



e s c o l a s u p e r i o r d e
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Dificuldades Percebidas por Estudantes de Enfermagem da Guiné-Bissau em Ensino Clínico

Alexandre Impahã Có

Coimbra, novembro de 2023



e s c o l a superior de
e n f e r m a g e m
d e c o i m b r a

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Dificuldades Percebidas por Estudantes de Enfermagem da Guiné-Bissau em Ensino Clínico

Alexandre Impahã Có

Orientador: Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves

Co-orientador: Professora Mestre Isabel Maria Henriques Simões
Professores Adjuntos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, novembro de 2023

“A maior riqueza de um povo é a sua saúde”

Amílcar Lopes Cabral

AGRADECIMENTO

Agradeço à Sr.^a Professora Doutora Isabel Fernandes, Coordenadora do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica pela motivação e por todo o apoio que sempre disponibilizou neste processo de concretização do Mestrado;

Agradeço a todos os professores que constituem a Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem Médico-Cirúrgica pelo apoio demonstrado no desenvolvimento das componentes teóricas e práticas do Mestrado.

Aos meus orientadores, Sr. Professor Doutor Rui Filipe Lopes Gonçalves e Sr.^a Professora Mestre Isabel Maria Henriques Simões, por toda a disponibilidade e orientações oportunas que ofereceram para que este trabalho fosse uma realidade.

Aos Enfermeiros do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra e aos seus responsáveis pela forma como me acolheram durante os Ensinos Clínicos o que permitiu o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

À Escola Nacional de Saúde que autorizou a realização do estudo.

A todos os familiares e amigos que ao longo desta etapa académica me incentivaram. Em especial à minha esposa Emília Gomes Cá, por toda a paciência e compreensão pelas minhas “ausências” durante esta etapa académica.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANEP-GB – Associação Nacional de Estudantes de Psicologia da Guiné-Bissau

AS – Área Sanitária

CEDEAO – Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

DEP – Departamento de Ensino e Pesquisa

DRS – Direção Regional de Saúde

EC – Ensino Clínico

ENS – Escola Nacional de Saúde

ES – Estrutura Sanitária

FAO – Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura

IF – Institutos de Formação

INASA – Instituto Nacional de Saúde Pública

ISPB – Instituto Superior Politécnico “Binhobilo”

MEES – Ministério da Educação e Ensino Superior

MinFuP – Ministério das Funções Públicas

MINSAP – Ministério Nacional de Saúde Pública

OGE – Orçamento Geral de Estado

OMS – Organização Mundial de Saúde

OOAS – Organização Oeste Africana de Saúde

PFRS – Projeto de Formação Técnico em Enfermagem Geral para Região Sul

PNDS - Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário

RHS – Recursos Humanos de Saúde

RS – Regiões Sanitárias

SAB – Setor Autónomo de Bissau

UAC – Universidade Amílcar Cabral

UEMOA – União Económica e Monetária do Oeste Africana

ULG – Universidade Lusófona da Guiné

UNUPIAGET – Universidade *Jean Piaget* de Bissau

USA – *United States of América*

RESUMO

A formação graduada de enfermeiros na Guiné-Bissau encontra-se em processo de transformação, acompanhando o desenvolvimento técnico, científico e pedagógico operado a nível internacional. Esta formação caracteriza-se por períodos de ensino na escola, com aulas teóricas, teórico-práticas e práticas laboratoriais, com alternância entre períodos de ensino clínico em diferentes instituições e serviços de saúde. A transição dos estudantes da escola para o contexto real da prática clínica é, muitas vezes, marcada por sentimentos de angústia e receio. Torna-se assim oportuno compreender as principais dificuldades percebidas por estudantes de enfermagem da Guiné-Bissau no processo de socialização profissional operado em contexto clínico.

Trata-se de um estudo descritivo de natureza interpretativa, com o objetivo principal de conhecer a percepção dos estudantes sobre as dificuldades em contexto de ensino clínico, de forma a responder à questão de investigação: “quais as dificuldades percebidas por estudantes de enfermagem da Guiné-Bissau em ensino clínico?”. Contou-se com a participação de 39 estudantes do 2.º ano do Curso Geral de Enfermagem da Escola Nacional de Saúde da Guiné-Bissau, que já tinham realizado ensino clínico e que acederam participar no estudo. Recorreu-se ao inquérito por questionário para recolha de informação.

Os resultados deste estudo demonstram que existem dificuldades percebidas pelos estudantes de enfermagem da Escola Nacional de Saúde da Guiné-Bissau, nomeadamente, a falta de apoio emocional, o medo, a má logística e alojamento, inexistência de materiais e instrumentos de trabalho nos hospitais, por vezes influenciadas por professores e enfermeiros que os acompanham no ensino clínico, em virtude das suas marcadas dificuldades.

Esperamos subsidiar o conhecimento sobre os processos de ensino e aprendizagem, bem como da avaliação dos estudantes de Enfermagem da Guiné-Bissau, contribuindo para a definição de estratégias de supervisão das aprendizagens mais adequadas e para a planificação de formação específica para os seus supervisores.

Palavras-chave: Dificuldades, Estudantes, Enfermagem, Ensino Clínico, Guiné-Bissau

ABSTRACT

The graduated training of nurses in Guinea-Bissau is in a process of transformation, following the technical, scientific and pedagogical development operated at an international level. This training is characterized by periods of teaching at school, with theoretical, theoretical-practical classes and laboratory practices, alternating between periods of clinical teaching in different institutions and health services. The transition of students from school to the real context of clinical practice is often marked by feelings of anguish and fear. It is therefore opportune to understand the main difficulties perceived by nursing students from Guinea-Bissau in the process of professional socialization operated in a clinical context.

This is a descriptive study of an interpretative nature, with the main objective of understanding students' perception of difficulties in the context of clinical teaching, in order to answer the research question: "what are the difficulties perceived by nursing students in Guinea-Bissau in clinical teaching?" There was the participation of 39 students from the 2nd year of the General Nursing course at the National School of Health of Guinea-Bissau, who had already completed clinical teaching and agreed to participate in the study. A questionnaire survey was used to collect information.

The results of this study demonstrate that there are difficulties perceived by nursing students at the National School of Health of Guinea-Bissau, namely the lack of emotional support, fear, poor logistics and accommodation, lack of materials and working instruments in hospitals, sometimes influenced by teachers and nurses who accompany them in clinical teaching, due to their marked difficulties.

We hope to subsidize knowledge about the teaching, learning and assessment processes of nursing students in Guinea-Bissau, contributing to the definition of the most appropriate learning supervision strategies and the planning of specific training for their supervisors.

