pearson entre os factores de PAEE nas Competências ECGs e com a configuração global de PAEE

Competências	Plan. C. Enf.	Cuid. S. I. Profi.	Prom. Saúde	Valor. Profi.	Prestaç. Ges. C.	P. Ético-legal	Delega. Supervi.	Ético-Moral	Exe. de Cuidad.	Éticas	Formaç. C.	Respon.	Formaç. E. Prof.	ScPec AutoEfic
Plan. C. Enf.	—													,866**
Cuid. S. Interp.	,721**	—												,779**
Prom. Saúde	,842**	,678**	—											,876**
Valor. Profi.	,661**	,622**	,694**	—										,826**
Pres. G. Cuida.	,731**	,616**	,782**	,710**	—									,866**
Prática É.-L.	,704**	,556**	,730**	,620**	,736**	—								,831**
Delega. Supervi.	,595**	,678**	,573**	,727**	,641**	,624**	—							,759**
Ético- Moral	,550**	,535**	,553**	,366**	,469**	,578**	,361**	—						,634**
Exe. de Cuida.	,675**	,495**	,684**	,655**	,702**	,657**	,606**	,423**	—					,785**
Éticas	,510**	,369**	,450**	,306**	,454**	,605**	,275**	,586**	,386**	—				,568**
Formaç. Contí.	,663**	,635**	,687**	,688**	,649**	,560**	,549**	,418**	,472**	,312**	—			,763**
Respon.	,507**	,473**	,495**	,404**	,456**	,530**	,374**	,458**	,434**	,443**	,399**	—		,644**
Formaç. E. Prof.	,444**	,390**	,498**	,582**	,548**	,351**	,422**	,171*	,426**	,100	,499**	,273**	—	,618**
ScPec AutoEfi.	,866**	,779**	,876**	,826**	,866**	,831**	,759**	,634**	,785**	,568**	,763**	,644**	,618**	1

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Os resultados que mais se salientam observam-se entre PAEE nas Competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem e nas Competências de Promoção da Saúde com um valor de $r = 0,842$ indicando uma relação alta. Note-se que estes dois grupos de competências estão incluídos no mesmo sub-domínio (Prestação de cuidados) no perfil de competências do ECGs da OE. Segue-se um valor de $r = 0,782$, entre a PAEE nas Competências de Promoção da Saúde e as Competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados. Também, se verifica uma relação alta entre a PAEE netas últimas competências referidas e nas Competências de Prática Ético-Legal ($r = 0,736$). Com $r = 0,727$, verifica-se a relação entre a PAEE nas Competências de Valorização Profissional e as Competências de Delegação e Supervisão. Ainda com a PAEE nas Competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem, se verifica uma relação alta com a PAEE nas Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais ($r = 0,721$). A PAEE no factor das Competências de Execução de cuidados tem uma relação mais forte com a das Competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados ($r = 0,702$). Após observam-se relações mais moderadas, e verificam-se também, valores das correlações menos expressivos, como $r = 0,171$, que se manifesta entre a PAEE nas Competências de Prática Ético-Moral e a PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais, revelando uma associação muito baixa.

Conclui-se que todas as correlações entre os factores são positivas, significativas para um nível de 0,05, relativamente grandes, mas não muito grandes variando entre 0,171 e 0,842. O facto de todas as correlações serem positivas é bom porque, se são componentes/factores de uma PAEE global sobre as competências necessárias para o exercício da enfermagem, devem ter correlações positivas entre si, e o facto de as correlações terem valores significativos indica-nos que as componentes provavelmente estão genuinamente correlacionadas no Universo. O facto das correlações terem valores intermédios também é bom pois, transmite confiança de que as componentes representam aspectos diferentes de percepção global de AEE. Ou seja, as componentes para além de medirem a mesma coisa que as outras componentes (presumivelmente percepção global de AEE), também medem aspectos diferentes de percepção global que outras componentes não medem - presumivelmente um tipo específico de PAEE, de acordo com a competência em questão.

Verifica-se ainda que face à PAEE global, esta apresenta correlações estatisticamente significativas, altas ($\geq 0,70$) e positivas com os factores de PAEE nas Competências de: Planeamento de Cuidados de Enfermagem; Cuidados de Saúde

Interprofissionais; Promoção da Saúde; Valorização Profissional; Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados; Prática Ético-Legal; Delegação e Supervisão, Execução de Cuidados e Formação contínua. As correlações são moderadas entre a PAEE global e a PAEE nas Competências: Ético-moral; Responsabilidade; Formação de Estudantes e Profissionais, sendo o valor mais baixo, com a PAEE nas Competências Éticas ($r = 0,568$), sugerindo que é este o factor que menos influencia a configuração global de PAEE nas competências do ECGs.

Sem esquecer que segundo Murteira (1993) “a correlação indica que os fenómenos não estão indissolúvelmente ligados, mas sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso” (citado por Pestana & Gageiro, 2008, p, 181), então, se as correlações são moderadas, ou altas e, positivas, indica-nos que em média quando a PAEE nos diferentes domínios de competências aumenta, também aumenta o *score* global de PAEE. Os dados indicam-nos que essa configuração global de PAEE, dos estudantes finalistas de enfermagem que integram a nossa amostra, apresenta correlações positivas mais fortes com os factores de PAEE nas competências de: **1º - Promoção da Saúde; 2º e em igualdade de circunstâncias, Planeamento de Cuidados de Enfermagem e Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados; 3º - Prática Ético-Legal; 4º - Valorização Profissional; 5º - Execução de Cuidados; 6º - Cuidados de Saúde Interprofissionais; 7º - Formação Contínua; 8º - Delegação e Supervisão; 9º - Responsabilidade; 10º - Prática Ético-Moral; 11º - Formação de Estudantes e Profissionais; 12º - Éticas.**

4.2.3 – Estudo de relações

Neste ponto, propomo-nos avaliar as diferenças pessoais de PAEE sobre as competências profissionais do finalista do CLE, nomeadamente: sexo, opinião acerca da adequação do curso ao exercício da profissão, opinião acerca das crenças de eficácia pessoal e da motivação para o exercício profissional da enfermagem, bem como, o valor preditivo da idade ou da nota, face à PAEE global e, aos diferentes factores de PAEE nas competências do ECGs. Pareceu-nos importante seleccionar estas variáveis porque, tal como, foi mencionado no enquadramento teórico, quer o sexo, quer o rendimento académico, quer a motivação, quer a formação académica se relacionam com as crenças de AE.

Para este estudo, recodificamos as variáveis: adequação do curso ao exercício da profissão enfermagem (de forma a termos apenas dois grupos de estudantes: os que consideram o curso menos adequado – 12 estudantes e, os que consideram o curso mais adequado – 187 estudantes); crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem (e passamos a ter dois grupos de estudantes: os que têm crenças menos elevadas – 11 estudantes e, os que têm crenças mais elevadas – 188 estudantes) e, motivação para o exercício da profissão (grupo dos mais motivados – 169 estudantes e grupo dos menos motivados – 30 estudantes). Ou seja, passamos a ter amostras de dimensão mais reduzida (≤ 30) pelo que, testamos a normalidade nos diferentes grupos, através do teste de KS, conduzindo-nos à rejeição da hipótese de distribuição normal. O mesmo se verificou relativamente ao sexo (Maroco, 2007). Eis a razão de termos aplicado o teste não paramétrico Mann-Whitney, para a comparação em amostras independentes, de distribuições destas variáveis dicotómicas e a PAEE nas diferentes dimensões de competências e, com a PAEE global. Optámos apenas por apresentar os resultados que reportam diferenças significativas, tendo em atenção o critério de probabilidade de 95% fora do efeito do acaso.

Aplicamos a regressão linear porque é um modelo estatístico usado para prever o comportamento de uma variável dependente a partir de valores de uma ou mais variáveis independentes e quanto maior for a correlação entre elas, maior é a previsão (Pestana & Gageiro, 2008). Assim, utilizamos como variável dependente a PAEE em cada um dos factores de PAEE nas competências e, posteriormente o *score* global de PAEE sobre as competências do ECGs e, como variável independente a idade e apurámos que não é preditiva da PAEE sobre as competências de qualquer factor, nem do *score* global de PAEE. Depois, mantivemos as mesmas variáveis dependentes e utilizámos como variável independente a Nota final de curso. Verificámos que esta é preditiva apenas da PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão (F7) e, da PAEE nas Competências de Responsabilidade (F12), conforme quadros subsequentes (24 e 25).

Quadro 24 – Valor preditivo da Nota final de Curso na PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão

Variáveis preditivas	R ² Ajustado	F (GL) p	β (p) Tolerância
Nota final do curso	,026	4,199 (1-117) 0,043	,186 (0,043) 1

Identifica-se pela análise do modelo de regressão linear, mais especificamente através do coeficiente de determinação ajustado, que a Nota final de curso explica 26% da variabilidade total da PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão.

A análise dos valores absolutos dos coeficientes de regressão estandardizados Beta permite-nos concluir que o modelo tem um coeficiente positivo (indicando a natureza da relação) e significativos ($p < 0,05$) pelo que, contribui para a predição da variável dependente, predizendo-a com um valor de $\beta = 0,186$, e por isso, de forma marginal. Ou seja, verifica-se que 26% da variação média na PAEE nas competências de Delegação e Supervisão é determinada pela Nota final de curso, sendo a restante variação 74% explicada por outros factores não especificados.

Quadro 25 – Valor preditivo da Nota final de Curso na PAEE nas Competências de Responsabilidade

Variáveis preditivas	R ² Ajustado	F (GL) p	β (p) Tolerância
Nota final do curso	,028	4,400 (1-117) 0,038	,190 (0,038) 1

Observamos pela análise do quadro anterior, que a Nota final de curso, tem um valor explicativo apenas de 28% da variabilidade total da PAEE nas Competências de Responsabilidade, com um coeficiente de regressão de 0,190. Também verificámos, que a Nota final de Curso apesar de ser preditiva para o F7 e F12, não o é, para o *score* global de PAEE nas competências do ECGs.

Usámos o teste Mann-Whitney para comparação de distribuições de PAEE nas competências em cada um dos factores e relativamente ao *score* global de PAEE, entre amostras do sexo masculino e do feminino, e os valores encontrados não nos permitem afirmar diferenças significativas, a um nível de significância de 0,05.

Com o intuito de se saber se a distribuição em cada factor de PAEE e na configuração global, dos estudantes que consideram o curso menos adequado, difere estatisticamente, dos que consideram o curso mais adequado, usamos o teste Mann-Whitney. Apenas se obtiveram diferenças estatisticamente significativas relativamente à PAEE nas Competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem (F1, $p = 0,048$), nas Competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados (F5, $p = 0,007$), nas Competências de Execução de Cuidados (F9, $p = 0,009$), nas Competências Éticas (F10, $p = 0,047$), nas Competências de Responsabilidade (F12, $p = 0,025$), e no *score* global de PAEE ($p = 0,020$), a um nível de significância de 0,05, o que se confirma no quadro 26.

Quadro 26 – Comparação de distribuição de PAEE nas competências entre os dois grupos de estudantes com opiniões diferentes acerca da adequação do curso ao exercício da profissão

Adequação do Curso ao Exercício da Profissão		N	Rank Médio
F1	Menos adequado	12	68,08
	Mais adequado	187	102,05
F5	Menos adequado	12	56,88
	Mais adequado	187	102,77
F9	Menos adequado	12	58,00
	Mais adequado	187	102,70
F10	Menos adequado	12	68,50
	Mais adequado	187	102,02
F12	Menos adequado	12	64,42
	Mais adequado	187	102,28
Score PAEE	Menos adequado	12	62,58
	Mais adequado	187	102,40

Os dados sugerem que os estudantes que consideram o CLE mais adequado ao exercício da profissão enfermagem, apresentam uma distribuição média mais elevada e significativa de PAEE sobre as competências dos factores acima mencionados e, sobre as competências do ECGs no seu global (*Rank Médio*), do que os estudantes que consideram o CLE menos adequado para o exercício da profissão.

Aplicamos o mesmo teste, com o fim de estudar se a distribuição de PAEE em cada dimensão de competências e face às competências na sua globalidade, difere ou não, nos dois grupos dos estudantes com opiniões diferentes das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem: menos elevadas e mais elevadas. Apuraram-se diferenças estatisticamente significativas relativamente à PAEE nas competências do F1 ($p=,011$), F3 ($p=,006$), F4 ($p=,033$), F5 ($p=,008$), F6 ($p=,015$), F9 ($p=,003$), F11 ($p=,021$), F13 ($p=,034$) e no *score* global de PAEE ($p=,007$).

Quadro 27 – Comparação de distribuição de PAEE nas competências entre os dois grupos de estudantes com opiniões diferentes acerca das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão

Crenças de Eficácia Pessoal para o Exercício da Profissão		N	Rank Médio
F1	Menos elevadas	11	627,50
	Mais elevadas	188	19272,50
F3	Menos elevadas	11	594,50
	Mais elevadas	188	19305,50
F4	Menos elevadas	11	705,50
	Mais elevadas	188	19194,50
F5	Menos elevadas	11	610,50
	Mais elevadas	188	19289,50
F6	Menos elevadas	11	648,00
	Mais elevadas	188	19252,00
F9	Menos elevadas	11	547,50
	Mais elevadas	188	19352,50
F11	Menos elevadas	11	670,50
	Mais elevadas	187	19030,50
F13	Menos elevadas	11	705,50
	Mais elevadas	187	18995,50
Score PAEE	Menos elevadas	11	601,00
	Mais elevadas	188	19299,00

Através da análise do quadro anterior, aferimos que os estudantes que têm crenças mais elevadas de eficácia pessoal para o exercício da profissão, têm uma distribuição média mais elevada e significativa de PAEE nas Competências de: Planeamento de Cuidados de Enfermagem (F1), Promoção da Saúde (F3), Valorização Profissional (F4), Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados (F5), Prática Ético-Legal (F6), Execução de Cuidados (F9), Formação Contínua (F11), Formação de Estudantes e Profissionais (F13) e, sobre as competências do ECGs no seu global (*Rank Médio*).

Similarmente ao descrito anteriormente, aplicámos o mesmo teste não paramétrico, neste caso ao grupo de estudantes que se consideram mais motivados para o exercício da profissão (169), e aos que se consideram menos motivados (30). Não foram observadas quaisquer diferenças estatisticamente significativas, a um nível de significância de 0,05.

Após a análise dos dados quantitativos, consideramos que o estudo traduziu a PAEE nas competências do ECGs e, as relações com as variáveis em estudo, segundo o modelo representado na figura 6 que se segue:

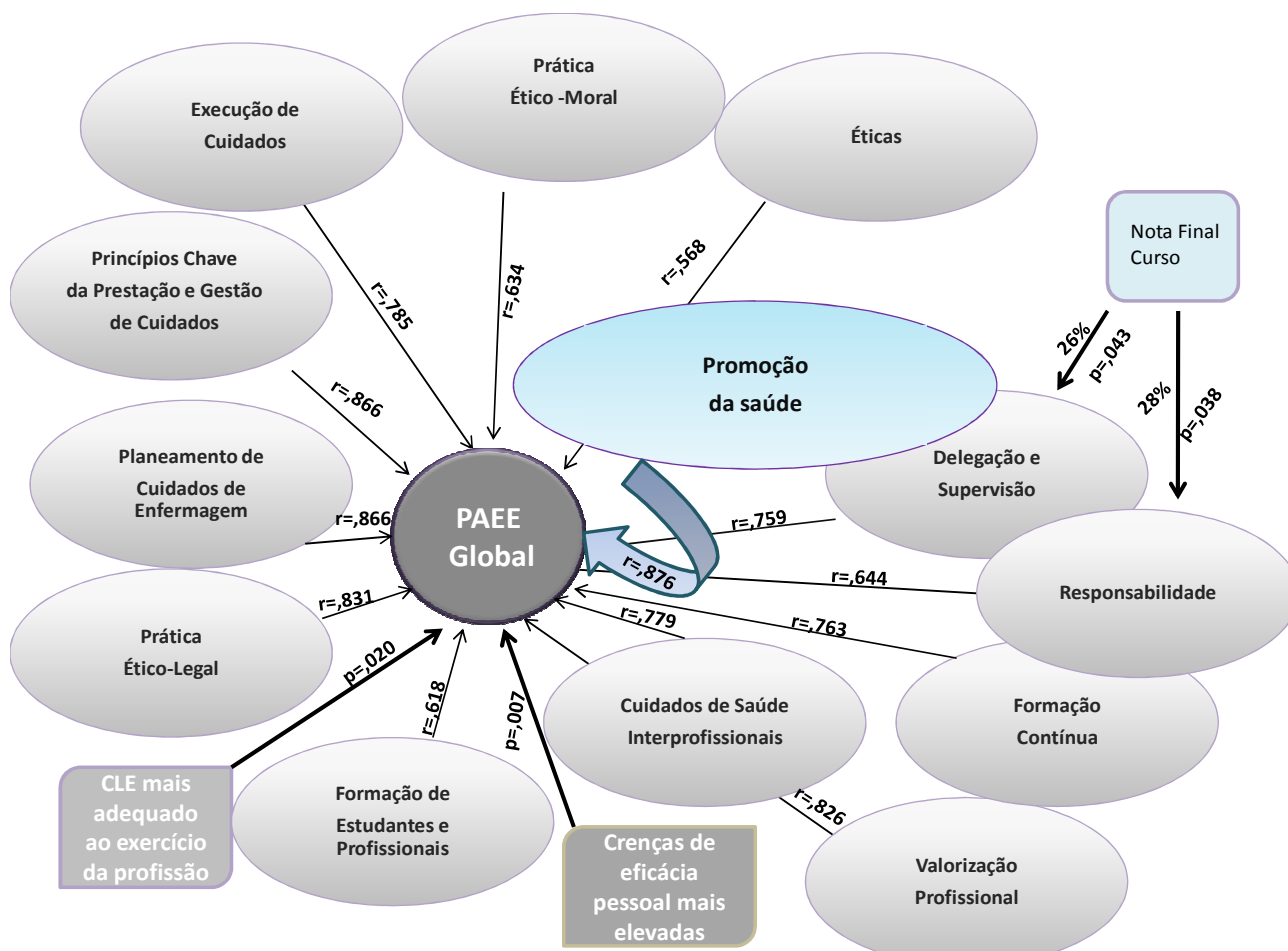


Figura 6 – Modelo de PAEE sobre as competências do ECGs, dos estudantes finalistas do CLE.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Decorrida a apresentação e a análise dos dados mais relevantes e, com a intenção de materializar as respostas às questões de investigação subjacentes, proceder-se-á a algumas leituras explicativas à luz do quadro teórico já explanado, de forma a contextualizar e atribuir significado aos resultados obtidos. Por questões de organização, discutiremos os resultados em função das questões de investigação e da estrutura adoptada no capítulo anterior, e tentaremos triangular e debater os resultados obtidos através da análise estatística e análise de conteúdo.

A Amostra

Reuniu-se uma amostra de estudantes finalistas do CLE, numa Escola Superior de Enfermagem, à qual se aplicou um questionário, com o intuito de avaliar a percepção sobre a crença de AEE face às competências do ECGs, nesse momento, atendendo a que as competências estão em permanente desenvolvimento, e se concretizam na acção. Assim, na construção do instrumento houve a preocupação de traçar as questões de forma a que fossem dirigidas à percepção pessoal dos inquiridos sobre determinados aspectos de competência profissional, de forma a conhecer qual a consistência e/ou desenvolvimento que os mesmos perceberam (como detentores) em termos de AEE relativamente a cada competência enumerada. Incontestavelmente, o painel de peritos que através da técnica Delphi corporizaram o perfil de competências do ECGs, facultou um gigantesco subsídio, com a validação dos itens, o que veio alicerçar a validade de conteúdo do instrumento por nós usado.

Observou-se uma boa receptividade por parte dos estudantes finalistas, com uma taxa de adesão de 80,2%, participando na recolha de dados, 199 estudantes.

A nossa amostra é feminina (84%), jovem, com uma idade média de 22 anos (DP=1,6), o que parece traduzir um percurso académico positivo até então, sem reprovação. Deste modo, os estudantes têm mais possibilidades de terem crenças de AE elevadas, pelas experiências de sucesso anteriores.

O predomínio do sexo feminino é justificado por razões de ordem histórica que consideram a profissão de enfermagem como tradicionalmente feminina (Dias, 2005; Amendoeira, 2006), o que se comprova nos dados estatísticos do número de enfermeiros, da OE relativos a 31 de Dezembro de 2008 (Mulheres – 46229 e Homens – 10630) (OE, 2009a).

O facto de a amostra ser consideravelmente jovem, pode acarretar uma amostra ainda pouco amadurecida do ponto de vista de aquisição de uma grande variedade de experiências pessoais, essenciais para a construção e desenvolvimento de competências. É necessário tempo, para que o processo de apropriação pelo estudante, das competências indispensáveis ao início do exercício autónomo profissional, decorra a par dum processo de desenvolvimento pessoal, em direcção a um nível de maturidade psicossocial e moral. Esta ideia é reforçada pelas palavras de D' Espiney *et al.* (2004, p. 20): “a formação de enfermeiros requer dos jovens estudantes, pela natureza da sua acção de cuidar dos outros, uma maturidade, uma consciência crítica, ética e profissional, bem como a capacidade de assumir responsabilidades em termos de cuidados de saúde”. Por outro lado, a formação é ainda considerada como um espaço de conhecimento de si. Canário (1992) sublinha o “carácter reflexivo e apropriativo dos percursos individuais de formação, em que os processos de desenvolvimento pessoal e de desenvolvimento profissional aparecem como não dissociáveis (citado por Abreu, 2007, p. 93).

No que se refere à variável Nota final de Curso, os estudantes têm em média, 15 valores, o que é qualitativamente “Bom”, na escala sumativa de 20 valores. Esta nota sugere que os estudantes possuem similarmente, crenças de AE académica positivas e até elevadas, tendo em consideração, que as investigações apontam para que as crenças da AE influenciam o esforço, a persistência e a perseverança dos alunos, mesmo em tarefas escolares que se apresentam como mais árduas e prolongadas no tempo (Bandura, 1997), o que se poderá traduzir na nota de curso.

O Instrumento

O pensamento principal que norteou a elaboração deste estudo foi identificar as competências profissionais (do ECGs) que os estudantes finalistas de enfermagem acreditam deter, através da avaliação da magnitude de competências profissionais percebidas, avaliando-as não apenas de forma isolada, mas também de forma composta,

enquanto configuração global de PAEE. Para concretizar este objectivo, construímos um instrumento.

A análise e interpretação dos resultados realizaram-se tendo em consideração que os estudantes efectuaram auto-avaliações, e todas as avaliações, têm algum grau de subjectividade (Galvão, 1996). A percepção pessoal de AEE, sendo uma avaliação dos sujeitos em relação ao mundo exterior e interior de cada um (Graveto, 2005), em termos de AE, permite a consciência das competências que cada sujeito acredita possuir para o exercício da profissão. Por outro lado, não é suficiente acreditar, isto é, ter uma PAEE positiva. É necessário possuir as capacidades e competências (Bzuneck, 2001), pelo que, a auto-avaliação deve ser o mais realista possível.

Neste âmbito, salientamos que consideramos ter feito a melhor e a mais prudente opção, ao combinarmos a análise estatística com a análise de conteúdo num mesmo estudo, permitindo uma mais ampla compreensão da natureza multidimensional da realidade. Pensamos ter obtido uma perspectiva integradora, baseada em ciclos de retro-alimentação que gradualmente nos conduziram a mais conhecimento, e sempre que, considerávamos existir alguns dados incongruentes, tal nos levava, a novas indagações, e conseqüentemente, a novos progressos. Contudo, algumas dessas novas questões, não foram resolvidas: ficamos sem saber quais foram os factores que de forma particular contribuíram para a PAEE em cada uma das 96 competências do ECGs. Os dados que obtivemos dizem respeito ao contributo desses factores para o desenvolvimento das competências no seu global e não de forma particular. Compreendemos que tal seria difícil, na medida em que seria necessário avaliar os factores de influência no desenvolvimento de cada uma das 96 competências. Talvez se possa aprofundar a investigação aqui realizada recorrendo-se a outros procedimentos metodológicos, a novas variáveis e a novas relações entre elas.

O questionário de avaliação da PAEE nas competências do ECGs, foi construído após uma revisão da literatura e, baseou-se nas competências do ECGs, enunciadas pela OE (2003). Nessa revisão, constatámos que foram muito poucos os trabalhos encontrados de natureza científica, que abordaram a competência percebida dos enfermeiros. Destacámos um (Graveto, 2005), pela proximidade com o actual. Esse consistiu, na construção de uma escala de percepção pessoal das competências profissionais do pré-licenciado em enfermagem. No entanto, entendemos que o nosso estudo é singular, porque aborda o conceito de AE e, em Portugal, não encontramos estudos que abordassem este conceito associado às competências em enfermagem.

Neste sentido, julgamos que os resultados obtidos permitiram obter contributos científicos para o *corpus* de conhecimento, que envolve a PAE nas competências necessárias para o exercício da enfermagem, apesar de ajudar a compreender apenas parte da realidade. Aliás, não foi nosso objectivo fazer inferências nem generalizações, pelo que, nos limitamos a compreender uma realidade social muito particular, e que para nós, dado o nosso contexto profissional, fazia sentido e, é aí, que se situam as nossas conclusões. Porém, consideramos que o conhecimento gerado pode ter repercussões na prática.

Queríamos ainda, expressar que houve menor adesão dos estudantes, relativamente às questões abertas do questionário, em detrimento das questões fechadas.

Indo agora, de encontro às nossas questões de investigação, ...

Em resposta à **questão de investigação**:

- *Qual o potencial do instrumento de medida construído, para avaliar a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs?*

Neste estudo, foram realizadas análises descritivas, análise de validade de constructo (mais especificamente a validade factorial) e, a análise da consistência interna (α de Cronbach). O índice de adequação da amostra de KMO foi excelente, sendo portanto, a matriz dos dados apropriada para se proceder à AF. Para tal, usou-se o método da ACP com rotação ortogonal Varimax, tendo-se obtido 17 factores inicialmente. Aplicou-se o critério de exclusão de cargas factoriais inferiores a 0,4, atendendo ao máximo de variância explicada e, foi decidido não eliminar nenhum dos itens, dado representarem competências imprescindíveis para a atribuição do título profissional de enfermeiro pela OE, conforme o perfil de competências para o ECGs (OE, 2003). Assim, os resultados foram reconstituídos em 13 factores, tendo sido avaliada a sua consistência interna, verificando-se que o coeficiente α de Cronbach mantinha valores elevados, de tal forma, que a consistência interna da escala geral foi de $\alpha=0,985$, o que corrobora a precisão do instrumento. Os factores foram nomeados tendo em consideração o item com maior carga factorial, e tendo por base uma aproximação com a categorização, proposta em 2003. O quadro 28 reporta o que acabamos de referir.

Quadro 28 – Nomeação dos factores de PAEE nas competências do ECGs e sua consistência interna

Competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 1 • α de Cronbach = 0,960
Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 2 • α de Cronbach = 0,939
Competências de Promoção da Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 3 • α de Cronbach = 0,948
Competências de Valorização Profissional	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 4 • α de Cronbach = 0,923
Competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 5 • α de Cronbach = 0,907
Competências de Prática Ético-Legal	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 6 • α de Cronbach = 0,927
Competências de Delegação e Supervisão	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 7 • α de Cronbach = 0,882
Competências de de Prática Ético-Moral	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 8 • α de Cronbach = 0,789
Competências de Execução de Cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 9 • α de Cronbach = 0,840
Competências Éticas	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 10 • α de Cronbach = 0,780
Competências de Formação Contínua	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 11 • α de Cronbach = 0,869
Competências de Responsabilidade	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 12 • α de Cronbach = 0,807
Competências de Formação de Estudantes e Profissionais	<ul style="list-style-type: none"> • Factor 13 • α de Cronbach = 0,960

Os coeficientes obtidos para cada factor são bons ou excelentes, tendo-se validado a boa inter-relação entre os itens e os factores a que pertencem, e com o total da escala, com valores altamente significativos, o que nos indica que todos eles são pertinentes e contribuem para a avaliação da PAEE nas competências necessárias para se exercer a profissão enfermagem. Por conseguinte, podemos afirmar que se trata de um instrumento com boas qualidades psicométricas, na avaliação da PAEE nas competências do ECGs.

Verificou-se que alguns itens (elementos de competência) saturavam em factores que agrupavam itens originalmente desenvolvidos para avaliar domínios diferentes, daqueles definidos pela OE (2003). Porém, a AF replica em grande parte o originalmente construído em 2003, e não era nosso objectivo a sua confirmação. Entendemos que este resultado vem corporizar e sustentar a base teórica e conceptual do estudo, particularmente, quando nos referimos à “transversalidade” e “transferabilidade” das competências. Tal como, se tem vindo a aferir em diversas reflexões deste estudo, nem sempre é fácil sustentar que certo elemento da competência profissional é exclusivo de determinado factor. Contudo, os mesmos devem ser interpretados de acordo com o contexto em que se encontram, o contexto das PAEE.

Questão de Investigação:

- *Qual a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs?*

Iremos responder a esta questão, alicerçados na distribuição obtida através da AF, e no final, tentaremos fazer uma sinopse.

PAEE nas Competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem

Os estudantes finalistas da amostra têm uma PAEE, em média, elevada (7,86), próxima do “Totalmente Competente”, sendo o valor médio mínimo, para as competências desta dimensão: “Competente”. Destaca-se a PAEE face à competência “*Aceitar a responsabilidade e responder pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora*”, onde surgiram valores maioritários (50,8%) como “Totalmente Competente”.

Esta dimensão de competências refere-se sobretudo à metodologia própria que os enfermeiros utilizam no desempenho da sua função, designada por processo de enfermagem. Este, é a aplicação do método de resolução de problemas à enfermagem, com o intuito, de responder adequadamente às necessidades dos clientes e assegurar a continuidade de cuidados personalizados, e desenvolve-se em quatro etapas: avaliação/apreciação (recolha de informação necessária à identificação das necessidades do cliente); planeamento das intervenções de enfermagem (em que são estabelecidos os objectivos a atingir e são discriminadas as acções de enfermagem destinadas a responder às necessidades detectadas, planeamento esse que é validado com o cliente); execução das acções planeadas e, avaliação (em função dos objectivos estabelecidos; permite ainda reformular o planeamento, caso alguma das intervenções não esteja a ser a mais eficaz).

Intrinsecamente ligada ao planeamento de cuidados está a capacidade para elaborar um diagnóstico de enfermagem: “o julgamento clínico que nele resulta constitui o início do processo reflexivo de uma profissão que pretende seleccionar áreas autónomas de intervenção e desenvolver o seu próprio conhecimento” (Fernandes, 2007, p. 241); e, o processo de tomada de decisão, que orienta o exercício profissional autónomo, que deve incorporar os resultados da investigação (OE, 2002). Por sua vez, este processo relaciona-se com o conceito de pensamento crítico, que deve incluir na óptica de Bandman & Bandman (1995), a resolução de problemas, raciocínio

diagnóstico considerando pontos de vista opostos, e uma atitude intelectualmente curiosa (citado por Silva, 2006, p. 22).

A análise de casos, onde são trabalhadas essas competências, é uma estratégia adoptada pelos professores quer na formação teórica quer na formação prática. Nesta, os estudantes efectuam diariamente por escrito, o processo de enfermagem dos clientes a “seu cargo”, que é discutido com o professor e durante os seminários. Essa análise é referenciada na literatura (Bertrand, 2001; Alarcão & Tavares, 2003; Font, 2007) como assumindo um valor significativo na formação, na construção e reconstrução do conhecimento, pela reflexão e análise das perspectivas e alternativas, no que concerne à resolução de problemas. Com a intenção, de desenvolver estas competências metacognitivas de pensar na e sobre a acção, é necessário que os estudantes tenham disponibilidade mental para pensar, e como tal, que não estejam sobrecarregados.

Conforme o descrito, pensamos que a análise de casos pode ser uma das razões que contribuiu para a PAEE elevada nestas competências, pelas experiências e desempenho anteriores de sucesso (principal origem de PAEE). Sobretudo, se considerarmos que relativamente ao papel da experiência, Benner (2001) alude à relação positiva entre conhecimento, experiência, capacidade para raciocinar e resolver problemas, em que, o profissional com mais capacidade e mais disposição para raciocinar e resolver problemas, adquire mais conhecimento e experiência.

Contudo, em 11 das 20 competências que compõem esta dimensão, existem 15 estudantes que se percebem em termos de AEE, como inferiores a “Competente” (quadro 20). Essas competências reportam-se à concepção e documentação de um plano de cuidados de enfermagem, e remetem ainda, para a comunicação e relação terapêutica com o cliente e/ou cuidadores e, à comunicação no seio da equipa de saúde. Estes resultados são sugestivos de que esses estudantes sentem algumas lacunas nessas competências de natureza conceptual e de comunicação, o que também, pode estar relacionado com as experiências anteriores, sobretudo durante a formação prática (como espaço privilegiado para o seu desenvolvimento). E, atendendo a que a conceptualização é a base para suportar a recursividade entre a teoria e a prática, a base para o pensamento reflexivo e um eixo estruturante da capacidade crítica (Schön, 2000) e, que muitos “estudos convergem ao concluir sobre o deficiente desenvolvimento das competências de conceptualização” (Abreu, 2007, p. 75), esta constatação, remete-nos para a possibilidade de existir a necessidade de repensar os conteúdos e estratégias de

formação, junto dos estudantes com necessidades específicas neste âmbito, e que se percebem em termos de AEE como menos competentes.

É essencial, que se criem condições semelhantes (naquilo que está ao alcance da escola e professores), que contribuam de forma o mais igualitária possível, para o desenvolvimento de competências em todos os estudantes, isto porque, os estudantes que têm uma PAEE elevada, acreditam fortemente nas suas capacidades para solucionar problemas em enfermagem e por isso, permanecem altamente eficientes em termos de pensamento analítico quando se defrontam com situações complexas de tomada de decisão, face aqueles, que se atormentam com dúvidas sobre si mesmos. E como a qualidade do pensamento analítico, afecta a *performance* dos resultados obtidos (Bandura, 1989), estes resultados arrogam uma importância considerável.

No que concerne ao grupo de competências de comunicação/relação, Raposo (1996) estudou a forma como os estudantes comunicam com os doentes no decurso da primeira experiência clínica, tendo salientado que as técnicas e as competências de comunicação, apesar de já conhecidas pelos estudantes, apenas se vão desenvolvendo ao longo do estágio, através da sucessão de experiências relacionais, nas quais, exercitam a relação de ajuda (citado por Abreu, 2007, p. 226). Este resultado pode levar-nos a pensar que esses estudantes necessitam de mais experiências relacionais, para o desenvolvimento dessas mesmas competências.

Destaca-se, no entanto, que não há registos no “Totalmente Incompetente”.

PAEE nas Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais

Os estudantes finalistas do CLE têm uma PAEE, em média, elevada (8,01), próxima do “Totalmente Competente”, sendo o valor médio mínimo, para as competências desta dimensão, o ponto médio da escala de tipo *likert*: “Competente”. Aliás, foi nesta dimensão, onde se verificou maior número de registos de PAEE como “Totalmente Competente” e, é aquele que contém maior número de competências onde se verificou esse predomínio. Consideramos que estes resultados são bastante positivos pois, “as respostas em saúde implicam dinâmicas interdisciplinares e multiprofissionais, nas quais os enfermeiros têm uma intervenção assente na proximidade, na continuidade e na integralidade, o que lhes confere um papel de parceiros e mediadores, ao lidarem com questões complexas na ajuda da pessoa, família e grupo (...)” (OE, 2008, p. 6).

Evidencia-se a PAEE como “Totalmente Competente” em “*Garantir a segurança na administração de substâncias terapêuticas*”, com valores maioritários

(51,3%). Também aqui, consideramos que os desempenhos anteriores ao longo da formação têm um papel preponderante, na medida em que essa competência é muito enfatizada na formação, exactamente pelo grau de responsabilidade que acarreta, associada ao valor da vida de cada pessoa.

Em metade das competências (5) que fazem parte desta dimensão, 5 estudantes têm uma PAEE negativa, embora não seja como “Totalmente Incompetente”: *“Ter em conta a perspectiva dos clientes e/ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional”*; *“Estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa”*; *“Garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas”*; *“Criar e manter um ambiente de cuidados seguro, (...)”*; *“Comunicar com o cliente e/ou familiares, (...)”*. Podemos dizer que estas competências, e apesar de ser difícil fazer uma separação das competências por diferentes domínios do saber, se encaixam no domínio do Saber-ser (comunicação/relação com o cliente/familiares e equipa) (Dias, 2005), embora sejam referidos ainda, aspectos que se incluem na Gestão de Cuidados (OE, 2003).

Salientámos que a comunicação/relação surge novamente, no cenário de uma PAEE negativa. Aceitam-se estes resultados, na medida em que, o saber e o saber-fazer são passíveis de serem ensinados, enquanto, o saber ser que atende à vertente relacional, se desenvolve de modo intrínseco em cada um. Segundo Velez (1997) há ainda autores, que dizem que apesar de no Ensino Superior de Enfermagem, se atribuir grande relevo à filosofia humanista dos cuidados, verifica-se que alguns enfermeiros no desempenho das suas funções apresentam défice de competências especialmente de carácter relacional (citado por Melo, 2005, p. 63) e, verifica-se ainda, que os enfermeiros recém-formados também reproduzem estes comportamentos (Melo, 2005), o que retrata os dados aqui obtidos.

Queremos lembrar, que o domínio das competências de Gestão de cuidados foi referido por alguns estudantes, como não tendo sido desenvolvido durante o CLE, no entanto, as respostas foram de encontro às competências no âmbito da Delegação e Supervisão e, não do âmbito do Ambiente Seguro, sugerindo alguma incongruência, apesar de numa situação estarmos a falar de competência percebida e na outra de competência, efectivamente. No que concerne, à comunicação e relações interpessoais, 7 estudantes referiram, que não desenvolveram este tipo de competências durante o CLE, o que foi justificado pela ausência/insuficiência desse conteúdo programático na formação teórica, apesar de existirem UC contempladas no plano de estudos da ESEP,

com este fim e, de ser um conteúdo basilar na profissão Enfermagem, enquanto profissão do Cuidar. Esta “assume principalmente uma vertente relacional de grande importância, pois estabelecer uma relação é uma condição necessária, pelo que, os enfermeiros precisam de aprender a relacionar-se, tal como, aprendem as outras «técnicas» relacionadas com o cuidado de enfermagem. Não há cuidado de enfermagem sem relação com o doente ou com a família” (Amendoeira, 2006, p. 213).

PAEE nas Competências de Cuidados de Promoção da Saúde

Em média, os participantes têm uma PAEE elevada (7,67), próxima do “Totalmente Competente”, sendo o valor médio mínimo, para as competências desta dimensão: “Competente”. Os valores percentuais mais elevados em todas as competências (13) desta dimensão ocorreram no valor 8 da escala de tipo *likert*. No entanto, observaram-se em 8 competências, que 11 estudantes percebem-se em termos de AEE com valores abaixo do “Competente”, não havendo registos para o “Totalmente Incompetente” (20). Observaram-se mais registos nessa dimensão da escala, embora diminutos (3) em: “*Demonstrar compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades*”, reforçando dificuldades referidas na literatura, em prestar cuidados a clientes com diferentes crenças de saúde, no respeito pela autonomia e dignidade de cada pessoa. Contudo, o enfermeiro deve comprometer-se a cuidar da pessoa sem qualquer discriminação económica, social, cultural, moral, política, étnica ou ideológica, abstendo-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa cuidada, sem lhe impor os seus próprios valores (Cerqueira, 2008).

É essencial que os professores estejam atentos a estes resultados, pois os mesmos podem vir a repetir-se noutros estudantes de enfermagem no CLE, da ESEP, dado que, se mantêm os conteúdos, professores, estratégias entre outros, exactamente pelo papel determinante que o contexto tem na aprendizagem do estudante.

Apesar disso, realçamos que os produtos da análise são bastante positivos, tendo em consideração que estas competências se inserem no âmbito do dever dos enfermeiros para com a comunidade (D.L. n.º 104/98, art. 80.º), sendo responsáveis pela promoção da saúde e pela resposta adequada às necessidades em cuidados de enfermagem. De acordo com Downie, Tannahill e Tannahill (2000), a “promoção da Saúde compreende esforços para aumentar a saúde e reduzir o risco de doença, através das esferas de acção sobrepostas da educação, prevenção e protecção da saúde” (citado por Carvalho, 2007,

p. 35). Aliás, no cenário da actualidade, onde os comportamentos individuais e colectivos despontam como factores determinantes no processo complexo e multicausal que é a saúde, a educação para a mesma assume uma importante função.

A PAEE elevada nas competências desta dimensão torna-se ainda mais crucial, na medida em que “os enfermeiros confrontam-se agora, com a necessidade de (...) passarem para a comunidade e para a casa do cliente onde, sem suporte institucional, devem ser capazes de responder a uma grande diversidade de situações e a uma multiplicidade de problemas” (D’ Espiney *et al.*, 2004, p. 7). Por outro lado, o facto de os estudantes apresentarem uma PAEE elevada nestas competências, parece sugerir que os mesmos, centram a sua intervenção no modelo de orientação relacionado com o “cuidar”, e menos com o “tratar”. Este resultado apoia, a situação de existir actualmente uma aposta nos cuidados de saúde primários, sendo “o pilar central do sistema de saúde” (OE, 2008, p. 33), o que se reflecte no plano de estudos da ESEP, em que a carga horária atribuída à formação em contexto comunitário é igual à da formação em contexto hospitalar, comportando um semestre.

Uma vez que, na comunidade as situações dos utentes são menos agudas face aos cuidados hospitalares, e de se dispor, à partida de maior informação social dos mesmos/família, tal pode constituir uma razão para maior disponibilidade mental (menos ansiedade) e, de tempo para reflectir sobre a acção, o que contribuirá para a motivação dos estudantes durante o ensino clínico na comunidade, e consequentemente, para a solidificação e construção de competências, aumentando a PAEE nesse âmbito. É aqui, reforçado o papel do ambiente no comportamento humano numa dinâmica de determinismo recíproco (Bandura, 1986).

PAEE nas Competências de Valorização Profissional

Também nesta dimensão, em média os valores de PAEE são elevados e próximos do “Totalmente Competente”, sendo o valor médio mínimo: “Competente”. Não se observaram registos de PAEE como “Totalmente Incompetente”.

Salienta-se com valores de maioria (51,3%), a PAEE como “Totalmente Competente”, em “*Promover e manter a imagem profissional da enfermagem*”, inserindo-se no, por nós chamado, Grupo de pertença, sugerindo que estes estudantes já se percebem integrados no grupo profissional dos enfermeiros, no processo de construção da configuração identitária. Pensamos que para isso, contribuiu a formação prática e a experiência em contexto real, pelas experiências vicariantes proporcionadas

pelo contacto com os enfermeiros, que funcionam como “modelos”, conforme o que é amplamente dito na literatura. Chan (2001) adianta que “os estudantes referem os contextos de prática e os profissionais que neles encontram, como aqueles que se constituem como os mais determinantes na aprendizagem do seu papel profissional” (citado por Serra, 2008, p. 76). Portanto, privilegiando-se a aprendizagem pela experiência, os estudantes em contexto de prática clínica edificam um referencial identitário próprio, aprendendo a deter consciência de si como profissionais (Abreu, 2001), para o qual contribuem as próprias identidades profissionais dos enfermeiros, e a forma como estas, são percebidas e interpretadas pelos estudantes. Também a escola, como conjunto de experiências de âmbito curricular, é um factor a ter em consideração (Serra, 2008). Aliás, as UC de ensino clínico e estágio foram os principais factores referidos pelos estudantes, com mais influência positiva no desenvolvimento das suas competências durante o CLE.

Por outro lado, a “evolução da imagem da profissão enfermagem”, foi relatada como um dos factores que contribuem para que os estudantes se percepcionem como mais motivados para o exercício da profissão, embora com uma representação pouco expressiva no global das UE. E, como a motivação se relaciona de forma positiva com a PAEE, esse facto, pode ter contribuído para os resultados obtidos.

Em todas as outras competências desta dimensão, 25 estudantes referiram valores de PAEE negativos, havendo mais registos nas competências: “*Defender o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas*” e “*Participar em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade*”. Realça-se ainda, que esta dimensão é a segunda, em igualdade de circunstâncias com a dimensão das competências de Prática Ético-Legal, onde maior número de respostas (25) se posiciona aquém do “Competente”.

Queremos ressaltar, que a dimensão da Valorização profissional foi um grupo de competências referidas como não desenvolvidas, embora não comportasse os elementos que emergiram agora, como a “melhoria da qualidade”. Entendemos que nesta situação, o facto dos estudantes se concentrarem, durante a formação prática, e especialmente em contexto hospitalar, na aquisição de saber-fazer (domínio psico-motor), pode ofuscar a importância de outros saberes, tornando-se até, invisível essa “melhoria da qualidade”, dado que, atribuem maior relevância a outros aspectos. Assim, se as experiências de desempenho nesta área forem diminutas ou ausentes, tal, não contribuirá para a aquisição de uma PAEE positiva face às competências inerentes.