Keywords: Difficulties, Students, Nursing, Clinical Teaching, Guinea-Bissau

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Formandos da ENS de acordo com Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário (PNDS) desde 2009 – 2022	32
Tabela 2 - Formulação da questão de pesquisa segundo o acrónimo PCC	40
Tabela 3 - Distribuição dos participantes segundo o sexo	45
Tabela 4 - Distribuição dos participantes segundo a idade	45
Tabela 5 - Categorias e subcategorias resultantes da análise de conteúdos dos questionários	48

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Localização da Guiné-Bissau no continente africano	23
FIGURA 2 - Mapa da Guiné-Bissau	24
FIGURA 3 - Exploração de castanha de caju	26
FIGURA 4 - Pesca artesanal	26

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
1. SITUAÇÃO DO PAÍS NO CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO, ECONÓMICO E SOCIAL	23
1.1. POPULAÇÃO	24
1.2. GOVERNAÇÃO	25
1.3. MATÉRIAS-PRIMAS E PROCESSOS NO SISTEMA DE SAÚDE	27
1.4. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS	29
1.4.1. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE ENSINO DA ENFERMAGEM NA GUINÉ-BISSAU	30
1.5. CONTEXTO PRÁTICO DE APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM	32
1.5.1. DIFICULDADES DOS ESTUDANTES NO ENSINO CLÍNICO	35
1.5.2. O ENSINO CLÍNICO NA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE	36
2. METODOLOGIA	39
2.1. TIPO DE ESTUDO	39
2.2. OBJETIVOS DO ESTUDO	39
2.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	40
2.4. PARTICIPANTES NO ESTUDO	40
2.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	40
2.6. COLHEITA DE DADOS	41
2.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	42
2.8. TRATAMENTO DOS DADOS	43

3.	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS ..	45
3.1.	CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	45
3.2.	CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO: DIFICULDADES PERCEBIDAS PELOS ESTUDANTES	46
	CONCLUSÃO	59
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - GUIÃO DE PERGUNTAS

APÊNDICE 2 - CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PARA O ESTÁGIO PRÁTICO

INTRODUÇÃO

A transformação que a Enfermagem tem vindo a sofrer ao longo dos tempos permitiu que ganhasse um maior reconhecimento pela comunidade científica, sendo integrada no ensino superior, assim como, fosse criado o ensino pós-graduado nesta área.

Para Pires et al. (2004) é exigido pela sociedade atual que os profissionais de saúde sejam detentores de um elevado número de conhecimentos, grande competência técnica, relacional e cultural, de forma a fazer face às necessidades sociais e constantes das populações. Para acompanhar todo este desenvolvimento da profissão, os seus profissionais tornaram-se mais proactivos, recorrendo a várias ferramentas que têm ao seu dispor, de forma a diminuir a probabilidade de erro enquanto cuidam dos seus doentes, elevando assim o nível de conhecimentos e tornando-se profissionais altamente diferenciados. A utilização desses meios, aliados a um crescente interesse pelo desenvolvimento da profissão, levou a que exista uma cada vez maior preocupação em prestar cuidados de excelência com elevados padrões de qualidade.

A formação graduada em enfermagem caracteriza-se por períodos de ensino na escola, com aulas teóricas, teórico-práticas e práticas laboratoriais, com alternância entre períodos de EC em diferentes instituições e serviços de saúde. O ensino teórico-prático e prático em contexto da escola testemunha um esforço contínuo em aproximar os contextos teórico-práticos à realidade clínica, muitas vezes fomentado pelo uso de simuladores em ambiente controlado (Baptista, Martins, Pereira, & Mazzo, 2014). Todavia, os simuladores não são os meios mais apropriados para treinar a interação com a pessoa, se não se der intencionalidade à relação.

Apesar das teorias de enfermagem defenderem que o exercício profissional de enfermagem se centra na relação interpessoal entre enfermeiro e a pessoa cuidada (Kim, 2010), nem sempre o ensino em contexto escolar espelha estes pressupostos, verificando-se falta de integração destes conteúdos teóricos na prática (Melo, Salgueiro, & Araújo 2015). Esta desarticulação entre a teoria e a prática leva, frequentemente, a situações de maior dificuldade dos estudantes na interação com a pessoa cuidada nos contextos formativos clínicos.

Acresce ainda que na realidade da Guiné-Bissau os estudantes vêm já do ensino secundário com dificuldades muito marcadas, pelo que ao acederem ao ensino de

enfermagem acabam por desenvolver ainda mais dificuldades e, ao contrário do que era expectável, estas acabam por ser muito manifestadas quando na realização dos ensinamentos clínicos.

Ao longo do exercício profissional do investigador, a formação em enfermagem tem sido foco de atenção, sendo que frequentemente tem refletido sobre a aprendizagem no processo de transição do contexto escolar para o contexto da prática clínica, o que tem conduzido ao questionamento sobre quais os conceitos prévios e que idealizações os estudantes constroem sobre a vivência desse processo, quais as suas dificuldades, expectativas, receios e ambições. E, ainda, como é que ocorre o confronto entre o contexto real e todos estes fatores com que se cruza a individualidade de cada estudante. É no reconhecimento de que as transições e mudanças podem ter um efeito de potencialização no desenvolvimento e na aprendizagem do estudante, que pensamos que a passagem para o ensino clínico possa constituir um momento impulsionador da sua formação.

Sabendo deste valor e de que cada estudante constrói o seu próprio percurso à luz do que foi o seu património social e cultural, as relações interpessoais que nele estabelece podem ser decisivas para que os momentos de aprendizagem sejam sentidos positiva ou negativamente.

A bibliografia consultada refere que o início do ensino clínico é profundamente marcado por sentimentos dolorosos de medo como seja o de errar, o relativo à sujeição de uma avaliação, que muitas vezes está associado às expectativas que idealizou sobre a profissão, de angústias (o seu plano para organização de trabalho raramente se concretiza de acordo com o previsto), de confusão, de desorientação e de ansiedade (quando está a ser observado, quando está inseguro porque não tem certeza de como fazer) (Fernandes, 2006)

O medo e a percepção de ignorância e de impotência para agir (por receio de poder causar mal ou sofrimento aos doentes), são sentimentos referidos em resultado do contacto com uma realidade diferente daquela que idealizara (Fernandes, 2006).

A prática clínica gera frequentemente contradições no(s) estudante(s), pela convicção de que já detêm um conjunto de conhecimentos que lhes permitiria agir, mas que não veem espelhados naquilo que observam e no que lhe é valorizado na ação, levando ao acumular de incertezas face à impossibilidade de poder vir a concretizar, em contexto de prática clínica, toda uma conduta que possa ter idealizado ao longo do período teórico.