PAEE nas Competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados

Não se observaram registos de PAEE como “Totalmente Incompetente”. Os valores de PAEE são em média elevados na nossa escala (7,4), o que se revela essencial, visto que, estamos a falar de competências chave quer para a prestação, quer para a gestão de cuidados em enfermagem.

Existem 16 estudantes que referiram valores de PAEE face a 8 das 10 competências desta dimensão, inferiores a “Competente”. E foi na competência *“Iniciar e participar nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde”*, onde houve maior número de registos (5) e com valores mais baixos na escala. Julgamos que a justificação possa ser semelhante à referida anteriormente, ou seja, por insuficiência/ausência de experiências de desempenho durante a vida académica nesta vertente, não contribuindo para a construção de uma PAEE positiva. A motivação do estudante e as estratégias de AR da aprendizagem face a estas competências podem também ter tido um papel preponderante.

Relembramos ainda, que o domínio das competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados, emergiu das respostas dos estudantes que relataram o não desenvolvimento de competências, embora, a maioria desses estudantes não tivesse atribuído causa, a esse não desenvolvimento.

PAEE nas Competências de Prática Ético-Legal

De igual forma, também nesta dimensão, em média, os estudantes finalistas da amostra têm uma PAEE elevada (7,58), próxima do “Totalmente Competente”, sendo o valor médio mínimo: “Competente”, o que é de felicitar, dado que é exigível ao enfermeiro que regule a sua actividade por uma ética profissional (Nunes, 2008). Porém, 16 estudantes, de um total de 25, referiram uma PAEE negativa na competência *“Demonstrar compreender as políticas de saúde e sociais”*. As outras competências às quais se reporta uma PAEE negativa, estão relacionadas com a prestação de cuidados de enfermagem, tendo por base os princípios do código deontológico, e por isso, relativamente a diferenças culturais, de valores, crenças e práticas das pessoas, havendo três estudantes que se percebem em termos de AEE como “Totalmente Incompetentes” (quadro 19). No entanto, é sabido que é exigido ao enfermeiro, o respeito pela autonomia e dignidade de cada pessoa (Cerqueira, 2008), pelo que, será necessário que estes estudantes adquiram uma PAEE positiva, face a essas

competências. Recordámos todavia, que a percepção pode ser diferente da realidade, apesar da dimensão da Prática segundo a ética, ter sido referida como um grupo de competências não desenvolvidas, embora com valores pouco representativos (UE=2). Os motivos então aludidos foram ausência de uma UC que elucidie sobre a temática, e a estruturação da UC de Bioética associada a ausência de confrontação de situações relativas a estes aspectos, o que não é validado pelo plano de estudos do CLE.

É de mencionar, que esta dimensão é a segunda, em igualdade de circunstâncias com a dimensão das competências de Valorização Profissional, onde maior número de respostas (25) se posiciona aquém do “Competente”. Para tal, pode ter contribuído a ausência de experiências dos estudantes no decurso da acção em contexto clínico, ou as experiências de fracasso, e/ou as experiências vicariantes, associados aos enfermeiros enquanto modelos sociais, bem como, o esforço e a persistência associados à motivação do estudante, para a aquisição e desenvolvimento das competências em questão.

PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão

De forma análoga, verificou-se em média (7,39), um valor elevado de PAEE nas competências que compõem esta dimensão, apesar de existir uma grande variabilidade de respostas, e de um valor médio mínimo de 4,33. Observaram-se 13 registos inferiores a “Competente” em competências no âmbito da supervisão e delegação de funções, passando pelas estratégias de suporte necessárias, entre outras. Um estudante auto-percepcionou-se como “Totalmente Incompetente” em “*Registar e comunicar à autoridade competente as preocupações relativas à segurança*”.

De forma idêntica, este factor surgiu como uma dimensão de competências não desenvolvidas, embora fosse o factor que neste campo, tivesse menor valor expressivo (1,2%; UE=1), em que o motivo atribuído foi “por ainda não estar qualificada para tal”. E, apesar do plano de estudos contemplar uma UC de “Gestão em enfermagem”, é aceitável essa justificação, na medida em que, essas competências associam-se a algum tempo de exercício profissional, pela complexidade inerente, pois, “os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando estes tenham a preparação necessária para as executar, (...)” (D.L. n.º 161/96, art. 10.º), daí, é de certa forma esperado, que haja estudantes que se percepcionem de forma negativa, nestas competências.

PAEE nas Competências de Prática Ético-Moral

Nesta dimensão, os estudantes perceberam-se em termos de AEE entre o “Competente” e o “Totalmente Competente”, não havendo registos negativos na escala. O valor médio foi de 8,33 e destaca-se valores de maioria de registos nas competências: “*Garantir a confidencialidade e a segurança da informação, (...)*” (58,3%) e, “*Respeitar o direito do cliente à privacidade*” (60,3%). O dever de sigilo e do respeito pela intimidade, é algo a que a pessoa tem direito (Cerqueira, 2008, p. 32).

Assumindo que, a enfermagem é uma profissão que tem uma finalidade moral e que se regula por uma ética profissional (Nunes, 2008), os resultados obtidos são excelentes, onde são diversos os factores que podem ter contribuído para tal: as experiências de desempenho, as experiências vicariantes, o cenário da formação, a motivação dos estudantes, entre outras causas, nas quais se podem incluir os factores referidos como tendo mais influência positiva para o desenvolvimento de competências.

PAEE nas Competências de Execução de Cuidados

Foi nesta dimensão, onde se verificou o valor médio mais baixo, apesar de moderado (6,79) de PAEE, o que é corroborado pelo valor médio mínimo de 3,3, e pelo facto, de existirem 62 estudantes que se perceberam em termos de AEE com valores negativos na escala de tipo *likert*, face a todas as competências aqui incluídas. Dos 62, 46 estudantes referiram-se a competências relacionadas com a compreensão dos planos de emergência para situações de catástrofe, e com a resposta eficaz perante as mesmas. 13 estudantes referiram-se a respostas eficazes perante situações inesperadas, e 3 reportaram-se à competência “*Organizar o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo*”. Porém, é também esta a competência que reúne maior número de respostas de PAEE acima do “Competente” (98,5%), denotando que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências é um processo pessoal, inerente a cada um, tal como, foi descrito na base conceptual deste estudo.

Parece existir uma certa congruência entre o que os estudantes referem ser a sua percepção neste domínio das competências, com as competências que referiram não ter desenvolvido durante o CLE, dado que, o campo da “Execução” foi aquele que se destacou nesse não desenvolvimento e, com uma expressão maioritária (58,3% de 84 UE). A formação prática é a categoria que envolve os motivos mais atribuídos (80,9%), sobretudo devido à ausência/insuficiência de experiências em áreas específicas.

Contudo, os estudantes também expuseram que um dos factores com mais influência positiva para o desenvolvimento de competências, foi a diversidade de experiências e de contextos de aprendizagem. A formação teórica foi de igual forma, apontada como causa do não desenvolvimento de competências, pela ausência/insuficiência de conteúdos programáticos.

Seria de esperar, que no âmbito das competências de execução, a formação prática fosse preponderante, o que vem reforçar o já descrito, acerca da importância da experiência clínica no processo aprendizagem de adultos (Pires, 2007), repercutindo-se na aquisição e desenvolvimento de competências, e consequentemente na PAEE (positiva ou negativa), pelo desempenho anterior, pelas experiências vicariantes que a clínica permite, enfim, pelo contexto (factor essencial no determinismo recíproco).

PAEE nas Competências Éticas

Em média, os participantes têm uma PAEE elevada (8,06), próxima do “Totalmente Competente”, sendo o valor médio mínimo: “Competente”, não havendo qualquer registo para valores negativos de PAEE. Realça-se os valores de PAEE acima dos 50% e como “Totalmente Competente” em “*Exercer de acordo com o código deontológico*”.

Ora, o agir ético do enfermeiro “centra - se no cuidado ao outro, respondendo às suas necessidades tendo em vista a sua máxima independência, no respeito pela sua dignidade (...)” (Sousa, 2008, p. 9), em que os Direitos Humanos constituem uma base ética fundamental para os deveres do enfermeiro. Esses deveres profissionais passam a ser enunciados no Código Deontológico, pelos quais o enfermeiro passa a responder, pois, “mantêm-se como materialização do agir ético, mas ganham força obrigatória e a coercibilidade da norma jurídica que os impõe como deveres a serem praticados (...) a sua violação implica sanção disciplinar” (Deodato, 2008, p. 5). Portanto, os resultados obtidos nesta dimensão são notáveis, e podem ter sido alcançados por vários factores, como os já descritos para outras dimensões.

PAEE nas Competências de Formação Contínua

É nesta dimensão que se verifica o valor médio mais elevado de PAEE face às competências aqui reunidas (8,11), sendo o valor médio mínimo “Competente”. Todavia, 4 estudantes mencionaram valores negativos de PAEE, em três competências direccionadas para a formação contínua, para o aproveitar das oportunidades para

aprender em conjunto, bem como, para efectuar uma revisão regular das práticas, apontando, estas últimas, para estratégias de AR. Como já mencionado, Carvalho (2004) verificou no seu estudo com estudantes de enfermagem, que a função auto-reguladora não tem sido trabalhada de forma ajustada às necessidades, o que chama a atenção para o papel dos professores, já que, as crenças elevadas de AE dos estudantes são sensíveis à formação, desempenhando um papel causal no desenvolvimento do estudante e na utilização das competências académicas (Pajares & Schunk, 2001). Mas, todos percebem-se acima do “competente” no que se refere a “*Assumir responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências*”, o que é de salientar, especialmente no contexto da reforma de Bolonha e das metas da educação para o século XXI, numa filosofia do “aprender a aprender”. Aliás, é um dever do enfermeiro, o do aperfeiçoamento profissional constante (D.L. n.º 104/98, art. 78.º, n.º 2).

Destaca-se ainda, a importância de adquirir competências de AR da aprendizagem, contribuindo para uma AE académica positiva, podendo repercutir-se na AE enquanto profissional de enfermagem. Similarmente, quer a motivação dos estudantes, quer a AR, quer as experiências, a persuasão verbal, entre outros motivos, podem ter contribuído para essa PAEE elevada.

PAEE nas Competências de Responsabilidade

Esta dimensão contém apenas duas competências e o valor médio de PAEE verificado foi de 7,82, porém, em ambas se verificaram registos negativos (3), mas não como “Totalmente Incompetente” (quadro 20). Dois desses registos reportam-se a: “*Consultar outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício*”.

Estamos portanto, perante estudantes que se percebem auto-eficazes na responsabilidade. “A responsabilidade está intimamente ligada ao conjunto de crenças que orientam o nosso quotidiano e aos valores sociais, éticos e morais que determinam as ditas crenças” (Rodríguez Borrego *et al.*, 2008, p. 65). É inquestionável, que a prática do enfermeiro deve estar impregnada de acções responsáveis, e ser responsável, é estar atento ao que se faz, protegendo a vida do doente (Collière, 1999). E, à medida que os estudantes adquirem conhecimento, novas responsabilidades surgem. A responsabilidade, porque também se associa positivamente com o medo, vai determinar

a procura de novos saberes pelos estudantes, para melhor exercerem o seu papel, sobretudo em ensino prático. Funciona como um impulso para novas aprendizagens.

O facto de haver registos menos positivos pode advir, do facto dos estudantes, pela sua curta experiência, não conseguirem identificar sozinhos todas as necessidades, e não se responsabilizarem por aquilo que não conseguem ver. Por outro lado, e a respeito da competência acima mencionada, a nossa experiência diz-nos que, muitos estudantes pelo seu estatuto, não se sentem “à vontade” para procurar outros profissionais de saúde, especialmente os médicos, que muitas vezes não se abrem à comunicação com os estudantes de enfermagem, quanto mais, a alargar a discussão a outras organizações.

Também, “o sentido de responsabilidade parece contribuir para o desenvolvimento pessoal do estudante como pessoa, para o desenvolvimento de uma consciência ética sobre o cuidado humano” (Fernandes, 2007, p. 179). Este tipo de consciência é esperado nos estudantes, na medida, em que lhes é transmitido na sua formação, no intuito de impedir “os erros”. Daqui decorre a congratulação, pelo facto, destes estudantes terem uma PAEE elevada nessas competências.

PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais

Esta dimensão é constituída apenas por duas competências, cujo valor médio de PAEE foi de 7,3, e o valor médio mínimo foi de 1,5, próximo do “Totalmente Incompetente”. Isto, porque 15 estudantes apresentam uma PAEE inferior a “Competente” em “*Actuar como um mentor/tutor eficaz*”, existindo dois registos que correspondem a “Totalmente Incompetente”. Outros dois estudantes finalistas também têm uma PAEE negativa face a “*Contribuir para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas*”.

Relativamente ao processo de tutoria, onde alguns estudantes se percebem praticamente como totalmente incompetentes, foi relatado como não sendo uma competência que o estudante deva adquirir. Esta justificação é aceitável, pois é necessário que o tutor reúna determinadas características, e para tal, é necessário tempo e de preferência, que seja proporcionada formação específica (Abreu, 2003). Daqui se depreende que a ausência de este tipo de experiências, de maturidade profissional associada à ausência de conhecimento, contribuem em muito para que a PAEE se torna mais baixa.

Configuração Global de PAEE

Em média, os estudantes finalistas do CLE da ESEP, têm uma PAEE elevada (8), próxima do “Totalmente Competente”, e posicionam-se apenas nos valores positivos da escala, percebendo-se como bastante auto-eficazes face às competências necessárias para a certificação e obtenção do título profissional de Enfermeiro. Estes resultados são os ideais, uma vez que, a aquisição e o desenvolvimento de competências, é um dever do enfermeiro, o dever da procura da excelência do cuidar, no exercício na profissão, o que implica: competência e o aperfeiçoamento profissional (D.L. n.º 104/98, art. 78.º), estando obrigado a apoiar todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e dos serviços de enfermagem (art. 12.º). Por outro lado, salienta-se aqui, o papel da formação académica que estes estudantes usufruíram, na ESEP, com todos os factores que isso implica, reflectindo-se nos resultados das suas crenças de AE.

Se os estudantes se percebem como competentes (e num nível elevado de competência), pressupõe-se que estejam aptos a agir em situação (Le Boterf, 2003), que estejam prontos a mobilizar os saberes, a integrá-los e, a transferi-los, tornando-os aptos a navegar na imprevisibilidade e complexidade, com que o enfermeiro se depara constantemente (Le Boterf, 2003; Schön, 2000), que possuem o saber combinatório dos recursos pessoais e recursos do meio, e que estão dispostos a aprender ao longo da vida.

Comprovou-se ainda, o descrito na base conceptual acerca das crenças de AE: que podem diferir de tarefa para tarefa, daí a abordagem microanalítica, envolvendo portanto julgamentos acerca da competência para o desempenho a um certo nível; estão em interacção constante com o contexto (escolar, clínico), em que os indivíduos são simultaneamente produtos e produtores do ambiente; as crenças variam em magnitude, em generalidade, e em força.

Através das acções metacognitivas que envolvem: a auto-reflexão, a AR e um espírito de curiosidade, os estudantes analisam e interpretam as suas próprias experiências, traduzindo-se na capacidade de controlar os próprios comportamentos, quer enquanto tal, quer no futuro, como profissionais. Assim, atendendo a que as crenças que as pessoas concebem acerca de si próprias, são os componentes basilares para o exercício do controlo e da agência humana, e por isso, interferem no seu comportamento, percebe-se que se os estudantes têm uma PAEE sobre as competências do ECGs elevada, esta situação interfira no seu comportamento, reflectindo-se em

melhores desempenhos: a uma AE mais elevada corresponde mais esforço e persistência, exercendo maior controlo sobre o ambiente, mais motivação face aos obstáculos, funcionando dessa forma, como preditor do comportamento enquanto estudantes. Comportamento esse, que se expressa pelo rendimento nas tarefas de aprendizagem, o que se reflecte na aquisição de competências e portanto, no desempenho profissional de sucesso.

Crenças mais elevadas estão associadas a maiores níveis de realização e a melhores resultados escolares (Pajares & Schunk, 2001). E porque, as crenças de AE medeiam entre os desempenhos passados e as condutas subseqüentes, no momento de transição para o trabalho, uma crença de AE elevada do estudante incrementa uma crença elevada do estudante enquanto profissional: pessoas com crenças elevadas de eficácia antevêm situações com sucesso, e o mesmo acontece, em sentido inverso.

Questão de Investigação:

- *Como se correlacionam as dimensões de PAEE nas competências do ECGs, dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP?*

A análise dos dados conduziu-nos à conclusão de que a PAEE global das competências do ECGs dos estudantes finalistas de enfermagem apresenta correlações positivas, moderadas a altas e, mais fortes com a PAEE das dimensões das competências, segundo uma hierarquia (de força): 1º - Promoção da Saúde; 2º e em igualdade de circunstâncias, com Planeamento de Cuidados de Enfermagem e Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados; 3º - Prática Ético-Legal; 4º - Valorização Profissional; 5º - Execução de Cuidados; 6º - Cuidados de Saúde Interprofissionais; 7º - Formação Contínua; 8º - Delegação e Supervisão; 9º - Responsabilidade; 10º - Prática Ético-Moral; 11º - Formação de Estudantes e Profissionais; 12º - Éticas. Pelo que, é sugestivo que a PAEE nas Competências Éticas, parece ser o factor que menos associação tem com a PAEE global nas competências do ECGs.

Se tivermos em consideração os resultados de alguns estudos já referidos, em que a experiência clínica é um factor essencial para o desenvolvimento de competências (Abreu, 2001, 2003, 2007), o que por sua vez, foi corroborado pelos estudantes do nosso estudo, como sendo aquele que mais influência positiva exerce nesse processo, e que existem estudos que nos dizem, que dessas experiências clínicas, as mais relevantes

são as que têm lugar em contexto hospitalar (Figueiredo, 2004), e sendo esse, o espaço mais propício ao sofisticado tecnicismo, que normalmente capta a atenção dos estudantes de enfermagem, estes resultados parecem não traduzir isso. Se o *score* de PAEE global, tem uma correlação mais forte e positiva com a PAEE nas competências da dimensão da Promoção da Saúde, para a qual, pode ter contribuído mais experiências anteriores de sucesso no desempenho dos estudantes, fosse pela motivação dos mesmos, pelo contexto, pelas estratégias adoptadas de AR da aprendizagem, ou por outros factores, na verdade, é sugestivo que tenha ocorrido mais investimento do estudante. Isto é, mais esforço e persistência do mesmo, conduzindo a um rendimento bastante positivo, o que por sua vez, através do mecanismo de retro-alimentação, contribui para aumentar as suas crenças de eficácia nas competências em questão.

Portanto, os resultados indicam que quanto maior a PAEE nas competências da dimensão da Promoção da Saúde, maior a configuração global de PAEE. Assim, e tendo em conta que estamos a falar ainda de jovens adultos, que tradicionalmente se vislumbram pelo aparato da técnica das Unidades de Cuidados Intensivos, e pelo “bichino” fascinante associado à velocidade dos serviços de urgência, e a valorização da cura e do êxito face à doença, supõe-se que na realidade possa estar a ocorrer uma mudança, tendo em consideração que possa ter havido mais investimento por parte dos estudantes na aquisição dessas competências. A ser verdade, assiste-se a uma alteração e, em vez da “doença” e do “tratar”, “a Pessoa” e o “Cuidar”, possam estar a assumir a primazia a que têm direito, assim como, as intervenções do foro autónomo da profissão. Se assim for, tal poderá constituir um contributo para a solidificação da enfermagem enquanto profissão autónoma. Reconhece-se, no entanto, que aquilo que é verdadeiramente autónomo em enfermagem, ainda não tem a visibilidade social, necessária.

Queríamos ainda fazer referência, relativamente às relações entre a PAEE nas diferentes dimensões de competências, que todas as correlações são positivas, relativamente altas, mas não muito altas variando entre 0,171 e 0,842.

Só nos vamos reportar à relação mais alta: verificou-se entre a PAEE nas Competências de Promoção da Saúde e a PAEE nas Competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem, o que consideramos importante, dado que, são ambas essenciais para que o enfermeiro possa ajudar as pessoas a viverem bem as transições. Estas resultam de alterações na vida, na saúde, nas relações, no ambiente, referem-se quer ao processo, quer ao resultado de uma complexa interacção (pessoa e ambiente),

sendo entendidas como a passagem, ou movimento, de uma fase da vida para outra, de uma condição ou *status* para outro (Meleis, 2007), sabendo que o foco da atenção dos cuidados de enfermagem é a promoção de projectos de saúde de cada pessoa (OE, 2003), tendo em consideração, as respostas humanas envolvidas nessas transições (Silva, 2007).

Por outro lado, sem concepção não há um cuidar responsável, fundamentado na evidência científica, na reflexão e pensamento crítico, que suportam a recursividade entre a teoria e a prática (Schön, 2000). Destaca-se ainda, que Dodobara (2005) refere-se a estudos que revelam uma relação positiva entre as crenças de AE e a solução de problemas conceptuais, em que os estudantes com elevados níveis de AE foram mais persistentes, melhores na auto-monitorização do seu tempo de trabalho e na solução de problemas conceptuais, perante os estudantes com igual habilidade mas, com uma PAEE baixa.

Em suma, a partir dos dados obtidos notou-se correlação positiva em todas as relações investigadas. Sobressaem diferenças somente em relação à magnitude do relacionamento entre as variáveis. É fundamental que futuras investigações utilizem amostras maiores de participantes e investiguem as correlações identificadas, especialmente, para que se possa fazer generalizações e posteriores relações causais entre estes fenómenos.

Questão de Investigação:

- *Qual a relação entre a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs e as variáveis de atributo dos sujeitos?*

Apuramos, que o sexo e a idade não têm qualquer relação significativa com a PAEE nas competências do ECGs, seja na configuração global de PAEE ou nas diferentes dimensões.

No que diz respeito ao sexo, as diferenças de género são regularmente referidas nas crenças de AE (Castro, 2007), embora, os estudos mais recentes mostrem que há poucas diferenças entre os sexos, e que em muitos casos as mulheres superam os homens (Pajares & Schunk, 2001). Contudo, aqueles que fazem referências a essas diferenças mostram que as mulheres não se sentem tão capazes em relação às profissões que historicamente são consideradas masculinas (Betz & Hackett, 1981), em que a AE matemática parece ter um papel fundamental, dada a associação do domínio académico

ao ocupacional (citado por Coimbra, 2000, p. 91). Aliás, as diferenças de género na AE ocupacional são comuns a muitos estudantes universitários (Coimbra, 2000).