Sendo assim, perante todas estas dúvidas e questões, em que o estudante pode colocar em causa os seus conhecimentos, capacidades ou habilidades para vir a desenvolver a profissão, este é um momento que se revela decisivo para o envolvimento ativo na aprendizagem, pela (des)construção dos pré-conceitos.

Torna-se por isso necessário compreender as principais dificuldades evidenciadas pelos estudantes de Enfermagem na Guiné-Bissau, na interação com as pessoas cuidadas, quando no seu contacto com a realidade dos cuidados e identificar as causas dessas dificuldades, de modo a fomentar novas metodologias de ensino que colmatem esta lacuna. Surge assim como questão de investigação: “quais as dificuldades percebidas por estudantes de enfermagem da Guiné-Bissau em ensino clínico?”

Na sequência desta questão, definiu-se como objetivo conhecer a perceção dos estudantes sobre as dificuldades sentidas em contexto de ensino clínico para assim se conseguirem definir estratégias de supervisão mais adequadas por parte dos professores e dos enfermeiros que supervisionam as aprendizagens.

Para atingir esse fim, desenvolveu-se um estudo qualitativo de cariz exploratório com a participação de estudantes do 2.º ano do Curso Geral de Enfermagem da Escola Nacional de Saúde (ENS) com recurso ao inquérito por questionário para a recolha da informação.

Para além da presente introdução, este documento é constituído por três capítulos sendo que o primeiro se destina a realizar um enquadramento teórico onde se procura abordar de forma sintética como decorre o ensino de enfermagem na Guiné-Bissau, como se processa o desenvolvimento da aprendizagem em contexto prático clínico e as dificuldades dos estudantes de enfermagem em EC descritas na literatura noutros contextos que não da Guiné-Bissau.

No segundo capítulo, da metodologia, aborda-se o tipo de estudo, a questão e objetivos de investigação, participantes, instrumentos utilizados para a recolha de dados, procedimentos formais e éticos e o tratamento dos dados.

O terceiro capítulo apresenta os resultados e a discussão dos mesmos. Terminamos com uma conclusão que apresenta as principais conclusões, a importância dos resultados para o ensino de enfermagem na Guiné-Bissau e expectativas futuras relativas à investigação na área.

1. SITUAÇÃO DO PAÍS NO CONTEXTO HISTÓRICO, POLÍTICO, ECONÓMICO E SOCIAL

A República da Guiné-Bissau é um país situado na Costa Ocidental da África Subsariana, numa extensão territorial de 36.125 km², dividida numa parte continental e noutra insular com 88 ilhas correspondentes a 22% do território nacional (arquipélago dos Bijagós) (figura 1). Faz fronteira com a República do Senegal a Norte, com a República da Guiné-Conacri a Sul e Sudeste, e é banhada pelo Oceano Atlântico (Guerreiro, 2019) (figura 1).

Manteve-se sob administração portuguesa até setembro de 1974 quando alcançou a sua independência.



Figura 1 - Localização da Guiné-Bissau no continente africano

Fonte: África - <https://www.bing.com/maps?q=Guin%C3%A9-Bissau&satid=id.sid%3A2b158349-90cf-0644-1c79-0fcc7dc16938&cp=12.229094>



Figura 2 - Mapa da Guiné-Bissau

Fonte: Guiné-Bissau - <https://www.bing.com/search?pglt=41&q=mapa>

1.1. POPULAÇÃO

Em 2016, a população da Guiné-Bissau foi estimada em cerca 1 743 652 habitantes (taxa de crescimento anual de 2,2%), caracterizada por uma população muito jovem, cerca de 54% da população tem menos de 15 anos de idade (Cátia Sá Guerreiro, 2019). As mulheres representam 51% da população e 49% tem entre 15 e 49 anos de idade. A esperança média de vida à nascença é de 52,4 anos (54,1 para o sexo feminino e 51,5 para o masculino). Cerca de 42% da população vive em zonas urbanas (OMS, 2019).

Os indicadores demográficos registam uma melhoria no sentido de uma transição demográfica, onde a taxa de mortalidade baixou no tempo simultaneamente com a taxa de natalidade e o índice de fecundidade (OMS, 2019).

A ocupação do território é mais densa em Biombo, intermédia no leste e sul e mais baixa nas regiões mais ocidentais. Existem entre dez e trinta etnias no país (Instituto Nacional de Estatística da RGB & Ministério da Economia e Finanças da RGB, 2018; Ministério Nacional da Saúde Pública, 2017).

No entanto, cinco grupos étnicos representam mais de 85% do total da população (Fula, Balanta, Mandinga, Manjaco e Papel). Além da diversidade étnica, no país coabitam também diferentes credos religiosos (muçulmanos, católicos, protestantes e animistas) (Instituto Nacional de Estatística da RGB & Ministério da Economia e Finanças da RGB, 2018; Ministério Nacional da Saúde Pública, 2017).

A língua oficial é o português, sendo que o crioulo é a língua de comunicação oral mais utilizada em todo o território nacional.

1.2. GOVERNAÇÃO

O poder é formalmente exercido através de um sistema de democracia multipartidária, semipresidencialista. O presidente é eleito para um mandato de cinco anos, podendo ser reeleito para mais um ano. A Assembleia Nacional Popular é eleita por 4 anos. Formalmente existe a separação de poder Presidencial, Legislativo, Governativo e Judiciário. Desde o conflito político-militar de 1998, nenhum governo conseguiu terminar o seu mandato, vivendo-se situações de instabilidade política e institucional permanente. Esta situação refletiu-se no Índice *Ibrahim* de Governança Africana de 2016 em que a Guiné-Bissau se encontra colocada em 44.º lugar, imediatamente acima de Angola, entre 54 países africanos (Cátia Sá Guerreiro, 2019).

Esta situação não tem favorecido o crescimento económico nem facilitado as políticas sociais e económicas coerentes. A dependência da comunidade internacional em setores como a economia, a saúde e a educação é quase total. De acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (0,424 em 2014), a República da Guiné-Bissau é o 178.º país, de um total de 188 países (UNDP, 2016).

A economia é frágil, com fraca mobilização dos recursos internos, falta de dinamismo do setor privado e um débil desenvolvimento do capital humano. A agricultura essencialmente de subsistência, mas com um grande peso da exportação de castanha de caju (figura 3) e a pesca artesanal (figura 4) são os principais setores de atividade económica do país (Cardoso & Dubbeldam, 2018).



Figura 3 - Exploração de castanha de caju

Fonte: Guiné-Bissau e FAO: <https://news.un.org/pt/story/2022/07/1794782>



Figura 4 - Pesca artesanal

Fonte: <https://www.bing.com/images/search?q=Imagem+de+Pesca+e+artesanato+na+Guin-Bissau&form>

Com um PIB per capita de \$590 dólares americanos em 2015, cerca de 70% da população vive em pobreza moderada (com 2 dólares americanos ou menos por dia), incluindo 33% em pobreza extrema com 1 dólar americano ou menos por dia (Cardoso & Dubbeldam, 2018)).

O rácio da massa salarial, para as receitas fiscais, era de 77,1% em 2000-2003, de 89% em 2006 e de 73,6% em 2015, o que ultrapassa largamente o critério de convergência da União Económica e Monetária do Oeste Africana UEMOA (Cátia Sá Guerreiro, 2019). Esta tendência leva a atrasos permanentes no pagamento dos salários e, conseqüentemente, à instabilidade social.

As infraestruturas de apoio às atividades económicas são deficientes: uma rede rodoviária escassa e em más condições, portos marítimos obsoletos e degradados, telecomunicações deficientes e dificuldades no fornecimento de energia elétrica.

A educação é um dos setores mais problemáticos do país com deficiente desempenho e recursos humanos (RH), recursos financeiros e materiais escassos. A evolução dos indicadores de escolarização não é favorável. Não obstante, as despesas correntes do Estado executadas e atribuídas ao setor da educação representaram apenas uma média de 11% no período de 2002-2013, bastante abaixo da média dos países com um nível de riqueza comparável (PIB/habitante compreendido entre 400 e 800 dólares americanos) para os quais é de 24%, (Relatório da Situação do Sistema Educativo Para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases. Relatório de Agosto de 2015).

Em média, um indivíduo no mercado de trabalho da Guiné-Bissau tem um nível de estudos inferior ao fim quarto ano do ensino primário. Ou seja, a maioria dos trabalhadores não são totalmente alfabetizados. Sem uma alfabetização completa, é difícil considerar que estes trabalhadores contribuam eficazmente de forma plena e integral para retirar o país da pobreza (Relatório da Situação do Sistema Educativo Para a Reconstrução da Escola da Guiné-Bissau Sobre Novas Bases. Relatório de Agosto de 2015).

Devido à escassez do mercado de trabalho moderno, os indivíduos qualificados que saem do sistema de educação e de formação veem-se sem perspectivas de futuro, uma vez que um número significativo não encontra emprego digno face ao seu nível de qualificação. Se a questão da inserção profissional já é bastante difícil para os jovens de uma maneira geral, ela é ainda mais dramática para os jovens com estudos superiores.

A Guiné-Bissau integra a Comunidade Económica dos Estados da África Ocidental (CEDEAO), a União Económica e Monetária do Oeste Africano (UEMOA) e a Organização Oeste Africana de Saúde (OOAS).

No âmbito da integração regional uma série de diretivas sobre fármacos, formação de pessoal de saúde (médio e superior) e livre circulação dos profissionais de saúde, entre outras, deverão ser transpostas para o *corpus júri* nacional.

1.3. MATÉRIAS-PRIMAS E PROCESSOS NO SISTEMA DE SAÚDE

Segundo o Relatório da situação do Sistema Educativo para a reconstrução da Escola da Guiné-Bissau sobre novas bases (Ministério da Educação Nacional 2015), as principais fraquezas do sistema de saúde em termos de matérias primas e processos na adoção das diretivas regionais tem-se processado com grande lentidão devido às mudanças políticas (ou politicamente motivadas) frequentes sem apropriação das políticas e estratégias de saúde vigentes pelos novos líderes.

O país apresenta fraca capacidade de gestão e articulação em todos os níveis do sistema nacional de saúde; instabilidade institucional devido a movimentos frequentes de gestores/administradores; coordenação inadequada entre o Ministério Nacional de Saúde Pública (MINSAP) e as regiões e os vários parceiros; além de um modelo excessivamente centralizado. O atual modelo programático verticalizado, funcionando em paralelo, fragmenta ainda mais o Serviço Nacional de Saúde. A atividade privada não está regulamentada. Existem poucos instrumentos de gestão formalizados: leis orgânicas, visão, missão, legislação, regulamentos, procedimentos, termos de referências para as diferentes categorias de pessoal, entre outros.

O orçamento regular do MINSAP, das DRS e das estruturas sanitárias (ES) depende maioritariamente do apoio dos parceiros de desenvolvimento. O Orçamento Geral de Estado (OGE) alocado para a saúde é precário. Grande parte das ES não têm orçamento de funcionamento, recorrendo a receitas próprias, não auditadas, de prestação de serviços, vistorias, coimas, multas e outras, criando situações muitas vezes pouco transparentes e sem responsabilização direta.

Existe ainda falta de informação sobre – Recursos Humanos de Saúde (RHS). O desconhecimento e ou desrespeito pelas orientações estratégicas para os RHS em termos de: formação inicial, de promoção, continuada e especializada. Também ocorrem problemas perenes no recrutamento, colocações, retenção e incentivos e baixa motivação pessoal, devida a equipamentos inadequados e falta de formação no uso dos existentes. É frequente o atraso no pagamento de salários, que por si já são baixos, levando ao múltiplo emprego e à prática de cobranças ilícitas. Faltam instrumentos de gestão de RHS; as profissões da saúde não estão padronizadas; as Carreiras não estão implementadas, e têm necessidade de atualização. Existe ainda falta de capacidade para manter supervisão formativa e os instrumentos regulatórios da administração autónoma do Estado (Ordens) não estão legalizados.

Paralelamente há fraca institucionalização das aquisições; falta de padronização dos equipamentos e infraestruturas; insuficiência de materiais e equipamentos nas ES; falta de manutenção periódica das infraestruturas e equipamentos; fornecimento irregular de equipamentos médicos, medicamentos e reagentes; desafios na manutenção da rede de frio; gestão de inventário inadequada; supervisão irregular; mapa de pessoal mal definido para algumas das ES, em particular as colocadas ao nível de referência nacional; distribuição desigual de RHS em todos os níveis e superlotação na capital; infraestruturas e equipamentos essenciais insuficientes e inadequados para garantir cuidados de qualidade; falha

na gestão de mecanismos de comunicação; irregularidade da supervisão; mecanismos de retro informação inadequados; baixo nível de informatização; instrumentos de recolha de dados não harmonizados; mecanismos de monitorização inadequados ou limitados; fraquezas na análise e disseminação sistemática dos dados; e incapacidade de adoção de inovações por falta de sistema de gestão do conhecimento.