A pesquisa efectuada também revelou a evidência de que as mulheres tendem a lidar com as emoções de forma diferente da dos homens, o que pode estar presente na AE, na regulação emocional na transição para o trabalho. Uma explicação para esta diferença alistada com o sexo versa sobre os padrões culturais (Bandura, Caprara, Barbaranelli *et al.*, 2003), dado que, os homens são tradicionalmente socializados para serem instrumentais e emocionalmente calmos, enquanto as mulheres são socializadas para expressarem as suas emoções.

Claramente, existe a necessidade de mais investigação sobre a natureza dessas diferenças na AE, bem como, a necessidade de alterar na escola os programas e as práticas de sala de aula, que possam originar essas diferenças associadas ao sexo (Pajares & Schunk, 2001). Percebemos que no caso do nosso estudo, dado que, a nossa amostra é muito homogénea, que essas diferenças não se tenham verificado, uma vez que “diferenças de género não são usualmente encontradas em amostras mais seleccionadas ou homogéneas” (Betz & Hackett, 1985 citado por Coimbra, 2000, p. 66). Quanto ao predomínio do sexo feminino, parece reflectir um efeito registado a nível internacional, de uma feminização no acesso e frequência do nível de ensino universitário (Almeida *et al.*, 2006, p. 512). E no caso da enfermagem, “como profissão continua a estar ligada ao estereótipo feminino” (Amendoeira, 2006, p. 281).

Relativamente à idade e às diferenças de desenvolvimento inerentes, a pesquisa sugere que o nível global médio das percepções das competências declina com a idade, sobretudo quando os estudantes fazem a transição para a escola secundária. Atribuem-se explicações de ordem psicológica e sociológica a essa queda: as psicológicas sobre as mudanças nas habilidades cognitivas das crianças e das crenças como mediadores dessa diferença de idade, ao passo que as explicações sociológicas associam-se a mais *stress* devido às mudanças do ambiente escolar (Pintrich & Schunk, 1996). Torna-se necessário saber, se o mesmo acontece associado à transição para a Universidade e para o mundo do trabalho, no entanto, a nossa amostra também é muito homogénea em termos de idade, o que torna o resultados obtidos compreensíveis e até esperados.

Similarmente, a Nota final do curso também não é preditiva da configuração global de PAEE nas competências do ECGs, mas é-o na PAEE nas Competências de Delegação e Supervisão (6 competências) e nas Competências de Responsabilidade (2

competências), apesar de forma ténue (entre 26-28%). Isto é, revelou-se apenas preditiva de 8 competências de entre as 96 (8,3%) competências do ECGs.

Eram expectáveis resultados diferentes, uma vez que a Nota, apesar de não ser o único elemento que traduz o rendimento académico (e tendo em consideração, a relação deste com as crenças de AE), deveria relacionar-se de forma mais marcada com a PAEE nas competências do ECGs. Aliás, se olharmos para os resultados de alguns estudos, percebe-se o raciocínio aqui adoptado: os estudos de Brown, Larkin e Lent, revelaram que os estudantes com elevada AE obtiveram melhores notas e têm mais persistência no curso (no caso, em estudo, em cursos de ciências e engenharia) que os seus pares, com baixa AE (citados por Dodobara, 2005, p. 11); ora, melhores notas, melhor envolvimento nas tarefas e melhores crenças de AE, pelo *feedback* produzido (Zimmerman, *et al.*, 1992).

A fonte mais forte de informação de eficácia é a que os estudantes de enfermagem obtêm em consequência dos seus esforços e do sucesso das suas realizações. Estes resultados, ao alimentarem as suas percepções pessoais de eficácia vão predizer os desempenhos académicos, que se traduzem na percepção sobre o desempenho que terão, no papel de profissionais de enfermagem. Todavia, atendendo a que “os melhores alunos nem sempre se revelam os melhores profissionais” (Rodrigues *et al.*, 2006, p. 56), e acrescentamos, se revelam os profissionais mais competentes, porque o saber não é sinónimo de competência (Le Boterf, 2003, 2005), não é de inquietar, no nosso caso, que a nota não tenha revelado um valor preditivo da PAEE nas outras competências, e com maior expressão.

Olhando neste momento para as variáveis anteriores em conjunto: o sexo, a idade, a nota, e as crenças de AE, é de referir que os autores (Boyer *et al.*, 2001) descrevem que as alunas são mais organizadas na planificação do trabalho escolar e mais empenhadas em satisfazer as exigências do papel de estudante, apesar de apresentarem menor confiança nas suas capacidades para lidar com as situações de avaliação e de se revelarem mais ansiosas (citado por Almeida *et al.*, 2006, p. 509). Esses autores descrevem ainda que maiores dificuldades de aprendizagem são percebidas pelos alunos do sexo masculino e por aqueles que apresentam um rendimento académico mais baixo (citado por Almeida *et al.*, 2006, p. 513). Contudo, segundo Faria (1998), e muito embora, as alunas tenham notas mais elevadas relativamente aos alunos, ao longo do percurso escolar, tenham avaliações mais favoráveis e recebam menos *feedback* negativo por parte dos professores, manifestam

de forma mais frequente, padrões de desistência perante os fracassos (citado por Castro, 2007, p. 74). Assim, pelos resultados dos diversos estudos e pelos até agora expostos, confirmou-se a necessidade de incluirmos estas variáveis no estudo da PAEE nas competências do ECGs.

Questões de Investigação:

- *Qual a relação entre a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs e a opinião sobre a adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem?*
- *Quais os motivos que justificam a opinião dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, acerca da adequação do CLE ao exercício da profissão enfermagem?*

Observou-se que os estudantes que consideram o CLE mais adequado ao exercício da profissão, face aos que o consideram menos adequado, apresentam uma distribuição média mais elevada e significativa de PAEE nas competências de: Planeamento de Cuidados de Enfermagem; Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados; Execução de Cuidados; Responsabilidade (o que corresponde a 36 competências das 96 – 37,5%), e na configuração global de PAEE.

Os motivos expressos pelos estudantes que consideram o curso como sendo mais adequado para o exercício da profissão (N=187), foram: o CLE da ESEP, no seu currículo, promove os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, responde aos mandatos sociais e da matriz profissional e conceptual da enfermagem, permite uma boa articulação da formação teórica com a prática, isto é, dos modelos em uso com os modelos expostos (o que se destaca com maior percentagem: 42,8% de 124 UE) e, pelo facto do curso apresentar uma correcta estruturação curricular em dois biénios (16,9%). Porém, 12 estudantes consideram-no menos adequado, e os motivos atribuídos relacionam-se, também, com o currículo, especialmente pela má articulação da formação teórica com a prática profissional (43,7% de 16 UE), e pelo facto do curso estar estruturado em dois biénios (37,5%). Por conseguinte, o facto da razão mais apontada, ser a má articulação entre a formação teórica e a prática, vai de encontro à opinião de vários autores que apontam para a existência dessa dicotomia (Basto, 1998; Costa, 1998; Coelho, 2001, Silva, 2006), e a existir, os estudantes consideram que pelo menos, a sua formação não contribuiu para tal, apesar de existirem alguns estudantes

que pensam o inverso, mas estes, são muito poucos, pois, maioritariamente os estudantes são da opinião que o Currículo da ESEP não fomenta os conflitos entre os modelos inculcados pela escola e os modelos burocratizados dos cenários clínicos, a que se refere Mestrinho (2001), permitindo experiências de aprendizagem de sucesso favorecedoras da construção da PAEE nas 36 competências atrás mencionadas. É sugestivo, que o contexto (escolar e clínico) tenha aqui, um papel fundamental.

Dessa forma, fica patente que a percepção é subjectiva e pessoal, havendo disparidade de opiniões acerca do mesmo assunto.

Questões de Investigação:

- *Qual a relação entre a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs e a opinião sobre a intensidade das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem?*
- *Quais os motivos que justificam a opinião dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, sobre a intensidade das crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão enfermagem?*

Aferimos ainda, que 188 estudantes consideram que têm crenças mais elevadas de eficácia pessoal para o exercício da profissão, e que têm uma distribuição média mais elevada e significativa (face aos que têm crenças menos elevadas), de PAEE nas Competências de: Planeamento de Cuidados de Enfermagem, Promoção da Saúde, Valorização Profissional, Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados, Prática Ético-Legal, Execução de Cuidados, Formação Contínua, Formação de Estudantes e Profissionais (o que corresponde a 72 competências das 96) e, sobre as competências do ECGs no seu global. Ou seja, apesar de 94,5% dos estudantes julgarem que têm crenças elevadas de eficácia para o exercício profissional, mais uma vez se comprova que essa crença não se reflecte em todas as competências necessárias para esse exercício, denotando a natureza específica da mesma.

Salvaguarda-se a importância que tem esta avaliação da eficácia académica, tendo em vista, a eficácia profissional, pois, só estas avaliações promovem um comportamento de sucesso (Bandura, 1986). Com crenças elevadas e pela possibilidade que têm de exercer controlo sobre as suas acções, influenciando o estabelecimento de metas e a selecção das actividades a desenvolver, estão reunidas as condições necessárias para um desempenho profissional com sucesso, por via da motivação. Estes estudantes acreditam que têm as competências para tal.

As razões atribuídas pelos estudantes que têm crenças de eficácia pessoal mais elevadas para o exercício da profissão reportam-se maioritariamente (67,5%) a variáveis de contexto educacional (Conhecimentos adquiridos no CLE e Avaliação positiva no percurso formativo no CLE) e, as variáveis intrínsecas ao estudante (Competências pessoais ou genéricas) ocupam uma posição inferior. Os conhecimentos adquiridos no CLE são a principal razão apontada (54%) das 148 UE, salientando a importância dos saberes, para aquilo que os estudantes acreditam possuir. Como os conhecimentos são adquiridos no âmbito da escola, o plano curricular do CLE contribui para a edificação dessas crenças.

Por outro lado, as crenças de eficácia pessoal para o exercício da profissão menos elevadas, foram atribuídas pelos 11 estudantes predominantemente às variáveis intrínsecas aos mesmos (62,5%; UE=5), realçando-se a baixa auto-confiança, seguida por uma baixa avaliação sumativa, enquanto variável do contexto educativo. Também foram justificadas, por uma orientação pedagógica clínica produtora de estados de tensão e, pelos estados fisiológicos e emocionais, o que é corroborado por Rodrigues & Barrera (2007): a ansiedade, medo ou desânimo podem levar o estudante a se julgar incapaz para a realização de uma determinada tarefa. Já o bem-estar, o bom humor e o optimismo levam-no a acreditar e confiar nas suas capacidades. E, como mecanismo retro-alimentado que é, os estudantes que têm altos níveis de AE têm mais probabilidades de experimentar emoções positivas, tais como, orgulho e felicidade. Em contraste, aqueles que têm níveis inferiores de AE geralmente experienciam emoções negativas, tais como, ansiedade ou depressão (Linnenbrink & Pintrich, 2003). Daqui advém, que se as experiências anteriores forem interpretadas de forma negativa, como o que aconteceu com os nossos estudantes, conduzirão a uma diminuição das crenças de AE, em situações semelhantes.

Mais uma vez, comprova-se a influência quer do ambiente, quer dos factores pessoais e do comportamento que interagem entre si, no eixo da agência humana, onde a percepção de cada um, de que é capaz de realizar uma certa tarefa influenciará nos comportamentos futuros, logo, o desempenho enquanto profissional de enfermagem (Bandura, 1986, 1997).

Questões de Investigação:

- *Qual a relação entre a PAEE dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, nas competências do ECGs e a opinião sobre a motivação para o exercício da profissão enfermagem?*
- *Quais os motivos que justificam a opinião dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP, acerca da motivação para o exercício da profissão enfermagem?*

A variável motivação para o exercício da profissão, não conduziu a diferenças estatisticamente significativas na PAEE nas competências do ECGs, o que não seria de esperar, por tudo que já expusemos, relativamente à relação entre motivação e AE.

Todavia, 169 estudantes consideram-se como mais motivados para o exercício da profissão enfermagem, e as razões relacionam-se com a profissão enfermagem, quase na sua totalidade, com o Grupo de pertença (94,3% de 124 UE), onde a Identificação com a profissão é o principal motivo apontado (71,8%; UE=89). E, se os estudantes se identificam com a profissão, aumenta a probabilidade de ficarem satisfeitos com a mesma, e de se sentirem motivados, o que por sua vez, contribui para aumentar a crença de AE. Mais motivação conduz a mais esforço, e mais persistência conduz a melhor desempenho, que por sua vez, conduz a melhores crenças de AEE, que se vão reflectir novamente no esforço e persistência a adoptar (Figura 5).

Linnenbrink & Pintrich (2003), dizem-nos que uma generalização muito clara e estável a partir da investigação que realizaram é que as crenças de AE estão positivamente relacionadas com a motivação dos estudantes. Essa generalização permanece estável em estudantes com diferentes idades e parece que se aplica igualmente, ao sexo masculino e ao sexo feminino e, em todos os grupos étnicos.

Quanto às respostas dos 30 estudantes que se consideram como menos motivados para o exercício da profissão, as razões incluem-se associadas à profissão enfermagem, contribuindo sobretudo as elevadas taxas de desemprego (40,8%; UE=20) da actualidade (OE, 2009b). Foram ainda, enumerados outros factores, e a propósito destes, referimos que Everly e Falcione (1976) identificaram comportamentos percebidos pelos enfermeiros, que poderiam contribuir para a sua satisfação profissional, tendo-se verificado que a autonomia, o estatuto profissional, relações com a supervisão, requisitos da tarefa e compensações intrínsecas no trabalho, assumem grande importância. Seguem-se factores relacionados com a oportunidade para a

progressão e problemas de remuneração (citado por Durão, 2001, p. 70). Alguns destes aspectos foram manifestados como ausentes pelos nossos estudantes, e se estes se identificam com a profissão e com os enfermeiros, e se essas condições não existem na perspectiva dos enfermeiros, pode ser uma causa para os estudantes se sentirem menos motivados para o exercício da profissão.

Questão de Investigação:

- *Qual a opinião acerca dos aspectos que tiveram mais ou menos influência positiva para o desenvolvimento de competências durante o curso, dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP?*

Os factores apontados como tendo mais influência positiva no desenvolvimento de competências durante o CLE, ramificam-se em variáveis do contexto educativo, com uma importância maioritária de 81,8% (das 275 UE) e, em variáveis intrínsecas ao estudante. Destacam-se assim, os factores de ordem externa, indo de encontro ao modelo ecológico de desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1996), que indica que os resultados da aprendizagem dependem muito do meio ecológico que envolve os estudantes. Ficou ainda bem explícito, o papel crucial que a formação prática tem no desenvolvimento das suas competências (58,2%; UE=160), reconhecendo a importância quer das estratégias pedagógicas diversas e adequadas dos prof., profissionais e enfermeiros tutores, quer da diversidade das experiências e contextos da aprendizagem, contribuindo para a mobilização de saberes, o que implica uma prática reflexiva. Tal é basilar, porque uma lógica de acção eminentemente rotineira e mecânica, face à incerteza e complexidade do contexto da prática, constitui um obstáculo delimitador do desenvolvimento por parte dos estudantes de momentos de reflexão *na acção e sobre a acção* (Fernandes, 2007).

Essa reflexão desperta o estudante para novos olhares, aprendendo a formular perguntas pedagógicas, consideradas como um motor de desenvolvimento pessoal e profissional. Para tal, exige-se a mobilização de todo o tipo de saber prévio que possui, transformando-o em fundamento do agir informado, enquanto construção de um processo de aprendizagem (Alarcão & Tavares, 2003).

Abreu (2007, p. 97) reportando-se às pesquisas desenvolvidas nos últimos anos sobre a formação dos estudantes em contexto clínico, identificou um conjunto de factores que interferem positivamente na aprendizagem clínica, dos quais, só iremos mencionar aqueles que se mostram próximos aos que encontramos:

- “Proporcionar aos formandos um acompanhamento adequado, com profissionais (docentes ou tutores) com formação didáctica (...);
- Incentivar formas de reflexão deliberada sobre as experiências assistenciais e pessoais dos formandos (...);
- Alternar a aprendizagem clínica com momentos de formação e recomposição teórica”.

O suporte de pares, as oportunidades de aprendizagem e a qualidade da supervisão, de igual forma, foram alguns dos factores identificados por Hart e Rotem (1995) que caracterizam a aprendizagem em contexto clínico (citado por Abreu, 2007, p. 95), o que também, vai de encontro ao nosso estudo.

Por seu turno, a nível das estratégias pedagógicas adoptadas de forma adequada, foi feita referência aos reforços positivos. Estes assumem especial relevância, se tivermos em atenção que as pessoas que são persuadidas verbalmente de que possuem as competências necessárias para dominar determinadas tarefas são mais propensas a esforçarem-se mais e de forma constante, comparativamente àquelas que duvidam das mesmas (Pajares, 2002), reflectindo-se na sua motivação, na PAEE nas competências e nas competências, em si. Ao proporcionar aos estudantes uma retro-alimentação constante e imediata face às tarefas académicas, contribui-se para elevar a sua AEE, principalmente se lhes for dito, que essa retro-alimentação se deve aos seus esforços, eles trabalharão mais intensamente, declararão mais eficácia para as próximas aprendizagens e ficarão mais motivados (Pajares & Schunk, 2001), o que se transporta para a aquisição e desenvolvimento das competências, visto que, segundo Bouffard-Bouchard (1990) “geralmente um *feedback* positivo estimula a motivação dos estudantes enquanto um *feedback* negativo diminui a motivação” (citado por Shim & Ryan, 2005, p. 333).

A relação interpessoal positiva e saudável, quer com os prof. quer com os colegas, representa 9,1% das 225 UE relativas aos factores do contexto educativo, com mais influência positiva para o desenvolvimento de competências. Destaca-se que os estudantes tenham feito referência a este factor, na medida em que, sendo a enfermagem uma profissão de relação, esta não foi esquecida, assim como, não deve ser esquecido, que é necessário cuidar dos estudantes para que eles possam cuidar. No que concerne, à relação entre os estudantes, realça-se a inter-ajuda enquanto construtora da aprendizagem, na medida em que, “a partilha de experiências, especialmente entre iguais, constitui-se no meio privilegiado, evitando um face a face exclusivo da pessoa com a sua experiência” (Curtois, 1992, citado por Costa, 1998, p. 36).

Nestes factores inserem-se ainda, as UC teóricas – 13,4%, ou seja, 37 UE (pela diversidade e qualidade dos conteúdos programáticos e pelas estratégias pedagógicas diversas e adequadas) e os recursos materiais e humanos da ESEP – 1,1% (UE=3). Demonstrando que é reconhecida a importância dos saberes teóricos, bem como, dos recursos do meio, aliás, Le Boterf (2003) expressa, que ser competente implica um saber combinar de recursos, implica saber, poder e querer.

Nas variáveis intrínsecas, inclui-se a aprendizagem auto-regulada (9,1%; UE=25), a identificação com a profissão (7,3%; UE=20) e as competências pessoais ou genéricas do estudante (1,8%; UE=5), testemunhando a importância dos processos de: AR da aprendizagem eficazes pelas componentes que contêm, como a auto-avaliação, o planeamento e gestão do tempo, a selecção de estratégias, sendo por isso, determinantes no desempenho (Bzuneck, 2001); da identidade profissional que facilita o processo de adesão psicológica ao universo do trabalho, numa óptica de transição para o primeiro emprego (Abreu, 2007); e dos factores inerentes à pessoa, que compreendem as competências transversais que assentam nas aprendizagens ao longo da vida, e que por isso, determinam o seu comportamento e desempenho.

Quanto aos factores apontados como tendo menos influência positiva no desenvolvimento de competências durante o CLE, decompõem-se de igual forma, em variáveis do contexto educacional (96,8% das 252 UE), onde se destaca a Gestão curricular do CLE (46%; UE= 116), especialmente pelo excesso de horas de trabalho (UE=54) e excesso de trabalho em simultâneo (UE=32). Também, é referida a desadequação quer das UC teóricas quer das UC de ensino clínico e estágio. Segue-se a orientação pedagógica no cenário clínico (34,1%; UE=86), especialmente devido às estratégias pedagógicas desadequadas, seguido do *stress* induzido pelo prof. e/ou profissionais, e das discrepâncias entre os prof., e da dicotomia entre os modelos em uso e os modelos expostos. Posteriormente, surge o grupo de factores que se relacionam com a fusão das escolas (9,9%; UE=25), o que implicou a adaptação a um novo contexto educativo, e uma diversidade de métodos de avaliação. Após, é referida a relação interpessoal (5,5%; UE=14) com os prof. e/ou profissionais dificultadora do desenvolvimento das competências.

Decompõem-se ainda, nas variáveis intrínsecas ao estudante, embora com um valor pouco representativo (3,2%; UE=8), que por sua vez, se ramificam no cansaço (1,6%; UE=4), na ausência de motivação e na auto-estima negativa, apesar de assumirem valores muito baixos.

Neste espaço, igualmente é atribuída maior responsabilidade aos factores de ordem externa ao estudante, como tendo menos influência positiva no desenvolvimento das suas competências, reforçando a ideia já expressa, da importância do contexto nos processos de aprendizagem. E, no ambiente destaca-se o ambiente educativo, especialmente a gestão curricular, em que a formação prática é aqui, a menos referida, reforçando que outros factores no currículo, que não este, têm maior contributo para um menor desenvolvimento de competências. Por conseguinte, a maior relevância foi atribuída ao excesso de horas de trabalho e ao excesso de trabalho em simultâneo, e perante este quadro, dificilmente os estudantes terão disposição mental e temporal para reflectirem sobre a experiência. Aliás, “a sobrecarga horária e de trabalho, assim como o facto de se sentirem deficientemente preparados para lidarem com as exigências emocionais dos doentes e famílias, e as situações inesperadas e urgentes, foram identificados como factores de *stress* nos enfermeiros” (Durão, 2001, p. 70). Assim sendo, nesta situação também os enfermeiros terão dificuldades em conseguirem espaço para a reflexão e, através do papel das experiências vicariantes, tal vai-se transferir para o estudante, não contribuindo quer para uma AEE elevada, quer para o desenvolvimento de competências. E, se aqui se associar o *stress* induzido pelos formadores, ou até o cansaço (como variável intrínseca), pior será a situação.

Outros estudos com estudantes da licenciatura em enfermagem, reportam-se a alguns resultados semelhantes aos que obtivemos: “um currículo muito denso, com muitas disciplinas, muitas validações e uma fase de ensino clínico muito intensa, que não deixa ao estudante tempo nem qualidade de vida, para pensar, reflectir, criar e envolver-se em projectos” (Rodrigues *et al.*, 2006, p. 107).

Também, alguns dos resultados obtidos vão de encontro aos enunciados por Tabari-Khomeiran *et al.* (2007), acerca dos factores que influenciam o desenvolvimento de competências em enfermagem, e referem-se: ao ambiente (factores físicos e emocionais); características pessoais; assuntos relacionados com o trabalho e, às oportunidades.