1.4. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE SAÚDE NA GUINÉ-BISSAU E FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS

Os primeiros anos pós-independência foram de esforço na chamada “luta de reconstrução nacional”, com uma tentativa de dotar as populações, das diversas regiões do país, de condições mínimas no acesso aos cuidados básicos de saúde. Porém, qualquer sistema de saúde só consegue ser implementado e sobreviver quando um conjunto de premissas são satisfeitas. Fatores como a instabilidade política, as conturbações sociais e a guerra, o aumento da pobreza, os reduzidos orçamentos de estado para a saúde e o fraco desempenho dos governos são obstáculos ao desenvolvimento do sistema de saúde.

Para compreendermos melhor a organização do sistema de saúde temos de ter noção da organização do mapa sanitário e dos setores público (Serviço Nacional de Saúde, outros serviços públicos e serviços públicos convencionados com privados), privado e tradicional (curandeiros).

Do ponto de vista administrativo, a Guiné-Bissau está dividida em oito regiões e um setor autónomo que é capital da República da Guiné-Bissau: Bafatá, Biombo, Bolama-Bijagós, Cacheu, Gabú, Oio, Quinara e Tombali. As regiões estão por sua vez subdivididas em 36 setores e um setor autónomo (Bissau, capital política, económica e administrativa do país) (MINSAP, 2017).

Dadas as características geográficas das regiões administrativas de Bolama-Bijagós (essencialmente composta por ilhas) e de Oio e a capacidade logística do MINSAP em fazer face às necessidades de respostas de urgência, subdividiram-se essas duas regiões em quatro. Assim, o mapa sanitário apresentou-se durante muitos anos com 11 RS, incluindo o Setor Autónomo de Bissau (SAB). Mais recentemente a RS de São Domingos foi reintegrada em Cacheu, e a de Oio dividida em duas (Oio e Farim), substituindo assim São Domingos como a 11ª RS (MINSAP, 2017).

As 11 RS foram, desde sempre, divididas em 114 Áreas Sanitárias (o nível mais próximo das comunidades), definidas com base em critérios geográficos, abrangendo uma população que varia entre os 5.000 e os 12.000 habitantes (MINSAP, 2017).

1.4.1. ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE ENSINO DA ENFERMAGEM NA GUINÉ-BISSAU

A autoridade reguladora do ensino de Enfermagem é o Ministério da Saúde Pública e Solidariedade Social. A entidade que confere o título profissional de enfermeiro na Guiné-Bissau são as instituições de ensino. Contudo, é de referir que não existe carteira profissional.

A produção dos RH das profissões específicas da saúde é feita nas seguintes instituições de formação (IF):

- Escola Nacional de Saúde (ENS) que forma técnicos (enfermeiros gerais, parteiras, técnicos de laboratório, técnicos de farmácia e técnicos de radiologia) para o MINSAP, e que é também responsável por especializações para estes profissionais, cursos de promoção e por cursos de desenvolvimento profissional contínuo;
- Faculdade de Medicina Raul Diaz Arguellez (desde 1986), que forma médicos apoiada pela cooperação cubana. O diploma é atribuído pela faculdade mãe em Cuba;
- Universidade Amílcar Cabral (UAC) com uma licenciatura em enfermagem desde 2004;
- Liceu Politécnico SOS Herman, que oferece formação em saúde pública e saneamento do meio.

Outras três instituições oferecem também formações que não são reconhecidas pelo Ministério da Educação:

- Universidade Lusófona da Guiné (ULG) que licencia enfermeiros e técnicos de laboratório;
- Universidade *Jean Piaget* de Bissau (UNUPIAGET) que licencia médicos e enfermeiros;
- Instituto Superior Politécnico “Benhoblo” (ISPB) que licencia enfermeiros;

Não partindo de uma identificação adequada das necessidades, a ação formativa destas instituições foi sendo arrastada, por um lado, pela necessidade de

preenchimento de lugares, por outro lado, por razões de ordem política, pela reciclagem dos antigos enfermeiros auxiliares e ex-socorristas, que participaram na luta de libertação nacional e, ainda, por razões financeiras, para financiar as IF, na ausência de orçamentos prospetivos do Estado ou dos parceiros, visto que a maior parte dos programas executa as suas ações de formação sem recorrer à Escola Nacional de Saúde.

Estas Instituições de formação foram sujeitas a auditorias da CEDEAO no quadro da harmonização do ensino na região. Estas auditorias consideraram a qualidade do ensino abaixo do desejável e, está no roteiro da CEDEAO, um processo de harmonização curricular e de padronização da qualidade.

Por último, chamar a atenção que a integração regional exige medidas legislativas que estão em processo de adoção, para permitir a livre circulação de profissionais de saúde na região oeste africana.

A Escola Nacional de Saúde (ENS) é uma pessoa coletiva de direito público e goza de autonomia administrativa, financeira, científica, pedagógica e disciplinar, tendo em conta a Política Nacional de Saúde.

Em 2008 a ENS formava enfermeiros de nível médio (enfermeiros gerais) e técnicos de laboratório de nível médio em Bissau.

Com o propósito de contribuir a retenção de profissionais de saúde, partindo do princípio de que é mais fácil formar um quadro no local e, posteriormente, colocá-lo no mesmo local, para exercer a sua profissão, a ENS descentralizou a formação. Lançou em 2009, o Projeto de Formação Técnica em Enfermagem Geral para a Região Sul (PFRS). Sendo que, em 2010, implementou o curso nas Ilhas de Bijagós em Bolama; em 2012 na região de Tombali em Catió e em 2013 na região de Quinará em Empada. Cumpridos os objetivos estes polos têm vindo a ser descontinuados.

Para o cumprimento de Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário resultou a formação entre 2009 e 2016 de 889 enfermeiros gerais e de uma turma de promoção de auxiliar a enfermeiro geral de 66 alunos. Até 2017 estava prevista a formação de mais 418 enfermeiros gerais, ultrapassando-se assim a meta prevista no PNDRHS de formar 978 enfermeiros gerais como se pode verificar na tabela 2.