Questões de Investigação:

- *Existem competências não desenvolvidas na opinião dos estudantes finalistas do CLE, da ESEP?*
- *Quais os motivos que justificam a opinião dos estudantes finalistas do CLE da ESEP, sobre o não desenvolvimento de competências?*

Dos 173 estudantes que participaram com a sua opinião, 92 consideram que não existem competências que não desenvolveram, no entanto, um número considerável (81) de estudantes é da opinião que elas existem. Situam-se sobretudo no âmbito da Prestação e Gestão de cuidados (72,6% das 84 respostas), onde se ressalta o domínio das competências da Execução (58,3%). Esse âmbito compreende ainda, as competências do domínio da Comunicação e relações interpessoais (8,3%), o domínio dos Princípios chave da prestação e gestão de cuidados, e da Gestão de cuidados, nomeadamente as competências do domínio da Delegação e supervisão.

Seguem-se as competências do âmbito do Desenvolvimento profissional (15,5%), realçando-se aqui, as de Valorização profissional e enquadram-se também, as de Formação contínua. Sucede-se o âmbito das competências Pessoais ou genéricas (9,5%), e após o das competências do domínio da Prática segundo a ética (2,4%), que se incluem no âmbito da Prática profissional ética e legal.

No que se refere às razões inerentes ao não desenvolvimento de competências, de uma forma geral já foram mencionadas e comentadas, porém, tentando não nos repetir e respondendo à questão de investigação: no âmbito da execução, são de ordem do contexto educacional, seja pela formação prática (80,9% das 47 UE), onde se distingue a ausência ou insuficiência de experiências em áreas específicas (com 70,2%), como as situações de emergência, também, a alocação aleatória dos estudantes e a duração reduzida dessa formação foram motivos atribuídos; seja pela formação teórica, que se deve exclusivamente à ausência/insuficiência dos conteúdos programáticos (19,1%).

O não desenvolvimento de competências de Comunicação e relações interpessoais é atribuído à ausência ou insuficiência da abordagem desta temática, durante a formação teórica. Quanto à dimensão da Valorização profissional, o não desenvolvimento da “capacidade de liderança” foi atribuído à “falta de oportunidade”, e a não realização de “investigação em campo” deve-se à “sobrecarga horária” e, ao “facto de ser preconizado a realização apenas de um projecto de investigação, o que não lhes permite a implementação na prática da investigação”. Este facto parece-nos um pouco ambicioso para um Curso do 1º Ciclo, dado o seu tempo de duração e objectivos.

A “gestão do tempo” (princípio chave da Prestação e Gestão de cuidados) foi imputada ao facto de “só nos eram atribuídos um máximo de 3 doentes nos estágios, a nível hospitalar”. O não desenvolvimento da “Delegação e Supervisão de tarefas” deve-se ao facto de “ainda não estar qualificada para tal”.

No cenário da formação contínua, o estudante que não desenvolveu a competência “Actuar como um tutor eficaz” pensa que “não é uma competência que o aluno deva adquirir”. As restantes razões foram: “o tempo reservado a determinadas disciplinas foi mínimo” e “o curso não comporta uma abordagem de todas as áreas”.

Para o não desenvolvimento das competências pessoais ou genéricas, contribuíram: os enfermeiros tutores “por não permitirem”, os professores “porque não reforçam positivamente nos momentos adequados”, e os próprios estudantes, devido a características de personalidade “frágil”.

Quanto à prática segundo a ética, o seu não desenvolvimento, deveu-se a não existir “uma unidade curricular ou temática no curso que elucide sobre a área” – “executar cuidados de enfermagem culturalmente congruentes”, e “o modo de estruturação da disciplina de Bioética, aliado ao facto de não confrontação com nenhuma situação relativa a estes aspectos”. Estas respostas não legitimam o plano de estudos do CLE, nem a experiência clínica dos estudantes. Contudo, é necessário estar desperto, uma vez que, os princípios Humanistas enformam a boa prática de enfermagem (OE, 2002), e no exercício profissional, os enfermeiros “deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos” (D.L. n.º 161/96, art. 8.º, n.º 2).

Propomo-nos agora, a efectuar uma fusão de todos os resultados, assim...

5.1 – CONCLUSÕES DO ESTUDO

Neste momento, impõe-se uma integração dos resultados do estudo, de forma a compreender de forma mais objectiva a realidade, sobre a PAEE nas competências do ECGs e factores associados.

Trata-se de um estudo realizado numa única instituição de ensino superior, o que não permite generalizações para a população de estudantes de enfermagem. E, sabendo que os estudantes de enfermagem do agora, serão os enfermeiros do amanhã, pensamos que este estudo, permitiu estimulá-los para a reflexão e para a auto-avaliação sobre a acção, algo que é indispensável, para um maior conhecimento das competências já conseguidas, descobrindo em si as potencialidades a desenvolver e, as limitações que necessitam de vencer.

1. O instrumento de recolha de dados usado (QAPAEEC-ECGs) revelou-se um instrumento válido e fiel para a avaliação da PAEE nas competências do ECGs, dos estudantes finalistas de enfermagem da ESEP;

2. A nossa amostra é feminina, e jovem, o que pode significar que estamos a falar de estudantes, que ainda não tiveram oportunidade para vivenciar uma grande diversidade de experiências, que lhes permitam progredir no desenvolvimento pessoal. E este é indispensável para a construção e desenvolvimento de competências. É necessário um certo nível de maturidade do estudante, o que implica responsabilidade, para que possa cuidar dos outros, enquanto tal e após, como enfermeiro;

3. Em média, os estudantes finalistas apresentam uma PAEE nas competências do ECGs positiva e elevada, próxima do “Totalmente Competente”, sendo que em 84 competências das 96 (87,5%), a PAEE, ocupa valores iguais ou superiores a competente;

4. Em 6 competências (6,25% das 96), houve registos de PAEE como “Totalmente Incompetente”, o que é pouco representativo, dado que, se refere apenas a 8 respostas dos 199 inquiridos. O factor com maior número de registos de PAEE nessa posição da escala, é a das Competências de Prática Ético-Legal, todavia o valor médio mínimo, para as competências deste factor é: “Competente”;

5. Em 6 competências verificou-se maioritariamente uma PAEE como “Totalmente Competente”, sendo o factor da PAEE nas Competências de Cuidados de Saúde Interprofissionais, aquele onde se verificou maior número de respostas nessa posição da escala de tipo *likert*. Estes resultados são bastante positivos, porque as respostas em saúde implicam dinâmicas interdisciplinares e multiprofissionais, nas quais os enfermeiros têm um papel preponderante (OE, 2008);

6. Foi na dimensão das Competências de Execução de Cuidados onde se verificou maior número de registos de PAEE aquém do “Competente”, conduzindo ao valor médio mais baixo (apesar de moderado) de todos os factores. Contudo, é também este factor que reúne maior número de respostas que correspondem a uma PAEE acima do “Competente”, denotando que o processo de aquisição e desenvolvimento de

competências é um processo individual, intrínseco a cada um, e por outro lado, vem confirmar a natureza específica da PAE (Bandura, 1986, 1997).

7. Na dimensão de PAEE nas competências de Prática Ético-Moral (F8) e de PAEE nas Competências Éticas (F10), não houve registos de PAEE inferiores a “Competente”, o que é de salientar, uma vez, que o exercício da enfermagem implica a regulação por uma ética profissional (Nunes, 2008). Porém, ainda no âmbito da Ética, mais especificamente nas competências de Prática Ético-Legal, 12,5% dos estudantes (25) perceberam-se em termos de AEE aquém do “Competente” e 1,5% (3) dos estudantes posicionaram-se no “Totalmente Incompetente”. Torna-se pois, fundamental que estes estudantes adquiram uma PAEE positiva, dado que, num futuro próximo assumirão o papel de enfermeiro e, um dos seus deveres inerentes ao Código Deontológico é o respeito pelos direitos humanos;

Queríamos ainda referir, e comparando estes resultados com aqueles que dizem respeito às competências que não foram desenvolvidas, apenas dois estudantes são da opinião que não desenvolveram competências de Prática segundo a ética, atribuindo justificações que pensamos que não vão de encontro ao plano de estudos do CLE, nem à experiência clínica dos estudantes;

8. A configuração global de PAEE está positivamente associada, e de uma forma elevada, com a PAEE nas Competências de Promoção da Saúde (indica uma tendência de que quanto maior uma, maior também será a outra), e minimamente associada com a PAEE nas Competências Éticas. No entanto, apesar desta correlação mais fraca, a análise estatística dos dados indicou que todas as correlações investigadas entre as dimensões e, com a configuração global de PAEE, são positivas (indicando que caminham no mesmo sentido), somente existem diferenças em relação à magnitude do relacionamento entre as variáveis;

9. O sexo, a idade e a motivação para o exercício da profissão não têm qualquer relação estatisticamente significativa com a PAEE nas competências do ECGs;

10. Os estudantes têm uma nota final de curso de 15, qualitativamente boa, o que pressupõe um rendimento académico bom. Como as crenças mais elevadas de AE

académica estão associadas a maiores níveis de realização e a melhores resultados escolares (Neves & Faria, 2007), e como são um importante mediador cognitivo de competência (Contreras *et al.*, 2005), seria de esperar que como os nossos estudantes têm crenças elevadas de AE, e têm um rendimento académico bom, que se reflecte nos resultados do desempenho, e porque este processo funciona num contínuo espiral de *feedback* (Pajares, 1996), que a nota fosse preditiva da configuração global de PAEE e nas diferentes competências, e com valores expressivos. Contudo, verificou-se que a Nota final de curso, não é preditiva da PAEE global, sendo apenas preditiva de 8 competências das 96, assumindo um valor explicativo da variabilidade total da PAEE, nas Competências de Delegação e Supervisão e nas Competências de Responsabilidade, apenas de 26% e 28%, respectivamente. Apesar disso, consideramos que os resultados não são de inquietar;

11. Os estudantes finalistas da ESEP consideram o curso adequado (N=139) ou muito adequado (N=48) para o exercício da profissão enfermagem, essencialmente, porque permite uma boa articulação da formação teórica com a prática, isto é, dos modelos em uso com os modelos expostos. No entanto, existem 12 que o consideram pouco adequado, e o motivo principal é a má articulação da formação teórica com a prática profissional. Na verdade, vários autores (Basto, 1998; Costa, 1998; Coelho, 2001; Silva, 2006, 2007; Fernandes, 2007; Serra, 2008) apontam para a existência dessa dicotomia, porém genericamente, os estudantes do nosso estudo, consideram que pelo menos, a sua formação concretizada no currículo da ESEP, não contribuiu para esse divórcio;

12. De uma forma geral, os estudantes finalistas da ESEP consideram que têm crenças elevadas para o exercício da profissão, no entanto, essas crenças reflectem-se em magnitude, força e generalidade diferentes, conforme o elemento da competência em questão, confirmando a necessidade de avaliar as crenças de AE, através de uma visão microanalítica, isto é, de acordo com a tarefa específica (Bandura, 1986, 1997);

13. As crenças de eficácia pessoal mais elevadas para o exercício da profissão, justificam-se através de variáveis de contexto educacional e através de variáveis intrínsecas ao estudante. Maioritariamente a justificação é atribuída às primeiras, em que, os conhecimentos adquiridos no CLE são a principal razão. Salienta-se assim, a

importância dos saberes teóricos, sendo indispensáveis para a resolução de problemas reais, de natureza profissional. Como estes saberes representam parte do conhecimento estabelecido pelas UC do plano de estudos, significa que o CLE contribui para a edificação desse nível de crenças;

14. Existe o indício de que possuir uma opinião acerca da adequação do CLE ao exercício da profissão de “mais adequado” e, possuir crenças pessoais de eficácia pessoal mais elevadas para esse exercício, diferencia significativamente a configuração global de PAEE e, em 34 das 96 competências preconizadas pela OE (2003), que correspondem às competências de Planeamento de Cuidados de Enfermagem, Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados, e de Execução de Cuidados;

15. Os estudantes finalistas da ESEP sentem-se “mais motivados” para o exercício da profissão, sobretudo porque se identificam com a mesma, e essa motivação contribui para aumentar a crença de AE, dado que ambas estão positivamente relacionadas (Linnenbrink & Pintrich, 2003). Com crenças elevadas e pela possibilidade que têm de exercer controlo sobre as suas acções, influenciando o estabelecimento de metas e a selecção das actividades a desenvolver, estão reunidas as condições necessárias para um desempenho profissional com sucesso, por via da motivação: fortes crenças de AE normalmente reflectem-se em mais motivação e autoconfiança (Lauder *et al.*, 2008). Por sua vez, o melhor desempenho conduz a crenças de AEE mais elevadas, reflectindo-se novamente no esforço e persistência associados à motivação;

16. Quer as variáveis do contexto educativo quer as variáveis intrínsecas ao estudante são conjuntos de factores que tiveram mais influência positiva no desenvolvimento de competências durante o CLE, em que o primeiro grupo assumiu uma importância maioritária. Nesse grupo, salientou-se a formação prática pelas estratégias pedagógicas diversas e adequadas (como o reforço positivo), pela diversidade das experiências e contextos da aprendizagem, e pela mobilização de saberes, o que implica uma prática reflexiva;

Ficou bem explícito quer o papel crucial dos factores de ordem externa, enquanto contexto, quer o papel essencial da formação prática no desenvolvimento de competências (Abreu, 2007), corroborando as evidências da investigação que apontam que as competências se adquirem na acção. Também, a importância do contexto está

prevista na TSC, uma vez que as informações do contexto estão relacionadas com as fontes de informação da própria AE. Queremos ainda ressaltar, que as experiências de desempenho são as mais importantes fontes de AE, daí, a importância da qualidade dessas experiências no decurso da formação prática;

17. De igual forma, os factores que foram apontados como tendo menos influência positiva no desenvolvimento de competências durante o CLE, decompõem-se, em variáveis do contexto educacional, e variáveis intrínsecas ao estudante. As primeiras, são aquelas que se destacam maioritariamente, e nelas salienta-se a Gestão curricular do CLE, particularmente pelo excesso de horas de trabalho e, excesso de trabalho em simultâneo. Fortalece-se a importância do contexto nos processos de aprendizagem (Bronfenbrenner, 1996) e, se existe sobrecarga, dificilmente os estudantes terão disposição intelectual e temporal para reflectirem sobre a experiência. Assim sendo, não há condições ideais para o desenvolvimento do conhecimento e das competências em enfermagem (Benner, 2001), pois, elas constroem-se através da prática reflectida (Perrenoud, 2002);

18. Existem estudantes que consideram não existirem competências que não desenvolveram, no entanto, outros (e com um número muito próximo) são da opinião que elas existem. Localizam-se principalmente, no âmbito das competências de Prestação e Gestão de cuidados, onde sobressaem as competências da Execução. O não desenvolvimento das mesmas justifica-se pelo contexto educacional, onde os estudantes se reportam à ausência/insuficiência de experiências em áreas específicas, como as situações de emergência, durante a formação prática. Também é atribuída responsabilidade à formação teórica, pela ausência/insuficiência dos conteúdos programáticos. Relembramos, que foi nesta dimensão que se verificou o maior número de registos de PAEE abaixo do “Competente” e onde se verificou o valor médio mais baixo, traduzindo alguma congruência de resultados.

Considerações finais

A auto-avaliação das percepções de AE, nas competências necessárias para o exercício da profissão enfermagem, revelou que os estudantes finalistas de enfermagem apresentam uma PAEE nas competências do ECGs elevada, ocupando valores iguais ou

superiores a competente, traduzindo a natureza específica das crenças de AE. Contribuiu para tal, as variáveis do contexto educativo (onde o plano de estudos do CLE parece ter um papel basilar) e as variáveis intrínsecas ao estudante. Com efeito, o ambiente, o próprio estudante e o comportamento, aparecem envolvidos no processo de construção de crenças de AEE, sendo estas, essenciais para o exercício do controlo e da agência pessoal, interferindo dessa forma no comportamento global do estudante, tal como, o descrito no modelo triádico da TSC (Bandura, 1986). Assim, o estudante atribui uma intenção ao seu comportamento, é capaz de auto-reflectir e auto-regular as experiências de aprendizagem, o que lhe permite seleccionar as condições do meio que possam influenciar o seu comportamento, e portanto, a aquisição de competências. É também, apartir das interpretações dos resultados do seu desempenho, sobretudo nas experiências clínicas de formação (pela importância atribuída pelos participantes), que o estudante constrói as suas auto-crenças.

Verificou-se por um lado, a percepção de existirem aspectos que têm influência menos positiva no desenvolvimento de competências, sobretudo ao nível da gestão curricular do CLE, e competências que não se desenvolveram, especialmente ao nível da execução de cuidados, tendo surgido ainda, PAEE negativas associadas às competências de comunicação/relação, o que pode ser explicado, pelo facto do saber ser, se desenvolver de modo intrínseco em cada um, mas que é fundamental para o exercício de uma filosofia humanista de cuidados de enfermagem. E, porque se trata de uma amostra ainda jovem, e dado que, a maturidade pessoal e profissional vai-se desenvolvendo, assim como as competências, pela integração das próprias experiências, compreende-se que os estudantes percepcionem-se com níveis diferentes de AEE face às diversas competências exigidas para o exercício da profissão, o que se aplica, por exemplo a essas competências de comunicação/relação. Tal é verdade, se atendermos aos dados obtidos no estudo desenvolvido por Melo (2005) com estudantes de enfermagem, em que verificou que o desenvolvimento de competências empáticas e de comunicação está relacionado, de forma directa e positiva, com a maturidade psicológica.

Por outro lado, os estudantes têm expectativas favoráveis ao exercício profissional ideal, pelos sentimentos de pertença ao grupo profissional, por considerarem que o CLE está adequado a tal, por apresentarem crenças elevadas de eficácia pessoal, e motivação, bem como, uma configuração global de PAEE próxima do “Totalmente Competente”. Mas também, foi especialmente referido pelos estudantes,

o facto de não estarem preparados para lidar com o imprevisto (o que o racionalismo técnico não ensina), podendo-se inferir que os receios advêm de situações nunca antes vivenciadas, talvez por existirem dificuldades na resolução de problemas. Preocupam-se de igual forma, com a insegurança no emprego, com o reconhecimento social da profissão, com a precariedade nas condições de trabalho e com o salário reduzido, desmotivando-os para o exercício da profissão. Estes resultados foram semelhantes aos encontrados por Goodin (2003) e Mullen, (2003), citados por Tabari-Khomeiran *et al.* (2007, p. 216).

Constatou-se ainda, que no desenvolvimento de competências, os estudantes valorizam a formação prática do curso em relação à teórica, emergindo do discurso, a importância atribuída às experiências e à reflexão sobre as mesmas e à mobilização de saberes, assim como, à relação estabelecida com os professores, enfermeiros e colegas. Emergiu igualmente, o contributo da qualidade dos conteúdos programáticos e estratégias pedagógicas adoptadas nas UC teóricas, e ainda, a influência de variáveis como: a AR da aprendizagem, as competências pessoais e a identificação com a profissão. Todavia, os estudantes expressaram opiniões acerca do carácter intensivo do curso, tal como, no estudo realizado por Mestrinho (2001). Esta autora verificou ainda, que no que concerne à opção profissional hospital *versus* centro de saúde, a opção foi claramente Hospital. Porém, dado o contributo capital da PAEE nas competências de promoção da saúde obtido no nosso estudo, talvez a resposta dos nossos estudantes não fosse de encontro à obtida por Mestrinho. Esta, atribuiu ainda como possível causa, o facto dos cuidados de saúde comunitária estarem inscritos apenas no último ano da orientação curricular daquele CLE, facto que não se verifica no Currículo da ESEP, em que esses cuidados são introduzidos no 3º ano e têm igual carga horária aos cuidados desenvolvidos em contexto hospitalar. De forma similar, no estudo de García (2001, p. 158), os estudantes consideraram um ensino exigente, pela sua carga horária, e manifestaram o seu descontentamento pela forma como estão organizados os conteúdos teóricos, sendo referido que existem conhecimentos considerados importantes que não foram abordados ao longo do curso, e que existem outros que o foram de uma forma exaustiva. Daí que, a sobrecarga horária pode contribuir para modalidades formativas centradas na transmissão de conteúdos, por falta de tempo para momentos de reflexão sobre os conhecimentos adquiridos e experiências vividas.

Por conseguinte, constata-se uma diferença entre os estudantes: uns motivados, falam das suas experiências de aprendizagem e do contributo destas para o

desenvolvimento de competências, outros pelo contrário, queixam-se da sobrecarga e sobreposição de trabalho, e de relações com os professores e enfermeiros dificultadoras. Enfim, as diferenças traduzem que o processo de aquisição e desenvolvimento de competências é pessoal, e ocorre num processo complexo de dinâmica interacção entre o ambiente, o estudante e o seu comportamento.

Mas, uma vez que os sujeitos do nosso estudo, genericamente, têm uma boa nota de final de curso, consideram o curso adequado ao exercício da profissão, têm crenças elevadas e se sentem motivados para tal, e porque nos factores de mais influência positiva para o desenvolvimento de competências salientou-se a formação prática, julgamos que as experiências de desempenho (de sucesso) durante o ensino clínico e estágio, foram as principais origens dessas crenças de AEE elevadas (Bandura, 1986, 1997, 1999, 2008), apesar de ainda serem jovens e por isso, existir maior probabilidade de uma imaturidade. É de referir ainda, que foi feita alusão quer às experiências vicariantes, em que o modelo a seguir seriam os enfermeiros tutores, à persuasão verbal, pelo reforço positivo e, aos estados fisiológicos e emocionais, como sendo, aspectos que funcionam como fontes de informação para as crenças de AEE.

Neste sentido, como a AEE é preditora do comportamento (Graham & Weiner, 1996), e porque genericamente, os estudantes acreditam possuir as competências necessárias para o desempenho da profissão, o que vai implicar esforço e persistência nas tarefas, através de mecanismos de AR e da motivação para as mesmas (Pajares, 1998), existem fortes indícios de que estas crenças elevadas de competências se irão concretizar efectivamente em competências em acção profissional (Le Boterf, 2003). Aliás, as fortes crenças de AE têm uma relação directa com o melhor desempenho (Pajares, 1997). Relembramos porém, que as crenças elevadas de AEE não suprem lacunas de conhecimentos, ou de capacidades e competências, que não actuam de forma isolada na motivação, e conseqüentemente, no desempenho. Aqui, as expectativas de resultado também têm o seu papel (Bzuneck, 2001).

Não podemos também, fechar os olhos às competências que alguns estudantes referem não ter desenvolvido, nem às PAEE abaixo do “competente”, primeiro porque todas as competências são exigidas para o exercício da profissão (OE, 2003), segundo porque, os estudantes que têm uma percepção mais baixa tendem a considerar os seus fracassos como carência de habilidade ou capacidade (Bandura, 1993), podendo surgir situações de depressão, pela diminuição da auto-estima. Além de que, tenderão a evitar as situações que consideram ameaçadoras, porque acreditam que não são capazes de

lidar com elas (Bandura, 1989), e se não as experienciam, não mudam a percepção que têm face às mesmas, e manterão as crenças de ineficácia pessoal.