Tabela 1 - Formandos da ENS de acordo com Plano Nacional do Desenvolvimento Sanitário (PNDS) desde 2009 – 2022

Curso	Número
Enfermagem Geral	1.393
Enfermagem Geral (Promoção)	66
Total	1.459

Fonte: INASA - Bissau

No que concerne ao Curso de Enfermagem na Guiné-Bissau, a Escola tem o seu plano de estudos próprio, elaborado com colaboração internacional. A formação decorre em 3 anos, o curso ministrado é básico, integrando seis ensinamentos clínicos de enfermagem que são desenvolvidos em diferentes áreas da prestação de cuidados como: o hospital nacional, os hospitais regionais e em todos os centros de saúde que compõem as diferentes áreas sanitárias. O objetivo da formação é de capacitar os quadros técnicos de saúde nas diferentes áreas sanitárias para poderem colmatar as situações de saúde no país.

Os ensinamentos clínicos (EC) são unidades curriculares, com objetivos específicos, e que se organizam de acordo com o plano de estudo. Cada unidade curricular de EC é da responsabilidade do professor coordenador e o coordenador geral do Departamento de Ensino e Pesquisa (DEP) da Escola Nacional de Saúde.

As avaliações são feitas pelo enfermeiro tutor e o professor supervisor que acompanham o estudante no ensino clínico. O tutor avalia o estudante mediante a uma grelha de avaliação com diferentes itens que tem ponderação de 60% da nota final do aluno e o professor avalia o relatório com ponderação de 40%.

O Curso de Enfermagem lecionado na ENS, tem atualmente um plano de estudo com carga horária de três mil e seiscentas horas, muito superior à exigida para um curso médio, pelo que é ambição da ENS que este curso confira o grau académico de licenciatura.

1.5. CONTEXTO PRÁTICO DE APRENDIZAGEM EM ENFERMAGEM

Carvalho (2003) considera que para que se estabeleça um saber é fundamental analisar os conhecimentos científicos, técnicos e relacionais presentes no quotidiano profissional e nas práticas então desenvolvidas. Atualmente partilha-se uma conceção abrangente de ensino clínico, não resumindo estes momentos à aplicação dos conhecimentos até então apreendidos, mas considerando fundamentalmente o desenvolvimento global do estudante que, partindo das

bases que detêm, se vai desenvolver aprofundando determinados conteúdos, adquirindo outros, refletindo sobre cada prática individual e coletiva.

Belo (2003) considera que “a formação em enfermagem [se] solidifica na e pela prática profissional, pois é através do ensino clínico, que os alunos aprendem como aplicar os conceitos abstratos em situações específicas e concretas” (p.36). Para Carvalho (2003) a aprendizagem é percebida como um processo de construção pessoal que passa pela combinação de vários fatores desde os pessoais, aos cognitivos e ambientais, e que levam inevitavelmente à mudança de comportamentos.

Para que tal aconteça é fundamental que esse processo seja devidamente acompanhado num clima que propicie o desenvolvimento. A aprendizagem e o desenvolvimento estão interligados influenciando-se mutuamente e podemos afirmar que se o desenvolvimento comanda as aprendizagens, certo é também, que são estas que o induzem.

Sá-Chaves (2000) considera que a prática profissional pode constituir-se como fonte de saberes, pelo questionamento dos já estabelecidos, fazendo emergir outros saberes que só à luz da mesma adquirem significado. Braga (2007) afirma que “a teoria fundamenta a prática e a prática subsidia a teoria” (p. 82).

Segundo Macedo (2004), o ensino clínico pretende “ser um campo de experiências onde convivem crenças e valores enraizados no essencial da disciplina, a aplicação de conhecimentos e o exercício de um juízo clínico, conduzindo a uma intervenção refletida” (p.11). Assim, ao longo dos ensinamentos clínicos, o estudante deve ser estimulado a refletir sobre o que vê, o que faz e o que vive, facultando o desenvolvimento das suas competências e a aprendizagem de um saber contextualizado o que, por sua vez, conduz à formação da sua identidade profissional.

É através da prática que o estudante aprende a planear e prestar os cuidados de enfermagem em função das necessidades identificadas, assim como, a fazer uma avaliação das suas próprias intervenções. Partindo da realidade, o futuro profissional desenvolve aptidões, atitudes e competências técnico-científicas, que lhe permitem construir o seu quadro de referência de uma forma integrada (Braga, 2007).

O ensino clínico, em oposição ao trabalho desenvolvido em sala de aula, reveste-se de imensa imprevisibilidade, uma vez que tem lugar num contexto sociocultural complexo, onde se cruzam as lógicas dos profissionais, dos estudantes e dos utentes (Abreu, 2007).

A aprendizagem em contexto clínico assenta assim no “desenvolvimento de um saber pessoal, reflexivo e contextualizado, em interação constante com o meio ambiente, com vista à competência profissional” (Braga, 2007, p. 82).

É no confronto com a realidade prática que o estudante assimila e transforma os conhecimentos adquiridos convertendo-os em saberes funcionais e processuais, pois esta experimentação coloca os estudantes em contacto com os problemas. Através da interação que estabelece com os pares e com os demais profissionais de saúde o estudante vai desenvolvendo o seu próprio modelo de identidade profissional. Paralelamente, interagindo com os utentes, o estudante envolve-se emocionalmente gerando aprendizagens significativas (Abreu, 2007; Braga, 2007).

É fundamental que nestes momentos únicos de maturação psicológica o estudante aprenda a lidar com os seus próprios sentimentos e com os daqueles com quem interage, que interiorize e assimile o saber (conhecimento), o saber fazer e o saber ser e estar, de forma que, partindo da transferência dos seus conhecimentos teóricos que até então constituem o seu quadro de referência, consiga não só atribuir-lhes sentido como ampliá-los (Braga, 2007; Carvalhal, 2003).

Considerando o grau de complexidade e de imprevisibilidade característico do contexto de interação nos cuidados de enfermagem, há necessidade de enfatizar estas premissas, o que exige o desenvolvimento de uma abordagem holística, atendendo “o outro” como ser único e singular (Watson, 2002). A aquisição de competências reflexivas e cooperativas torna-se claramente imprescindível.

O estudante torna-se agente (re)construtor do seu conhecimento e aprende significativamente e o que realmente importa, na perspetiva de Coll (2000), e que a aprendizagem ocorra pela compreensão e seja significativa. Aprender significativamente implica dar significado, sentido e funcionalidade ao que se aprende (Moraes & Manzini, 2006).

Uma das preocupações formativas deve ser a de dar ao estudante um saber prático das áreas de atividade em que irá exercer a sua vida profissional, possibilitando a formação de um discente autónomo, capaz de construir uma aprendizagem significativa na ação-reflexão-ação (Mitre et al., 2008). Esta reflexividade “na ação” e “sobre a ação” fornece ao estudante um conjunto de ferramentas e saberes para ações futuras. Favorece a tomada de consciência de respostas, influências e consequências de situações complexas caracterizadas por instabilidade e incerteza, e norteia o modo de adquirir conhecimento e de antecipar novas formas de intervenção.