Estes resultados menos positivos podem estar associados quer às anteriores experiências de desempenho, às experiências vicariantes, ao cenário da formação, à motivação dos estudantes, e às estratégias de AR da aprendizagem. Pelo que, destaca-se neste âmbito, a função fundamental dos professores, quer na sua identificação, quer na concepção e implementação de estratégias que permitam aos estudantes adquirir procedimentos auto-regulatórios eficazes, e o acesso a aprendizagens significativas (Lourenço, 2007), visando promover as condições necessárias à formação de crenças de AE mais positivas. Este processo implica de igual forma, que se melhore as competências dos estudantes e as respectivas capacidades e percepções das mesmas (Bandura, 1997), permitindo que possuam crenças elevadas de AE desde o início da formação. Se a PAEE é negativa, o papel do professor, será ainda mais importante, apesar de mais árduo, dado que, o estudante necessita de ser motivado, incentivado e sobretudo, necessita de acreditar em si próprio, para investir e obter assim, o sucesso. Deve-se salientar os pontos positivos e os menos positivos para poderem ser corrigidos, o que implica perceber que as experiências de aprendizagem são pessoais. Cabe ao professor conhecer o estudante e planear modalidades de formação susceptíveis de gerar aprendizagens significativas, que possam ancorar futuros processos de crescimento pessoal e profissional, e consequentemente o aprofundar e o adquirir de competências.

Aliás, o estabelecimento de uma relação facilitadora do desenvolvimento de competências, benéfica e positiva entre os professores/ profissionais de enfermagem e os estudantes, é referida por uns como presente e, por outros como ausente. Tal, pode entender-se através da dificuldade inerente ao processo em que os professores, os estudantes e os enfermeiros se tentam colocar verdadeiramente no mundo subjectivo do outro e procuram vê-lo como o outro o vê (Capelo, 2000, citado por Fonseca, 2006, p. 111). Parece-nos compreensível esta dificuldade de colocação de cada um, no papel do outro, quando existe por detrás uma avaliação sumativa, que pode condicionar a interpretação das relações interpessoais, e ser um grande obstáculo à comunicação assertiva na relação entre docentes e alunos de enfermagem (Fonseca, 2006). Por outro lado, a vivência de sentimentos e tensões, aos mais variados níveis e um ambiente psicológico adverso, como as situações de stresse, podem interferir no desenvolvimento de competências.

Os docentes devem ter menos estudantes e permanecer mais tempo junto dos mesmos, e devem ter menos locais de ensino clínico, de forma a ser possível, desenvolver estratégias que possibilitem um acompanhamento mais próximo do processo de desenvolvimento pessoal e profissional dos contextos da prática (Abreu, 2003). No que se refere às críticas feitas à orientação dos professores/enfermeiros, sugere-se que estes reflectam a respeito e, que aprofundem os seus conhecimentos na área das ciências da educação, especialmente, na orientação em ensino clínico.

Queríamos ainda dizer, que não é expectável que no final da Licenciatura, os novos enfermeiros, tal como, em qualquer outra profissão, sejam um produto acabado, e especialmente, no seu melhor. Afinal, um enfermeiro é competente quando reúne todos os saberes, ou seja, quando presta cuidados de enfermagem atendendo às vertentes científica, técnica e relacional da profissão (D.L. nº 161/96), e como as competências se edificam ao longo da vida, não era esperado que os estudantes se percepcionassem como totalmente competentes em todas as vertentes.

O sujeito progressivamente e paulatinamente aprofunda as suas aprendizagens, e como nos lembra Benner (2001), os recentes enfermeiros têm propensão a refugiar-se nas competências dos colegas mais experientes, experimentando receio ou ansiedade perante o utente, e por isso nos fala em cinco níveis de proficiência. Por conseguinte, “o profissional não pode saber tudo. Ele deve saber mobilizar na hora certa não somente os seus próprios conhecimentos e habilidades, mas também os de suas redes profissionais (...)” (Le Boterf, 2003, p. 53).

Pensamos que o referencial teórico sociocognitivo de Bandura (1986) conduziu a subsídios fundamentais de informação, a partir da qual, se podem introduzir alterações na formação inicial do estudante de enfermagem. Ao se contribuir para aumentar, as crenças de AEE enquanto estudantes, aumentam-se as crenças de AEE na transição para o trabalho, que se repercutem em crenças mais elevadas para o exercício da enfermagem, uma vez, que as crenças de AEE funcionam como mediadoras entre desempenhos passados e desempenhos posteriores. Como os estudantes se percepcionam como competentes (e num nível elevado de competência), subentende-se que estejam aptos a agir em situação (Le Boterf, 2003), e neste caso, no agir profissional da enfermagem.

Ter conhecimento e aprofundar os mecanismos subjacentes ao desenvolvimento de competências por parte dos estudantes do CLE, poderá ajudar a promover uma formação teórico-prática mais apropriada, a reconhecer as dificuldades associadas ao

processo ensino-aprendizagem, a desenvolver estratégias para minimizar estas dificuldades e a introduzir métodos para melhorar esse processo, respeitando a forma de aprender de cada um, mas que permitam igualmente, o desenvolvimento de competências por parte dos futuros profissionais de enfermagem. A tónica deve estar no aprofundamento de saberes em torno desse processo, visando o Cuidar ao ser humano que dele carece.

Os resultados deste estudo não devem ser vistos como algo estático e fragmentado, pelo que, sugerem que a competência se desenvolve durante um processo gradual, no qual, os estudantes necessitam de ter um papel activo. Ser competente, é afinal, maior que a soma das partes. Não podemos falar de competência «em migalhas» pois, não se limita à simples adição de saberes parciais, entre o saber e o saber-fazer. O profissional constrói uma arquitectura cognitiva particular da competência, uma combinatória permanente de múltiplos ingredientes que são seleccionados conscientemente, e em que, o saber combinar relaciona-se com o talento artístico de cada pessoa (Le Boterf, 2003). É esta forma pessoal de combinar, de ser e de estar na vida e na enfermagem, que conduz a uma forma singular de adquirir e desenvolver competências. Como tal, nenhum enfermeiro desempenha as suas funções, de igual modo a outro enfermeiro, apesar da formação na licenciatura ser a mesma. Também a PAEE é pessoal, isto é, a percepção da competência é diferente, mesmo quando existe uma formação em comum.

Entretanto, o estudo poderá contribuir para mudanças no currículo, visando melhores cuidados de enfermagem, e é sobre a aplicação prática dos resultados obtidos, que pretendemos reflectir de seguida.

6 – APLICAÇÃO DO ESTUDO E SUGESTÕES

Sobressaímos que o estudo foi realizado apenas, com estudantes de uma única instituição de ensino, daí a partir desta limitação metodológica desponta a necessidade de que futuras investigações incorporem participantes de outras instituições de ensino em enfermagem, para que se possa comprovar os resultados obtidos. Além dessas instituições, pode alargar-se a análise da PAEE aos profissionais de enfermagem, bem como, a outros momentos, e comparar resultados, e ainda pode efectuar-se a análise de novas variáveis, como a AR da aprendizagem. Outros métodos de recolha de dados podem ser usados para complementar a informação obtida (entrevistas, relatos, estudos de caso), bem como, pode-se verificar se a AE na transição para o trabalho é preditiva, ou não, da obtenção de emprego e/ou no redireccionamento da carreira profissional. Também, sugerimos a realização de outras investigações, no intuito, de responderem a questões que emergem dos resultados, como a relação entre o sexo e a PAEE, ou entre a nota final de curso e a PAEE. Seria ainda interessante avaliar a partir de que momento a PAEE nas competências do ECGs começa a aumentar ou a diminuir e quais as causas de tal situação. Enfim, sugerem-se alguns estudos que possam fornecer subsídios para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros no início da profissão, como estudos longitudinais que acompanhem o processo de desenvolvimento de competências desde a formação inicial até aos primeiros anos de carreira. Os resultados desses estudos poderão contribuir para a reformulação curricular da formação inicial e contínua dos enfermeiros, e poderão ajudar a compreender o processo adstrito à formação de competências, desde a formação inicial até ao exercício profissional.

Pensamos que, para permitir a replicação do estudo, será necessário divulgá-lo e, não apenas no seio da comunidade a que diz respeito (ESEP), mas deve ultrapassar os muros da escola, e talvez, a elaboração de um artigo contribua para tal.

Avançando com algumas implicações para a prática: o instrumento construído permite conhecer melhor os estudantes finalistas, prestes a serem enfermeiros, funcionando dessa forma, junto das instituições de saúde que os acolhem. Similarmente, o instrumento poderá ser utilizado pelos próprios profissionais para uma auto-avaliação, permitindo uma consciencialização daquilo que percebem acerca das suas próprias

competências. Igualmente o QAPAEEC – ECGs poderá ser utilizado pelas próprias instituições de ensino de enfermagem, com o objectivo de conhecerem o (s) nível (s) de competência (s) profissional (s) que os seus estudantes acreditam ter atingido, servindo de plataforma para otimizar o ensino da enfermagem.

Consideramos que, é na análise que se descobre o que está menos bem, e assim se procurarão soluções. Acreditamos que a AEE pode ser uma ferramenta importante para os educadores irem ao encontro das necessidades de aprendizagem dos estudantes, visando a aquisição de competências e o desempenho futuro. Assim, no que concerne aos resultados obtidos, foi possível identificar que os estudantes finalistas acreditam na sua capacidade na transição para o mundo do trabalho próximo ao término do curso, implícita a uma PAEE nas competências ECGs elevada. Para a instituição formadora este resultado é de extrema importância, pois revela que o estudante sente-se competente para assumir o papel de enfermeiro, e para as instituições de saúde pode ser uma segurança, garantido a qualidade dos cuidados prestados.

Igualmente, dado que este estudo permitiu, de forma indirecta, um humilde contributo para a avaliação curricular do CLE, dos resultados decorrem algumas linhas orientadoras que podem funcionar como estratégias a adoptar pelos professores, com o objectivo de aumentar as crenças de AEE nas competências quer académicas, quer na transição para o trabalho. Uma possível intervenção é aumentar o número de *feedback* positivos fornecidos ao estudante, pois, aumentar-se-á não somente, as suas competências mas também, o empenho na actividade (Caraway *et al.*, 2003). Outras linhas de acção podem implicar, alterações na operacionalização do currículo. Assim sendo, uma das sugestões envolve a arquitectura do mesmo, focando-se na reflexão sobre as competências que um estudante da ESEP deverá adquirir ou construir: gerais e específicas, como futuro profissional de enfermagem, ouvindo os professores e estudantes, atendendo à perspectiva da OE; e, nos factores que contribuem para isso. Neste sentido, pensamos em dois momentos: no primeiro, consideramos importante, elaborar um calendário de actividades, de forma a construir a coluna vertebral do conjunto de competências que os estudantes do CLE deverão atingir no final do curso; para o segundo momento deixámos as questões: *Como é que o currículo deverá ser implementado de forma a criar possibilidades para atingir os objectivos definidos? Quais os conteúdos, as tarefas a desenvolver e os métodos a seguir em função dos grandes objectivos?* O objectivo final será que todos os estudantes do CLE da ESEP terminem o seu curso com a aquisição de determinadas competências que sejam

distintivas da sua pertença à ESEP e, não a outra escola, que reflectam a *alma mater* da ESEP.

Julgamos ainda essencial, juntarmos outras sugestões como:

➤ Promoção de reuniões na ESEP entre os professores para reflexão acerca dos modelos de formação que utilizam e que valorizam, fomentando um ambiente de curiosidade intelectual, de comunicação aberta dos problemas e experiências, a partilha das dúvidas, dificuldades, aprendizagens e saberes, para se criarem entendimentos nas questões científicas e pedagógicas, visando colmatar as divergências percebidas por alguns estudantes, conforme o descrito neste estudo;

➤ Um curso de formação contínua de professores, com o intuito, de permitir a aquisição de competências distintivas e próprias dos professores da ESEP. O objectivo será introduzir práticas formativas inovadoras, que tenham em consideração a importância do processo de AR na aprendizagem, o papel das crenças de AE no sucesso do processo ensino-aprendizagem, incluindo estratégias pedagógicas que contribuam para as fomentar, e ainda formação no âmbito das estratégias de aprendizagem, de forma a ser possível ensinar aos alunos como aprender;

➤ Organização de *workshops* como círculos de discussão activa para promover momentos, mais frequentes e sistematizados, de articulação teórico-prática sustentada na reflexão sobre a prática, com a presença de professores, estudantes e profissionais de enfermagem e, outros profissionais da equipa de saúde;

➤ Implementação de processos de parceria escola-cenários clínicos, com formação pedagógica por parte dos profissionais de enfermagem, visando a orientação dos estudantes;

➤ Promover programas de acompanhamento da ESEP, dos recém-formados no início do exercício profissional, no sentido de facilitar a articulação com os locais de trabalho, visando minorar “o choque da realidade”. Pois, sabe-se que a satisfação no trabalho está relacionada com o grau de compatibilidade entre as expectativas iniciais dos futuros profissionais e a realidade do trabalho;

E para finalizar, queríamos apenas referir que, tal como se verificou no nosso estudo, a interpretação da TSC e das crenças de AE, pode ser um suporte fundamental para a formação em enfermagem. A evidência produzida pelos resultados, interpretados à luz do contexto das percepções e do contexto educativo da ESEP, revelou que apesar de todos os estudantes realizarem a formação na ESEP, existem diferenças nas crenças de AEE sobre as competências necessárias para integrar o mundo do trabalho,

traduzindo que as percepções são constructos próprios e que, o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, também, o é.

Por outro lado, os resultados foram extremamente positivos, denotando que o processo de formação cumpriu o seu dever, tendo por base as reformas introduzidas pelo Processo de Bolonha. Em consonância, há que fomentar sempre que adequado a PAE e o uso de estratégias que favoreçam a aprendizagem activa, baseada na solução de problemas, orientada por projectos e centrada na aquisição de competências, a partir da individualidade de cada estudante. Estas podem incluir a crença de AE, a motivação e o processo de AR da aprendizagem, e ainda: explicações positivas de sucesso e de insucesso; informações sobre os progressos na aprendizagem; estabelecimento de objectivos próximos; o ajudar o estudante a tomar consciência dos seus próprios interesses e a formular metas de aprendizagem. Pode até pensar-se, em construir unidades didácticas em que se ensinem de forma clara, as estratégias de aprendizagem aos estudantes, e em que o objectivo seja, não só que aprendam procedimentos de aprendizagem, como também os usem estrategicamente, adaptados às situações.

Na tinta já impressa até ao momento ficou explícito a necessidade de formar enfermeiros competentes, capazes de responderem às necessidades da sociedade, rejeitando a aprendizagem por repetição e impregnação. De uma maneira simplista, podemos dizer que para saber-aprender, pressupõe-se que se saiba como aprender e, que para saber-ensinar, é preciso aprender e saber como se aprende, e como se aprende, enquanto se ensina (Melo, 2005).

Para além da necessidade de intervir em contexto escolar, considera-se que no âmbito da AEE e das competências em enfermagem, há ainda muito a explorar. Todavia, espera-se e acreditámos que este estudo pode contribuir de alguma forma para o processo de formação inicial dos enfermeiros e conseqüentemente para a melhoria da profissão e da disciplina Enfermagem.

Porquanto, a enfermagem afirma-se quando os enfermeiros se afirmam pela competência (Rodrigues *et al.*, 2006).

BIBLIOGRAFIA

- Abreu, W. (2001). *Identidade, Formação e trabalho. Das culturas às estratégias identitárias dos enfermeiros*. Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.
- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico. Fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- Academia das Ciências de Lisboa. (2001). *Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea*. Lisboa: Verbo.
- Alarcão, I. (1996). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. In I. Alarcão (Org.), *Formação Reflexiva de Professores* (pp. 10-39). Porto: Porto Editora.
- Alarcão, I. (2001). Formação reflexiva. *Referência*, 6, pp. 53-59.
- Alarcão, I., & Tavares, J. (2003). *Supervisão da prática pedagógica: Uma perspectiva de desenvolvimento e aprendizagem*. 2ªed. Coimbra: Livraria Almedina.
- Allen, P. *et al.* (2008). Evaluating Continuing Competency: A Challenge for Nursing. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 39 (2), pp. 81-85.
- Almeida, L. *et al.* (2006). Acesso e Sucesso no Ensino Superior em Portugal: Questões de Género, Origem Sócio-Cultural e Percurso Académico dos Alunos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19 (3), pp. 507-514. Consultado em [20 de Agosto de 2009] em <http://www.scielo.br/prc>.
- Alonso, F. (2001). Avaliação da aprendizagem: render-se ou resistir?. *Psicologia, Educação, Cultura*, 01, pp. 9-18.
- Amado, J. *et al.* (2009). O lugar da afectividade na Relação Pedagógica. Contributos para a Formação de Professores. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 08, pp. 75-86. Consultado em [29 de Abril de 2009] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Bandura, A. (1977a). *Social Learning Theory*. New York: General Learning Press.

- Bandura, A. (1977b) Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84 (2), pp. 191-215. Consultado em [05 de Abril de 2008] em <http://des.emory.edu>.
- Bandura, A. (1982). Self-Efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, pp. 122-147. Consultado em [05 de Abril de 2008] em <http://des.emory.edu>.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc..
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44 (9), pp. 1175-1184. Consultado em [05 de Abril de 2008] em <http://des.emory.edu>.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, pp. 117-148. Consultado em [05 de Abril de 2008] em <http://des.emory.edu>.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998). Consultado em [14 de Maio de 2008] em <http://des.emory.edu>.
- Bandura, A. (1995). Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In A. Bandura (Ed.). *Self-efficacy in changing societies* (pp. 1-45). Cambridge University Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. NY: Freeman.
- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. In L. Pervin & O. John (Ed.), *Handbook of personality* (2nd ed., pp. 154-196). New York: Guilford Publications. (Reprinted in D. Cervone & Y. Shoda [Eds.], *The coherence of personality*. New York: Guilford Press).
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, pp. 1-26. Consultado em [14 de Agosto de 2008] em <http://des.emory.edu>.
- Bandura, A. (2008). Toward an agentic theory of the self. In H. Marsh, R. G. Craven, & D. M. McInerney (Eds.), *Advances in Self Research, Vol. 3: Self-processes, learning, and enabling human potential* (pp. 15-49). Charlotte, NC: Information Age Publishing. Consultado em [14 de Agosto de 2008] em <http://des.emory.edu>.

- Bandura, Caprara, Barbaranelli *et al.* (2003). Role of affective self-regulatory efficacy in diverse spheres of psychosocial functioning. *Child Development*, 74, pp. 769-782. Consultado em [15 de Julho de 2008] em <http://des.emory.edu>.
- Bardin, L. (1995). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Basto, M. (1998). *Da intenção de Mudar à Mudança - Um caso de intervenção num grupo de enfermeiras*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Bellier, S. (2001). A competência. In P. Carré & P. Caspar, *Tratado das ciências e das técnicas da formação*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Bertrand, Y. (2001). *Teorias Contemporâneas da Educação*. 2ª ed. Lisboa: Instituto Piaget.
- Betz, N., & Hackett, G. (1981). The relationship of career-related self-efficacy expectation to perceived career options in college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 28 (5), pp. 399-410.
- Bilhim, J. (2001). *Teoria Organizacional – Estruturas e Pessoas*. 2ª ed. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.
- Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bzuneck, J. (2001). As crenças de auto-eficácia e o seu papel na motivação do aluno. In: E. Boruchovitch & J. Bzuneck (Org.). *A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea* (pp. 116-133). Petrópolis: Vozes. Consultado em [14 de Julho de 2008] em <http://www.des.emory.edu/mfp/Bzuneck2.pdf>.
- Canário, R. (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de Século.
- Canário, R. (2007). Aprendizagens e Quotidianos Profissionais. In A. Rodrigues *et al.*. *Processos de Formação Na e Para a Prática de Cuidados* (pp. 175-185). Loures: Lusociência.
- Caraway, K. *et al.* (2003). Self-efficacy, goal orientation, and fear of failure as predictors of school engagement in high school students. *Psychology in the Schools*, 40 (4), pp. 417-427. Consultado em [17 de Setembro de 2008] em www.interscience.wiley.com.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos: perspectiva dos actores*. Loures: Lusociência.

- Carvalho, A. (2004). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Carvalho, A. (2007). *Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior*. Tese de Doutoramento. Apresentada na Universidade do Minho.
- Caspar, P. (2007). Ser formador nos dias que correm - Novos actores, novos espaços, novos tempos. Texto da conferência proferida na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, a 4 de Novembro de 2005. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 02, pp. 87-94. Consultado em [28 de Abril de 2009] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Castro, M. (2007). *Processos de auto-regulação da aprendizagem: impacto de variáveis académicas e sociais*. Tese de Mestrado apresentada na Universidade do Minho.
- Cavaco, C. (2007). Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências: Complexidade e novas actividades profissionais. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 02, pp. 21-34. Consultado em [2 de Maio de 2009] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Cerqueira, J. (2008). Os Direitos Humanos e o Código Deontológico do Enfermeiro. *Revista Ordem dos Enfermeiros*, 31, pp. 29-32.
- Chiavenato, I. (1997). *Gerenciando Pessoas: o passo decisivo para a administração participativa*. 3ª ed. São Paulo: Makroon Books.
- Coelho, M. (2001). O que é ser enfermeiro para um grupo de estudantes finalistas do curso superior de enfermagem. In M. Mestrinho, et al., *Formação em Enfermagem. Docentes investigam* (pp. 215-269). Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Coimbra, S. (2000) - *Estudo Diferencial da Auto-eficácia em Alunos do 9.º Ano*. Tese de Mestrado apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Collière, M. (1999). *Promover a Vida, Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. 2ª ed. Lisboa: Lidel.
- Contreras, F. et al. (2005). Autoeficácia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas Perspectivas en Psicología*, 1 (2), pp. 183-194.
- Chácon Corzo, T. (2006). Las creencias de autoeficacia: un aporte para la formación del docente de inglés. *Acción pedagógica*, 15, pp. 44-54.
- Costa, M (1998). *Enfermeiros: dos percursos de formação à produção de cuidados*. Lisboa: Fim de século.