1.5.1. DIFICULDADES DOS ESTUDANTES NO ENSINO CLÍNICO

Estão descritas na literatura dificuldades dos estudantes de enfermagem aquando da realização da sua prática clínica, pelo que se procurou fazer uma síntese da evidência sobre esta temática.

De acordo com Öztürk, Çilingir e Senel (2013), a grande maioria dos estudantes de enfermagem experienciam dificuldades comunicacionais durante a realização dos diversos ensinamentos clínicos inseridos nos planos de estudo do curso de licenciatura. Destacam-se causas que estão relacionadas quer com os enfermeiros tutores que fazem o seu acompanhamento na prática clínica, quer com os professores que fazem a supervisão aos estudantes uma ou duas vezes por semana, acompanhando a orientação dos tutores durante a mesma, quer ainda, com outros profissionais de saúde ou mesmo com outros colegas de EC. Ainda são referidos alguns constrangimentos com os próprios utentes alvo dos seus cuidados.

Já Chan e Lai (2016) concluíram, no seu estudo realizado na Austrália, que a falta de confiança dos estudantes de enfermagem nos tutores estavam na origem das suas dificuldades comunicacionais. Esta falta de confiança é exacerbada pela falta de familiarização com os novos contextos clínicos, pelo confronto com novos profissionais/equipas e pelo foco da sua atenção na execução de tarefas, de modo a evitar erros, relegando a comunicação para segundo plano. Estas autoras acrescentam que o volume de trabalho e as dotações inseguras de enfermeiros, praticadas em alguns dos contextos de EC, influenciam também a construção da relação entre estudantes e utentes.

No estudo de Sun et al. (2016), realizado nos USA, é evidenciado o receio que os estudantes têm que a sua abordagem verbal e não-verbal seja desadequada, e influencie a perceção dos utentes sobre as suas competências clínicas, podendo levar à recusa da prestação de cuidados. Segundo estes autores, estas experiências negativas são motivo de ansiedade e medo (de reprovar) para os estudantes, traduzindo-se em padrões de sono de menor qualidade, falta de apetite, cefaleias, dores abdominais, entre outros.

Em Portugal, Melo et al. (2015) desenvolveram um estudo descritivo de abordagem qualitativa, com uma amostra de 21 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem (CLE). Num contacto inicial em contexto de EC, os estudantes identificaram como principais dificuldades: a comunicação com pessoas agitadas, agressivas, desorientadas e/ou confusas; a comunicação com pessoas que não comunicavam verbalmente; lidar com pessoas não colaborantes e que recusavam os cuidados; compreender a pessoa; lidar com o sofrimento do

outro; iniciar, manter e terminar uma conversa; e lidar com a intimidade. Neste estudo, a origem das dificuldades centrou-se na falta de conhecimentos e de técnicas relacionais, a inexperiência, a timidez e a falta de confiança.

Melo et al. (2017) no seu estudo realizado em Portugal com 90 estudantes do curso de licenciatura em enfermagem identificaram as seguintes dificuldades durante o ensino clínico: comunicação com as equipas, comunicação com a família da pessoa cuidada, comunicação com pessoas pouco comunicativas ou que não comunicam verbalmente, agitadas, confusas e agressivas. Ainda referem como dificuldades, a prestação de cuidados a pessoas em fase terminal ou às que recusam cuidados. Após a identificação das dificuldades sentidas pelos estudantes e, de modo a evidenciar as prováveis causas, após análise de conteúdo da questão aberta, os autores identificaram défice de formação, relacionada com a falta de prática sobre técnicas relacionais sendo referido pelos estudantes que estas ajudariam na comunicação com os outros.

Também no estudo realizado por Amorim et al. (2019), no sul do Brasil emergiram três categorias de dificuldades sentidas pelos estudantes que se prendiam com: aspetos relacionais e pessoais; estrutura física deficitária; relacionadas aos processos de ensino e aprendizagem. Considerando os autores que a constante busca por um ensino de excelência expõe o estudante as diversas situações de conflitos individuais e coletivos, que podem levar ao desgaste físico e psicológico.

1.5.2 – O ENSINO CLÍNICO NA ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE

Na Escola Nacional de Saúde, os ensinamentos clínicos são objeto de avaliação contínua apoiada por instrumento próprio, orientado para os resultados de aprendizagem preconizados para cada nível.

Ensino clínico I - Este ensino clínico, decorre no primeiro ano, primeiro semestre em contexto da relação entre os fatores ambientais e a saúde da população, as atividades desenvolvidas pelas Organizações não Governamentais, nacionais e internacionais.

Tem como objetivos: observar e registar as características do meio envolvente, tendo em conta os aspetos relevantes para a saúde dos indivíduos, do ambiente e das populações; analisar, de forma crítica, os registos efetuados; elaborar um relatório de estágio que descreva o trabalho efetuado e a análise crítica da experiência, apontando propostas de solução aos problemas encontrados; e tomar conhecimento das atividades desenvolvidas pelas ONG's, programando, em colaboração com as

diferentes organizações as atividades de voluntariado a serem desenvolvidas pelos estudantes.

Ensino clínico II – No que concerne a este ensino clínico, o mesmo decorre no primeiro ano, segundo semestre, em contexto de cuidados de saúde primários (centros de saúde), sendo contabilizadas um total de 5 horas de trabalho de campo e 2 horas de trabalhos do estudante (VHE) por dia, durante 6 semanas e tem como objetivos: relacionar-se terapêuticamente com o indivíduo e comunidade; colaborar no planeamento, execução e avaliação de atividades na comunidade, visando a promoção de estilos saudáveis de vida; efetuar consultas de enfermagem de saúde reprodutiva; e efetuar ensinamentos individuais e em grupo às utentes/famílias, na área da saúde reprodutiva.

Ensino clínico III – No que diz respeito a este ensino clínico, decorre no segundo ano, primeiro semestre, em contexto de centro de saúde/hospital, sendo contabilizadas 35h por semana, durante 8 semanas. Os estudantes rodam pelas vertentes de aprendizagem, acompanhados de enfermeiros de referência ou docente da escola. A atribuição do número de doentes por estudantes deve ser progressiva, à medida que vai adquirindo competências através do desenvolvimento das várias atividades inerentes aos cuidados de enfermagem sendo que os objetivos se relacionam:

- terapêuticamente com o indivíduo, família e comunidade;
- prestar cuidados de enfermagem de qualidade ao indivíduo com afeição do foro médico;
- prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo com afeições infetocontagiosas e transmissíveis.