- Decreto-Lei n.º 480/88, de 23 de Dezembro. *Diário da República n.º 295/88 - I Série*.
Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. *Diário da República n.º 205/96 - I Série A*.
Lisboa: Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. *Diário da República n.º 93/98 - I Série A*. Lisboa:
Ministério da Saúde.
- Decreto-Lei n.º 166-A/99 de 13 de Maio. *Diário da República n.º 111/99 - Suplemento I-
Série A*. Lisboa.
- Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro. *Diário da República n.º 206/99 - I Série A*.
Lisboa: Ministério da Educação.
- Decreto-Lei n.º 99/2001 de 28 de Março. *Diário da República n.º 74/01 - I Série A*.
Lisboa: Ministério da Educação.
- Decreto-Lei n.º 175/2004, de 21 de Julho. *Diário da República n.º 170/04 - I Série*
Lisboa: Ministério da Ciência e do Ensino Superior.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. *Diário da República n.º 60/06 - I Série A*.
Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Delors, J. *et al.* (2003). *Educação um tesouro a descobrir. Relatório para a UNESCO
da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI*. 8ª ed. Porto: Asa.
- Deodato, S. (2008). 10 Anos de deontologia profissional. *Revista Ordem dos
Enfermeiros*, 31, pp. 5-8.
- Despacho normativo n.º 8/2006 de 17 de Agosto. *Diário da República, n.º 158/06 - II
Série*. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Despacho n.º 18 755-O/2007 de 21 de Agosto. *Diário da República, n.º 160/07 - II
Série*. Lisboa.
- D' Espiney, L. (1997). Formação inicial/formação contínua de enfermeiros: uma
experiência de articulação em contexto de trabalho. In R. Canário (Org.), *Formação
e situações de trabalho* (pp. 169-188). Porto: Porto Editora.
- D' Espiney, L. *et al.* (2004). Implementação do Processo de Bolonha a nível nacional -
grupos por área do Conhecimento - Enfermagem. MCTES. Consultado em [2 de
Abril de 2008] em
http://www.fap.pt/file/fapbolonharelnacionais/Bolonha_Enfermagem.pdf.
- D' Espiney, L. (2008). Enfermagem: de velhos percursos a novos caminhos. *Sísifo.
Revista de Ciências da Educação*, 06, pp. 7-20. Consultado em [20 Março de 2009]
em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.

- DGES (s.d.). Registo de adequação do primeiro ciclo de estudos da Licenciatura em enfermagem. Peças constitutivas do relatório (pp. 1-27) Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Dias, M. (2005). *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.
- Directiva 2005/36/CE de 7 de Setembro. *Do Parlamento Europeu e do Conselho*. Lisboa: Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior.
- Dodobara, F. (2005). Influencia de la autoeficacia en el ámbito académico. *Revista Docencia Universitaria*, pp. 1-16. Consultado em [20 Março de 2009] em http://beta.upc.edu.pe/calidadeducativa/ridu/2005/primer/Art2_FR.pdf.
- Durão, J. (2001). Ser finalista de enfermagem e escolher o serviço para início da profissão: que razões? In M. Mestrinho *et al.*, *Formação em Enfermagem. Docentes investigam*, (pp. 65-88). Associação Portuguesa de enfermeiros.
- ESEP (2008). *Guia do Estudante*. Consultado em [15 de Fevereiro de 2008] em <http://portal.esenf.pt>.
- Esteves, M. (2008). Para a excelência pedagógica do ensino superior. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 07, pp. 101-110. Consultado em [22 de Março de 2009] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Esteves, M. (2009). Construção e desenvolvimento das competências profissionais dos professores. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 08, pp. 37-48. Consultado em [22 de Março de 2009] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Evangelista, F. & Gomes, T. (2003). *Educação para o pensar*. Campinas, SP: Editora Alínea.
- Farrand, P. *et al.* (2006). Implementing competency recommendations into pre-registration nursing curricula: Effects upon levels of confidence in clinical skills. *Nurse Education Today*, 26, pp. 97-103. Consultado em [10 de Março de 2009] em www.elsevier.com.
- Fernandes, O. (2007). *Entre a teoria e a experiência. Desenvolvimento de competências de enfermagem no ensino clínico no hospital no curso de licenciatura*. Loures: Lusociência.
- Ferreira, J. *et al.* (1999). *Psicossociologia das Organizações*. Amadora: McGraw Hill.

- Ferreira, V. (1999). O inquérito por questionário na construção de dados sociológicos. In A. Silva & J. Pinto (pp. 166-196), *Metodologia das Ciências Sociais*. Porto: Afrontamento.
- Figueiredo, A. (2004). *À conquista de uma identidade. Enfermeiros recém-formados, entre o hospital e o centro de saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Figueiredo, M. & Soares, V. (1999). Stress em profissionais de Saúde – um programa de intervenção. *Psiquiatria Clínica*, 20, pp. 51-61.
- Fonseca, M. (2006). *Supervisão em ensinamentos clínicos em Enfermagem. Perspectiva do docente*. 1ª ed. Coimbra: Formasau.
- Font, C. (2007). *Estratégias de ensino e aprendizagem*. Porto: Asa.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2000). O contributo da investigação no desenvolvimento dos conhecimentos em ciências de enfermagem. *Investigação em Enfermagem*, 1, pp. 61-68.
- Freire, P. (1990) El acto de estudiar. In P. Freire, *La naturaleza política de la Educación* (pp. 29-32). Barcelona: Piados/MEC.
- Galvão, T. (1996). *A educação como processo de libertação*. Pelotas: EDUCAT.
- García, E. (2001). A escola de enfermagem de ensino superior politécnico – perspectiva dos seus estudantes. In M. Mestrinho, *Formação em Enfermagem. Docentes investigam* (pp.128-173). Associação Portuguesa de enfermeiros.
- Gil, A. (1994). *Administração de Recursos Humanos, um enfoque profissional*. São Paulo: Atlas.
- Giordan, A. (2007). *Aprender*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Graham, S. & Weiner, B. (1996). Theories and principles of motivation. In Berliner, & Calfée (Eds.), *Handbook of Educational Psychology* (pp. 63-84). New York: Simon & Schuster Macmillan.
- Graveto, J. (2005). *Construção e Validação de uma Escala de Percepção Pessoal de Competências Profissionais do Pré-Licenciado em Enfermagem*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade da Extremadura – Badajoz.
- Hill, M. & A. Hill (2002). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Hoffman, B. & Schraw, G. (2008). The influence of self-efficacy and working memory capacity on problem-solving efficiency. *Learning and Individual Differences*, 19, pp. 91-100. Consultado em [16 de Junho de 2008] em www.elsevier.com/locate/lindif.

- ICN (2002). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão Beta2*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira de Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Lauder W. *et al.* (2008). Measuring competence, self-reported competence and self-efficacy in pre-registration students. *Nursing Standard*, 22 (20), pp. 35-43.
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas. Resposta a 80 questões*. 1ª ed. Porto: Asa.
- Lei n.º 49/2005 de 30 de Agosto. *Diário da República n.º 166/05, I- A Série*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro. *Diário da República n.º 180/09, I- A Série*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Lent, R., Brown, S. & Hackett, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance [Monograph]. *Journal of Vocational Behavior*, 45, pp. 79-122.
- Linnenbrink, E. & Pintrich, P. (2002). Motivation as an Enabler for Academic Success. *School Psychology Review*, 31 (3), pp. 313-327.
- Linnenbrink, E. & Pintrich, P. (2003). The Role of Self-Efficacy Beliefs in Student Engagement and Learning in the Classroom. *Reading & Writing Quarterly*, 19 (2), pp. 119-137.
- Lourenço, A. (2007). *Processos Auto-regulatórios em Alunos do 3º Ciclo do Ensino Básico: Contributos da Auto-eficácia e da Instrumentalidade*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade do Minho.
- Lucchese, R. & Barros, S. (2006). Pedagogia das competências – um referencial para a transição paradigmática no ensino de enfermagem – uma revisão da literatura. *Acta Paul. Enfermagem*, 19 (1), pp. 92-99.
- Lynch, D. (2006). Motivational factors, learning strategies and resource management as predictors of course grades. *College Student Journal*, 40 (2), pp. 423-428. Consultado em [16 de Junho de 2008] em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pbh&AN=21375568&site=ehost-live>
- Maddux, J. (1995). Self-efficacy theory: An introduction. In J. Maddux (Ed.) *Self-efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, research, and application* (pp. 3-33). New York: Plenum Press.

- Madeira, R. & Lopes, V. (2007). Necessidades de formação de enfermeiros ao nível das competências relacionais e da continuidade de cuidados. In A. Rodrigues *et al.*, *Processo de Formação Na e Para a Prática de Cuidados*, (pp. 47-76). Loures: Lusociência.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística com utilização do SPSS*. 3ª ed. Lisboa: Sílabo.
- Martins, A. & Ribeiro, J. (2008). Desenvolvimento e Validação da Escala de Auto-eficácia para Utilizadores de Cadeira de Rodas. *Análise Psicológica*, 1 (XXVI), pp. 135-145.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress*. 4ª Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mestrinho, M. (2001). Tornar-se enfermeiro: de estudante a profissional. In M. Mestrinho, *et al.*, *Formação em Enfermagem. Docentes investigam* (pp. 13-62). Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Mestrinho, M. (2007). As Mudanças no ensino de Enfermagem: Em busca de uma ideologia do profissionalismo docente. In A. Rodrigues *et al.*, *Processo de Formação Na e Para a Prática de Cuidados*, (pp. 187-207). Loures: Lusociência.
- Mussak, E. (2004). *Metacompetência*. Coimbra: Ariadne Editora.
- Nascimento, C. (2007). Docentes de Enfermagem: necessidades de formação em supervisão clínica. In A. Rodrigues *et al.*, *Processo de Formação Na e Para a Prática de Cuidados*, (pp. 1-46). Loures: Lusociência.
- Navarro, L. (2003). La autoeficacia en el contexto académico. Consultado em [18 de Junho de 2008] em <http://www.emory.edu/EDUCATION/mfp/self-efficacy.html>.
- Neves, S. & Faria, L. (2007). Auto-eficácia académica e atribuições causais em Português e Matemática. *Análise Psicológica*, 25 (4), pp. 636-652.
- Nightingale, F. (1989). *Notes on Nursing – What it is, and what it is not*. New York: Appleton and Company.
- Norman, *et al.* (2002). The validity and reliability of methods to assess the competence to practice of pre-registration nursing and midwifery students. *International Journal of Nursing Studies*, 39, pp. 133-145. Consultado em [16 de Abril de 2009] em www.elsevier.com.
- Nunes, L. (2002). «Cinco estrelas»: acerca das competências morais no exercício de enfermagem. *Nursing*, 171, pp. 8-11.
- Nunes, L. (2008). Fundamentos éticos da deontologia profissional. *Revista Ordem Enfermeiros*, 31, pp. 33-45.

- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual; Enunciados descritivos*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros, Conselho de Enfermagem (2003). *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enfermagem Portuguesa Implicações na Adequação ao Processo de Bolonha no Actual Quadro Regulamentar*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Plano estratégico do ensino de enfermagem 2008-2012*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2009a). *Dados estatísticos 2000-2008*. Lisboa: OE.
- Ordem dos Enfermeiros (2009b). *Estudo sobre a situação profissional dos jovens enfermeiros em Portugal*, pp. 1-14. Consultado em [7 de Outubro de 2009] em <http://www.ordemenfermeiros.pt>.
- Pacheco, J. (1996). *Currículo: Teoria e Práxis*. Porto: Porto Editora.
- Pajares, F. (1996). Self-efficacy beliefs in academic settings. *Review of Educational Research*, 66 (4), pp. 543-578.
- Pajares, F. (1997). Current directions in self-efficacy research. In M. L. Maehr & P.R. Pintrich (Eds.), *Advances in motivation and achievement* (Vol. 10, pp. 1-49). Greenwich, CT: JAI Press.
- Pajares, F. (1998). *Current directions in self-efficacy research*. Consultado em [20 de Junho de 2008] em <http://www.emory.edu/Education/mpf/effchapter.html>.
- Pajares, F. (2002). *Overview of Social Cognitive Theory and Self-Efficacy*. EEUU: Emory University. Consultado em [15 de Maio de 2008] em <http://www.emory.edu/EDUCATION/mpf/eff.html>.
- Pajares, F. & Schunk, D. (2001). Self-beliefs and school success: self-efficacy, self-concept, and school achievement. In R. Riding & S. Rayner (Eds.), *Perception* (pp. 239-266). London: Ablex Publishing.
- Pelissoni, A. (2007). *Auto-eficácia na transição para o trabalho e comportamento de exploração de carreira em licenciandos*. Tese de Mestrado apresentada na Universidade Estadual de Campinas – São Paulo.
- Perrenoud, P. (2001). *Porquê construir competências a partir da escola?* Porto: Asa.
- Perrenoud, P. (2002). *A prática Reflexiva no Ofício do Professor: Profissionalização e Razão Pedagógica*. Porto Alegre: Artmed.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para Ciências Sociais. A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.

- Pintrich, P. & Schunk, D. (1996). *Motivation in Education: Theory, Research & Applications*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Pintrich, P. & Schunk, D. (2002). *Motivation in Education: Theory, Research and Applications* (2nd ed.). Upper Saddle, NJ: Prentice Hall.
- Pires, A. (1994). As novas competências profissionais, *Revista dos Formadores*, 1, pp. 4-19.
- Pires, A. (2007). Reconhecimento e validação das aprendizagens experienciais. Uma problemática educativa. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 2, pp. 5-20
Consultado em [3 de Maio de 2009] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Polit, D. & Hungler, B. (1995). *Investigacion científica en ciencias de la salud*. 5ª ed. México: McGraw-Hill.
- Portaria nº 799-D/1999 de 18 de Setembro. *Diário da República nº 219 - I Série A*. Lisboa: Ministério da Educação.
- Quivy, R. & Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais: Trajectos*. 2ªed. Lisboa: Gradiva.
- Ramos, L., Paixão, M. & Silva, J. (2007). O impacto da auto-eficácia no desenvolvimento da identidade vocacional. *Psychologica*, 44, pp. 25-44.
- Roach, M. (1984). *Caring: The Human Mode of Being, Implications for Nursing*. Toronto: Faculty of Nursing.
- Rodríguez Borrego, M. *et al.* (2008). Metodologias colaborativas, educação na e para a responsabilidade na formação em enfermagem. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 7, pp. 63-74. Consultado em [10 de Fevereiro de 2009] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Rodrigues *et al.* (2006). *Da aprendizagem construída ao desenvolvimento pessoal e profissional*. 1ª ed. Coimbra: Formasau.
- Rodrigues, L. & Barrera, S. (2007). Auto-eficácia e desempenho escolar em alunos do Ensino Fundamental. *Psicologia em Pesquisa*, 1 (02), pp. 41-53. Consultado em [28 de Setembro de 2008] em <http://www.pospsicologia.ufjf.br>.
- Roldão, M. (2008). Função docente: natureza e construção do conhecimento profissional. *Saber (e) Educar*, 13, pp. 171-184.
- Rosário, P. *et al.* (2006). *Cartas do Gervásio ao seu Umbigo. Comprometer-se com o estudar na Universidade*. Coimbra: Almedina.
- Rua, M. & Alarcão, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto Enferm.*, 14 (3), pp. 373-82.

- Sá-Chaves, I. (2000). *Formação, Conhecimento e Supervisão: Contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Salanova, M. (2004). Una escala de medida de la autoeficacia en el trabajo. In A. Osca (Ed.), *Prácticas de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* (pp. 89-95). Madrid: Sanz y Torres.
- Salveti, M. (2004). *Crença de auto-eficácia e validação da “Chronic pain self-efficacy scale”*. Tese de Mestrado apresentada na Escola de Enfermagem da Universidade de S. Paulo.
- Santos, G. (2008) – *Percepção de Auto-eficácia dos enfermeiros na utilização dos novos sistemas de informação em enfermagem: contributo da formação contínua*. Tese de Mestrado apresentada na Universidade Técnica de Lisboa. Faculdade de Motricidade Humana.
- Schunk, D. (1989). Social cognitive theory and self-regulated learning. In B. J. Zimmerman & D. H. Schunk (Eds.), *Self-regulation of learning and academic achievement: Theory, research, and practice* (pp. 83-110). NY: Springer Verlag.
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Sísifo. Revista de Ciências da Educação*, 05, pp. 69-80. Consultado em [5 de Maio de 2009] em <http://sisifo.fpce.ul.pt>.
- Serrão, D. (2008). Os Direitos Humanos e a Deontologia Profissional. *Revista Ordem Enfermeiros*, 31, pp. 17-19.
- Shim, S. & Ryan A. (2005). Changes in Self-Efficacy, Challenge Avoidance, and Intrinsic Value in Response to Grades: The Role of Achievement Goals. *The Journal of Experimental Education*, 73 (4), pp. 333-349.
- Shön, D. (2000). *Educando o profissional Reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Silva, A. (2006). *Sistemas de Informação em Enfermagem. Uma teoria explicativa da mudança*. Coimbra: Formasau.
- Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 1 e 2, pp.11-20.
- Silva, A. et al. (2001). *Metodologia das Ciências Sociais*. 11ª ed. Porto: Afrontamento.
- Simões, F. & Ferrão, M. (2005). Competência pessoal percebida e desempenho escolar em matemática. *Estudos em Avaliação Educacional*, 16 (32), pp. 25-42.
- Sim-Sim, I. (1995). Desenvolver a linguagem, Aprender a Língua. In A. Carvalho, *Novas metodologias da Educação* (pp. 197-226). Porto: Porto Editora.

- Sousa, M. (2001). Discurso de saudação da Bastonária aos congressistas. *Livro de Actas do I Congresso da Ordem dos enfermeiros*, p. 12.
- Sousa, M. (2008). Enfermagem e direitos humanos. *Revista Ordem Enfermeiros*, 31, pp. 9-11.
- Tabari-Khomeiran, R. *et al.* (2007). Competence Development Among Nurses: The Process of Constant Interaction. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 38 (5), pp. 211-218.
- Tavares, J. (2003). *Formação e Inovação no Ensino Superior*. Porto: Porto Editora.
- Van der Klink, M. *et al.* (2007). Competências e ensino superior profissional: presente e futuro. *Revista Europeia de Formação Profissional*, 40 (1), pp. 72-89.
- Vasconcelos, C., Praia, J. & Almeida, L. (2003). Teorias de aprendizagem e o ensino/aprendizagem das ciências: da instrução à aprendizagem. *Psicol. Esc. Educ.*, 7 (1), pp.11-19. Consultado em [6 de Maio de 2009] em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo>.
- Vieira, M. (2007). *Ser enfermeiro: Da compaixão à proficiência*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Venditti JR., R. (2005). *Análise da auto-eficácia docente de professores de educação física*. Tese de Mestrado apresentada na Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação Física – São Paulo.
- Vieira, R. & Vieira, C. (2005). *Estratégias de Ensino/Aprendizagem. O questionamento promotor do pensamento crítico*. Coleção Horizontes Pedagógicos. Lisboa: Instituto Piaget.
- Walker, *et al.* (2005). Identification with academics, intrinsic/extrinsic motivation, and self-efficacy as predictors of cognitive engagement. *Learning and Individual Differences*, 16, pp. 1-12. Consultado em [10 de Março de 2009] em www.elsevier.com.
- Werther, W. & Davis, J. (1983). *Administração de pessoal e recursos humanos*. São Paulo: McGraw Hill.
- Zabala, A. (1998). *A Prática Educativa. Como Ensinar*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimmerman B. *et al.* (1992). Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal-setting. *American Educational Research Journal*, 29, pp. 663-676. Consultado em [2 de Janeiro de 2009] em <http://des.emory.edu>.

Zimmerman, B. (1995). Self-efficacy and educational development. *In* A. Bandura (Ed.). *Self-efficacy in changing societies* (pp. 202-231). Cambridge University Press.

Zimmerman, B. J. (2000). Attaining self-regulation. A social cognitive perspective. In M. Boekaerts, P. Pintrich, & M. Zeidner (Eds.), *Handbook of self regulation*. New York (pp. 13-39). San Diego: Academic Press.

ANEXOS

ANEXO 1 – QAPAEEC-ECGs

II Bloco: II Parte – Domínio das Competências da Prática Profissional, Ética e Legal

Tendo em conta que as competências estão em permanente desenvolvimento, solicito que faça um esforço de reflexão sobre a percepção daquilo que acredita ser o seu grau de competência neste momento. Para tal, atribua um *score*, sendo que 9 corresponde a “Totalmente Competente”, 5 corresponde a “Competente” e 1 a “Totalmente Incompetente”. Responda assinalando com uma cruz (X) na quadrícula que melhor expressa a sua percepção, relativamente a:

		Totalmente Competente 9			Competente 5			Totalmente Incompetente 1		
Item 1	Aceitar a responsabilidade e responder pelas suas acções e pelos juízos profissionais que elabora.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 2	Reconhecer os limites do seu papel e da sua competência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 3	Consultar peritos em enfermagem, quando os cuidados de enfermagem requirem um nível de pericia que está para além da sua competência actual ou que saem do âmbito da sua área de exercício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 4	Consultar outros profissionais de saúde e organizações, quando as necessidades dos indivíduos ou dos grupos estão para além da sua área de exercício.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 5	Exercer de acordo com o código deontológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 6	Envolver-se de forma efectiva nas tomadas de decisão éticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 7	Actuar na defesa dos direitos humanos, tal como descrito no código deontológico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 8	Respeitar o direito dos clientes ao acesso à informação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 9	Garantir a confidencialidade e a segurança da informação, escrita e oral, adquirida enquanto profissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 10	Respeitar o direito do cliente à privacidade.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 11	Respeitar o direito do cliente à escolha e à autodeterminação referente aos cuidados de enfermagem e de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 12	Abordar de forma apropriada as práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 13	Identificar práticas de risco e adoptar as medidas apropriadas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 14	Reconhecer as suas crenças e os seus valores e a forma como estes podem influenciar a prestação de cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 15	Respeitar os valores, os costumes, as crenças espirituais e as práticas dos indivíduos e grupos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 16	Prestar cuidados culturalmente sensíveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 17	Praticar de acordo com a legislação aplicável.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 18	Praticar de acordo com as políticas e normas nacionais e locais, desde que estas não colidam com o Código Deontológico dos enfermeiros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 19	Reconhecer e actuar nas situações de infracção violação da Lei e / ou do Código Deontológico, que estão relacionadas com a prática de enfermagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III Parte – Domínio das Competências de Prestação e Gestão de Cuidados

		Totalmente Competente 9			Competente 5			Totalmente Incompetente 1		
Item 20	Aplicar os conhecimentos e as técnicas mais adequadas, na prática de enfermagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 21	Incorporar, na prática, os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 22	Iniciar e participar nas discussões acerca da inovação e da mudança na enfermagem e nos cuidados de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 23	Aplicar o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 24	Ajuizar e tomar decisões fundamentadas, qualquer que seja o contexto da prestação de cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 25	Fornecer a fundamentação para os cuidados de enfermagem prestados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 26	Organizar o seu trabalho, gerindo eficazmente o tempo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 27	Demonstrar compreender os processos do direito associados aos cuidados de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 28	Actuar como um recurso para os indivíduos, para as famílias e para as comunidades que enfrentam desafios colocados pela saúde, pela deficiência e pela morte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 29	Apresentar a informação de forma clara e sucinta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 30	Interpretar, de forma adequada, os dados objectivos e subjectivos, bem como os seus significados, tendo em vista uma prestação de cuidados segura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 31	Demonstrar compreender os planos de emergência para situações de catástrofe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 32	Demonstrar compreender as políticas de saúde e sociais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 33	Trabalhar em colaboração com outros profissionais e com outras comunidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 34	Ver o indivíduo, a família e a comunidade numa perspectiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 35	Participar nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 36	Aplicar conhecimentos sobre recursos existentes para a promoção da saúde e educação para a saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 37	Actuar de forma a dar poder ao indivíduo, à família e à comunidade, para adoptarem estilos de vida saudáveis.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 38	Fornecer informação de saúde relevante para ajudar os indivíduos, a família e a comunidade a atingirem os níveis óptimos de saúde e de reabilitação.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 39	Demonstrar compreender as práticas tradicionais dos sistemas de crenças sobre a saúde dos indivíduos, das famílias ou das comunidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 40	Proporcionar apoio / educação no desenvolvimento e / ou na manutenção das capacidades para uma vivência independente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 41	Reconhecer o potencial da educação para a saúde nas intervenções de enfermagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 42	Aplicar o conhecimento sobre estratégias de ensino e de aprendizagem nas interações com os indivíduos, as famílias e as comunidades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Totalmente
Competente
9

Competente
5

Totalmente
Incompetente
1

Item 43	Avaliar a aprendizagem e a compreensão acerca das práticas de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 44	Efectuar, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 45	Analisar, interpretar e documentar os dados com exactidão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 46	Formular um plano de cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 47	Consultar mentores relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 48	Garantir que o cliente e / ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 49	Estabelecer prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 50	Identificar resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 51	Rever e reformular o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 52	Documentar o plano de cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 53	Implementar os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 54	Praticar enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 55	Documentar a implementação das intervenções.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 56	Responder eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 57	Responder eficazmente em situações de emergência ou catástrofe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 58	Avaliar e documentar a evolução, no sentido dos resultados esperados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 59	Colaborar com os clientes e / ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 60	Utilizar os dados de avaliação para modificar o plano de cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 61	Iniciar, desenvolver e suspender relações terapêuticas com o cliente e / ou cuidadores, através da utilização de comunicação apropriada e capacidades interpessoais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 62	Comunicar com consistência informação relevante, correcta e compreensível, sobre o estado de saúde do cliente, de forma oral, escrita e electrónica, no respeito pela sua área de competência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 63	Assegurar que a informação dada ao cliente e / ou aos cuidadores é apresentada de forma apropriada e clara.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 64	Responder apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e / ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 65	Comunicar com o cliente e / ou familiares, de forma a dar-lhes poder.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Totalmente Competente 9				Competente 5				Totalmente Incompetente 1			
Item 66	Utilizar a tecnologia de informação disponível, de forma eficaz e apropriada.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 67	Demonstrar atenção sobre os desenvolvimentos / aplicações locais, no campo das tecnologias da saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 68	Crear e manter um ambiente de cuidados seguro, através da utilização de estratégias de garantia da qualidade e de gestão do risco.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 69	Utilizar instrumentos de avaliação adequados para identificar riscos reais e potenciais.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 70	Garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 71	Implementar procedimentos de controlo de infeção.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 72	Registar e comunicar à autoridade competente as preocupações relativas à segurança.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 73	Aplicar o embaçamento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 74	Estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 75	Contribuir para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 76	Valorizar os papéis e as capacidades de todos os membros da equipa de saúde e social.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 77	Participar com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante ao cliente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 78	Rever e avaliar os cuidados com os membros da equipa de saúde.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 79	Ter em conta a perspectiva dos clientes e / ou cuidadores na tomada de decisão pela equipa interprofissional.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 80	Delegar outros, actividades proporcionais às suas capacidades e ao seu âmbito de prática.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 81	Utilizar uma série de estratégias de suporte quando supervisa aspectos dos cuidados delegados a outro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 82	Mantém responsabilidade quando delega aspectos dos cuidados a outros.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV Parte – Domínio das Competências de Desenvolvimento Profissional

		Totalmente Competente 9				Competente 5				Totalmente Incompetente 1			
Item 83	Promover e manter a imagem profissional da enfermagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 84	Defender o direito de participar no desenvolvimento das políticas de saúde e no planeamento dos programas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 85	Contribuir para o desenvolvimento da prática de enfermagem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 86	Valorizar a investigação como contributo para o desenvolvimento da enfermagem e como meio para o aperfeiçoamento dos padrões de cuidados.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Item 87	Actuar como um modelo efectivo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Totalmente Competente 9			Competente 5			Totalmente Incompetente 1		
Item 88	Assumir responsabilidades de liderança quando for relevante para a prática dos cuidados de enfermagem e dos cuidados de saúde.								
Item 89	Utilizar indicadores válidos na avaliação da qualidade da prática de enfermagem.								
Item 90	Participar em programas de melhoria da qualidade e procedimentos de garantia da qualidade.								
Item 91	Levar a efeito uma revisão regular das suas práticas.								
Item 92	Assumir responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências.								
Item 93	Actuar no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua.								
Item 94	Contribuir para a formação e para o desenvolvimento profissional de estudantes e colegas.								
Item 95	Actuar como um mentor / tutor eficaz.								
Item 96	Aproveitar as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde.								

Adaptado da OE, 2003

III Bloco: V Parte – Questões Abertas

7 - Refira-se aos aspectos que mais influenciaram positivamente o seu desenvolvimento de competências durante o Curso:

8 - Refira-se aos aspectos que menos influenciaram positivamente o seu desenvolvimento de competências durante o Curso:

9 - Existem competências que não desenvolveu, e que gostaria de ter desenvolvido? Dê exemplos.

9.1 - Porque considera que tal não aconteceu?

Por favor confirme se respondeu a todas as questões.
Mais uma vez muito obrigado! – A sua colaboração é fundamental para este estudo.

Palma Oliveira

Julho 2008

ANEXO 2 – AUTORIZAÇÃO DA DIRECÇÃO DA ESEP

Exmo. Sr. Presidente do Conselho Directivo
da Escola Superior de Enfermagem do Porto

Porto, 2 de Julho de 2008

03 04 2008
2504

Palmira da Conceição Martins de Oliveira, Assistente do 2º Triénio da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e aluna do 2º Ano do Curso de Mestrado em Administração e Planificação da Educação da Universidade Portucalense - Infante D. Henrique, a elaborar a dissertação de Mestrado sob a orientação do Professor Doutor Abel Paiva, vem por este meio solicitar a V. Exa., que lhe seja concedida a autorização para a implementação do questionário anexo.


Este questionário (anónimo), visa identificar a "Percepção de Auto-eficácia específica sobre as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais" por parte dos finalistas do Curso de Licenciatura em Enfermagem no ano de 2007/2008 (tendo por base as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais definidas pela Ordem dos Enfermeiros).

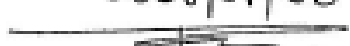
Será realizado, a partir de 9 de Julho, a todos os alunos finalistas desta Escola.

Sem outro assunto de momento, peço deferimento.

Palmira da Conceição Martins de Oliveira

(Palmira da Conceição Martins de Oliveira)

8/7/2008
Do Conselho de C.C.
para processar


Para a
à sua replicar
2008/07/08


ANEXO 3 - ANÁLISE FACTORIAL DOS COMPONENTES PRINCIPAIS DA PAEE
NAS COMPETÊNCIAS DO ECGS

Communalidades

	Initial	Extraction
Item1	1,000	,523
Item2	1,000	,585
Item3	1,000	,817
Item4	1,000	,746
Item5	1,000	,727
Item6	1,000	,753
Item7	1,000	,735
Item8	1,000	,648
Item9	1,000	,771
Item10	1,000	,807
Item11	1,000	,731
Item12	1,000	,769
Item13	1,000	,730
Item14	1,000	,701
Item15	1,000	,727
Item16	1,000	,633
Item17	1,000	,766
Item18	1,000	,857
Item19	1,000	,769
Item20	1,000	,716
Item21	1,000	,761
Item22	1,000	,745
Item23	1,000	,799
Item24	1,000	,809
Item25	1,000	,733
Item26	1,000	,722
Item27	1,000	,753
Item28	1,000	,711
Item29	1,000	,708
Item30	1,000	,738
Item31	1,000	,686
Item32	1,000	,764
Item33	1,000	,763
Item34	1,000	,760
Item35	1,000	,751
Item36	1,000	,791
Item37	1,000	,843
Item38	1,000	,831
Item39	1,000	,716
Item40	1,000	,797
Item41	1,000	,756
Item42	1,000	,779
Item43	1,000	,726
Item44	1,000	,709
Item45	1,000	,775
Item46	1,000	,780
Item47	1,000	,717
Item48	1,000	,795
Item49	1,000	,774
Item50	1,000	,808
Item51	1,000	,859
Item52	1,000	,798
Item53	1,000	,776
Item54	1,000	,708
Item55	1,000	,709

Item56	1,000	,797
Item57	1,000	,749
Item58	1,000	,809
Item59	1,000	,803
Item60	1,000	,808
Item61	1,000	,767
Item62	1,000	,778
Item63	1,000	,756
Item64	1,000	,819
Item65	1,000	,701
Item66	1,000	,757
Item67	1,000	,778
Item68	1,000	,800
Item69	1,000	,789
Item70	1,000	,756
Item71	1,000	,729
Item72	1,000	,750
Item73	1,000	,724
Item74	1,000	,803
Item75	1,000	,854
Item76	1,000	,816
Item77	1,000	,779
Item78	1,000	,807
Item79	1,000	,809
Item80	1,000	,771
Item81	1,000	,817
Item82	1,000	,773
Item83	1,000	,739
Item84	1,000	,737
Item85	1,000	,797
Item86	1,000	,721
Item87	1,000	,727
Item88	1,000	,716
Item89	1,000	,770
Item90	1,000	,816
Item91	1,000	,809
Item92	1,000	,769
Item93	1,000	,816
Item94	1,000	,725
Item95	1,000	,790
Item96	1,000	,772

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Total Variance Explained

Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	40,724	42,421	42,421	40,724	42,421	42,421	11,547	12,028	12,028
2	4,666	4,860	47,281	4,666	4,860	47,281	8,649	9,009	21,037
3	4,067	4,236	51,517	4,067	4,236	51,517	7,240	7,542	28,579
4	3,418	3,561	55,077	3,418	3,561	55,077	7,230	7,531	36,111
5	2,288	2,383	57,461	2,288	2,383	57,461	6,426	6,693	42,804
6	2,090	2,177	59,638	2,090	2,177	59,638	5,464	5,692	48,496
7	1,963	2,045	61,682	1,963	2,045	61,682	3,742	3,898	52,394
8	1,862	1,940	63,622	1,862	1,940	63,622	3,023	3,148	55,543
9	1,666	1,735	65,357	1,666	1,735	65,357	2,950	3,073	58,616
10	1,639	1,707	67,064	1,639	1,707	67,064	2,769	2,885	61,500
11	1,441	1,501	68,565	1,441	1,501	68,565	2,725	2,838	64,339
12	1,389	1,447	70,012	1,389	1,447	70,012	2,551	2,658	66,996
13	1,257	1,309	71,320	1,257	1,309	71,320	2,378	2,477	69,473
14	1,204	1,254	72,574	1,204	1,254	72,574	1,951	2,032	71,506
15	1,136	1,183	73,757	1,136	1,183	73,757	1,732	1,804	73,309
16	1,113	1,159	74,917	1,113	1,159	74,917	1,305	1,359	74,669
17	1,045	1,088	76,005	1,045	1,088	76,005	1,283	1,336	76,005
18	,999	1,041	77,046						

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Nota: está apresentada só a estatística que interessa para o estudo, pelo que não apresentamos a tabela completa

ANEXO 4 – EXCLUSÃO DAS CARGAS FACTORIAIS INFERIORES A 0,4

Rotated Component Matrix^a

	Component																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Item1	,517																
Item2																	
Item3												,791					
Item4												,638					
Item5																	
Item6										,690							
Item7										,672							
Item8								,581									
Item9								,706									
Item10								,616									
Item11						,525											
Item12						,609											
Item13						,532											
Item14																	
Item15						,521											
Item16						,527											
Item17						,707											
Item18						,589											
Item19					,439	,501											
Item20					,469												
Item21					,602												
Item22					,712												
Item23					,742												
Item24					,661												
Item25					,507												
Item26	,418								,596								
Item27					,402												
Item28			,425		,504												
Item29																	
Item30																	
Item31									,506								
Item32																,438	
Item33																,573	
Item34	,403		,457														
Item35			,507														
Item36			,653														
Item37			,750														
Item38	,423		,698														
Item39			,419														
Item40			,568														
Item41			,537														
Item42			,481														
Item43			,417		,428												
Item44	,421		,429														
Item45	,604																
Item46	,703																
Item47	,451		,405														
Item48	,483												,472				
Item49	,559																
Item50	,690																
Item51	,777																
Item52	,721																
Item53	,713																
Item54																	
Item55	,610																

Item56								,577						
Item57								,608						
Item58	,702													
Item59	,506	,487												
Item60	,680													
Item61											,518			
Item62	,547													
Item63	,488													
Item64				,406										
Item65	,416													
Item66	,444	,422												
Item67							,411							
Item68	,475													
Item69							,454							
Item70	,494									,468				
Item71	,636													
Item72							,403							
Item73			,497											
Item74	,763													
Item75	,810													
Item76	,805													
Item77	,743													
Item78	,771													
Item79	,771													
Item80							,691							
Item81							,687							
Item82							,702							
Item83	,438	,443												
Item84		,745												
Item85		,725												
Item86		,676												
Item87		,629												
Item88		,548												
Item89		,628												
Item90		,663												
Item91									,610					
Item92									,543					
Item93									,679					
Item94											,589			
Item95											,700			
Item96									,436					

Extraction Method: Principal Component Analysis.
 Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.
 a. Rotation converged in 18 iterations.

Nota: Carga factorial superior a 0,4

ANEXO 5 – TABELA RESUMO DOS RESULTADOS DA ANÁLISE FACTORIAL
E AVALIAÇÃO DA CONSISTÊNCIA INTERNA

Itens	Factores												
	F 1	F 2	F 3	F 4	F 5	F 6	F 7	F 8	F 9	F 10	F 11	F 12	F 13
1	0,516												
2	0,388												
45	0,603												
46	0,703												
47	0,451												
48	0,482												
49	0,558												
50	0,689												
51	0,777												
52	0,720												
53	0,713												
54	0,379												
55	0,610												
58	0,701												
59	0,506												
60	0,680												
61	0,398												
62	0,546												
63	0,487												
66	0,443												
65		0,416											
68		0,475											
70		0,494											
71		0,635											
74		0,763											
75		0,810											
76		0,805											
77		0,742											
78		0,770											
79		0,771											
29			0,379										
30			0,391										
33			0,326										
34			0,456										
35			0,507										
36			0,653										
37			0,749										
38			0,698										
39			0,419										
40			0,568										
41			0,537										
42			0,481										
44			0,428										
73				0,497									
83				0,443									
84				0,744									
85				0,725									
86				0,676									
87				0,629									
88				0,548									
89				0,627									
90				0,663									
20					0,469								
21					0,601								
22					0,711								
23					0,741								
24					0,660								
25					0,507								
27					0,401								
28					0,503								
43					0,428								
64					0,405								
11						0,525							
12						0,609							
13						0,531							
14						0,342							
15						0,520							
16						0,526							
17						0,706							
18						0,588							
19						0,500							

32						0,377								
67							0,411							
69							0,454							
72							0,403							
80							0,690							
81							0,686							
82							0,702							
8								0,580						
9								0,705						
10								0,616						
26									0,595					
31									0,505					
56									0,576					
57									0,607					
5										0,388				
6										0,690				
7										0,671				
91											0,609			
92											0,542			
93											0,678			
96											0,436			
3												0,790		
4												0,638		
94													0,589	
95														0,700
Variância explicada	42,42%	4,86%	4,24%	3,56%	2,38%	2,18%	2,04%	1,94%	1,73%	1,71%	1,50%	1,45%	1,30%	
Alfa Cronbach	,961	,939	,948	,923	,907	,927	,882	,789	,840	,780	,869	,807	,755	

ANEXO 6 – ESTUDO DE HOMOGENEIDADE DA PAEE NAS COMPETÊNCIAS
DO ECGS

Homogeneidade da PAEE nas Competências de Planejamento de Cuidados de Enfermagem

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,960	,961	20

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item1	148,91	244,532	,555	,386	,960
Item2	149,43	245,481	,460	,309	,962
Item45	149,45	234,790	,770	,695	,958
Item46	149,19	234,817	,806	,739	,957
Item47	149,49	237,047	,719	,616	,958
Item48	149,15	239,330	,746	,651	,958
Item49	149,22	238,396	,709	,644	,958
Item50	149,43	236,440	,752	,741	,958
Item51	149,22	235,508	,841	,808	,957
Item52	149,12	234,801	,785	,737	,957
Item53	149,07	238,991	,791	,706	,957
Item54	148,99	245,036	,620	,586	,959
Item55	149,04	240,014	,716	,684	,958
Item58	149,45	235,392	,806	,771	,957
Item59	149,49	237,537	,761	,762	,958
Item60	149,26	235,723	,856	,812	,957
Item61	149,23	240,973	,679	,642	,959
Item62	149,19	238,449	,770	,726	,958
Item63	149,15	238,698	,755	,698	,958
Item66	149,28	240,133	,631	,478	,959

**Homogeneidade da PAEE nas
Competências de Cuidados de Saúde
Interprofissionais**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,939	,940	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item65	72,39	52,564	,654	,460	,938
Item68	72,46	51,194	,702	,550	,936
Item70	71,88	54,002	,668	,595	,936
Item71	71,99	53,096	,714	,582	,934
Item74	72,02	52,335	,794	,698	,931
Item75	72,01	52,076	,825	,791	,929
Item76	72,12	52,513	,779	,752	,931
Item77	72,17	52,031	,781	,686	,931
Item78	72,26	52,162	,829	,747	,929
Item79	72,24	51,037	,813	,726	,929

**Homogeneidade da PAEE nas
Competências de Cuidados de Promoção
da Saúde**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,948	,949	13

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item29	91,88	109,802	,701	,586	,945
Item30	92,30	107,561	,726	,648	,945
Item33	92,02	109,446	,646	,560	,947
Item34	91,86	108,944	,736	,687	,944
Item35	91,98	108,421	,779	,718	,943
Item36	92,14	107,259	,802	,742	,942
Item37	91,88	107,610	,830	,823	,942
Item38	91,94	107,220	,821	,814	,942
Item39	92,38	108,441	,732	,598	,944
Item40	92,17	107,805	,790	,737	,943
Item41	91,67	111,562	,669	,610	,946
Item42	92,07	109,067	,752	,669	,944
Item44	92,20	108,931	,693	,527	,945

**Homogeneidade da PAEE nas
Competências de Valorização Profissional**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,923	,923	9

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item73	60,58	59,230	,682	,490	,917
Item83	59,82	64,728	,574	,410	,923
Item84	60,67	57,876	,738	,593	,913
Item85	60,25	59,093	,750	,637	,912
Item86	60,46	58,017	,714	,538	,915
Item87	60,66	58,166	,744	,572	,913
Item88	60,88	58,219	,722	,624	,914
Item89	60,88	57,508	,779	,723	,910
Item90	60,77	56,968	,804	,708	,909

Homogeneidade da PAEE nas Competências de Princípios Chave da Prestação e Gestão de Cuidados

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,927	,927	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item20	66,27	71,095	,640	,504	,923
Item21	66,64	68,392	,686	,606	,921
Item22	66,99	65,646	,739	,672	,919
Item23	66,55	66,380	,796	,709	,915
Item24	66,60	65,988	,788	,717	,916
Item25	66,45	67,138	,742	,649	,918
Item27	66,69	66,660	,727	,598	,919
Item28	66,78	68,345	,661	,501	,923
Item43	66,60	69,171	,689	,516	,921
Item64	66,39	67,824	,712	,532	,920

**Homogeneidade da PAEE nas
Competências de Prática Ético-Legal**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,907	,911	10

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item11	67,70	67,765	,538	,385	,905
Item12	67,99	63,864	,745	,663	,894
Item13	68,08	63,666	,732	,611	,895
Item14	68,19	64,223	,621	,523	,901
Item15	67,93	63,869	,684	,625	,897
Item16	68,35	62,664	,695	,567	,896
Item17	67,98	61,646	,746	,665	,893
Item18	68,18	61,509	,730	,698	,894
Item19	68,48	60,281	,669	,605	,899
Item32	69,31	61,385	,586	,378	,906

**Homogeneidade da PAEE nas
Competências de Delegação e Supervisão**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,882	,883	6

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item67	36,97	25,877	,659	,562	,866
Item69	37,01	24,771	,723	,628	,856
Item72	36,91	24,784	,628	,420	,873
Item80	37,10	24,412	,698	,546	,860
Item81	37,16	24,167	,771	,708	,848
Item82	36,70	24,781	,677	,597	,863

**Homogeneidade da PAEE nas
Competências de Prática Ético-Moral**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,789	,792	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item8	16,80	2,515	,587	,352	,767
Item9	16,62	2,468	,691	,486	,645
Item10	16,55	2,885	,623	,416	,725

Homogeneidade da PAEE nas Competências de Execução de Cuidados

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,840	,841	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item26	19,55	14,118	,569	,338	,840
Item31	20,83	11,961	,638	,441	,818
Item56	20,32	12,361	,726	,564	,776
Item57	20,78	11,574	,779	,627	,750

**Homogeneidade da PAEE nas
Competências Éticas**

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,780	,784	3

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item5	15,81	3,556	,565	,330	,763
Item6	16,51	2,595	,628	,411	,702
Item7	16,06	2,825	,684	,468	,628

Homogeneidade da PAEE nas Competências de Formação Contínua

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,869	,870	4

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item91	24,55	6,158	,759	,584	,818
Item92	24,19	7,059	,765	,589	,817
Item93	24,30	6,819	,738	,574	,825
Item96	24,24	7,410	,635	,416	,865

Homogeneidade da PAEE nas Competências de Responsabilidade

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,807	,807	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item3	7,69	1,648	,676	,458 ^a	
Item4	7,94	1,613	,676	,458 ^a	

Homogeneidade da PAEE nas Competências de Formação de Estudantes e Profissionais

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,755	,779	2

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Item94	6,88	3,098	,638	,407 ^a	
Item95	7,70	1,623	,638	,407 ^a	