Ensino clínico IV – Relativamente a este ensino clínico, o mesmo decorre no segundo ano, segundo semestre, em contexto de centro de saúde/hospital, sendo contabilizadas 35h por semana, durante 8 semanas. Os estudantes deverão rodar pelas vertentes de aprendizagem:

- serviços de internamento de obstetrícia/ginecologia e de cirurgia, acompanhados de enfermeiros de referência ou docente da escola. A atribuição do número de doentes por estudantes deve ser progressiva, à medida que vai adquirindo competências através do desenvolvimento das várias atividades inerentes aos cuidados de enfermagem com seguintes objetivos:

- terapia do indivíduo, família e comunidade;
- prestar cuidados de enfermagem de qualidade a mulher / família no âmbito da obstetrícia /ginecologia e cirurgia;
- prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo com afeção foro cirúrgico.

Ensino clínico V – Este ensino clínico, decorre no terceiro ano, primeiro semestre, em contexto de centro de saúde/hospital, sendo contabilizadas 35 horas por semana, durante 8 semanas. Os estudantes passam pelas vertentes de aprendizagem nos serviços de internamento de obstetrícia/ginecologia e de cirurgia, acompanhados de enfermeiros de referência ou docente da escola. A atribuição do número de doentes por estudantes deve ser progressiva, à medida que vai adquirindo competências através do desenvolvimento das várias atividades inerentes aos cuidados de enfermagem. Os objetivos a cumprir estão relacionados com a terapia do indivíduo, família e comunidade; cuidados de enfermagem de qualidade à mulher / família no âmbito da obstetrícia /ginecologia e cirurgia; e prestar cuidados de enfermagem ao indivíduo com afeção foro cirúrgico.

Ensino clínico VI – Este é o último ensino clínico e decorre no terceiro ano, segundo semestre, em contexto de cuidados de saúde na comunidade, sendo contabilizadas 35 horas por semana, durante 13 semanas. Os estudantes são distribuídos pelos diferentes serviços de saúde na comunidade e são acompanhados pelos enfermeiros de referência e /ou docente da escola, com seguintes objetivos:

- conhecer a área de intervenção com base no diagnóstico de situação;
- conhecer e integrar-se no plano de atividades da equipa multidisciplinar;
- identificar problemas e ou necessidades de indivíduo, família e comunidade, enfatizando famílias de risco;
- desenvolver situação de educação, promoção e formação em saúde;
- planear, executar e avaliar atividades na comunidade, visando a promoção de estilo de vida saudáveis.

2. METODOLOGIA

Depois de construído o referencial teórico e enquadrador, é importante definir uma linha de investigação, uma estrutura capaz de delimitar a ação do investigador e apoiá-lo na concretização dos seus objetivos (Duarte, 2013).

Neste enquadramento metodológico, são apresentados aspetos relevantes para o desenvolvimento do estudo e sua caracterização, desde o tipo de estudo, objetivos e questão de investigação, população e amostra, instrumento de colheita de dados procedimentos formais e éticos e tratamento dos dados.

2.1. TIPO DE ESTUDO

A seleção desta temática surgiu pela perceção que os estudantes de enfermagem na Guiné-Bissau têm dificuldades durante o ensino clínico e que estas se refletem nas suas aprendizagens.

Assim, no sentido de dar resposta à questão colocada e de acordo com os objetivos definidos, desenhou-se um estudo descritivo de natureza interpretativa com recurso a estudantes do segundo ano do curso Geral de Enfermagem, da Escola Nacional de Saúde na Guiné-Bissau.

Espera-se que com ele se identifiquem as dificuldades percebidas pelos estudantes de enfermagem da Guiné-Bissau, durante a formação académica.

2.2. OBJETIVOS DO ESTUDO

A definição de objetivos deve indicar de forma clara o que o investigador pretende fazer durante o desenvolvimento da investigação, e “específica as variáveis chaves, a população junto da qual serão recolhidos dados e o verbo de ação que serve para orientar a investigação” (Fortin, Côté & Fillion, 2009, p. 160).

Considerou-se assim, como objetivo geral: conhecer as dificuldades percebidas por estudantes de enfermagem da Guiné-Bissau em ensino clínico. Deste advém o seguinte objetivo específico: conhecer as necessidades de supervisão dos estudantes em ensino clínico.

Com estes objetivos pretende-se contribuir para uma melhor adequação dos estudantes aos ensinamentos clínicos e melhorar a articulação entre a escola e os enfermeiros que supervisionam os estudantes.

2.3. QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

As questões de investigação são orientações que direcionam o tipo de informação necessária, a forma como a recolha de informação deve ser construída (Souza & Souza, 2011). São enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, decorrentes diretamente dos objetivos (Fortin, 2009).

Para Polit, Beck & Hungler (2004) a elaboração das questões de investigação assume-se como a fase que deve potenciar o conhecimento do fenómeno em estudo, de forma significativa. Para a construção da questão de pesquisa, tal como é possível verificar na tabela 3 seguiu-se o acrónimo P (população) C (conceito) e C (contexto), assim a questão é: quais as dificuldades percebidas por estudantes de enfermagem da Guiné-Bissau em ensino clínico?

Tabela 2 - Formulação da questão de pesquisa segundo o acrónimo PCC

População	Conceito	Contexto
Estudantes do 2º ano do curso de enfermagem da Guiné-Bissau	Dificuldades percebidas no ensino clínico	Todos os ensinos clínicos

2.4. PARTICIPANTES NO ESTUDO

A população alvo do estudo foram 63 estudantes a frequentar o 2.º Ano de Curso de Enfermagem Geral da Escola Nacional de Saúde da Guiné-Bissau sendo que conseguimos a colaboração de 39 estudantes após terem sido convidados a participar no estudo. Todos os elementos da população tiveram igual oportunidade de integrar a amostra participando na recolha de dados através dos instrumentos desenvolvidos pelo investigador principal. Podemos assim confirmar a constituição de uma amostra não probabilística com uma distribuição homogénia entre eles e com maior predominância do sexo masculino.

2.5. INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Um instrumento de recolha de dados é um recurso a que o investigador recorre para conhecer os fenómenos e extrair deles a informação que procura. Existem diversos tipos de instrumentos de recolha de dados, cabendo ao investigador a decisão de seleccionar o método que melhor se adapta ao seu estudo (Vilelas, 2009).

O instrumento de recolha de dados do estudo foi um questionário, que teve na sua base um guião de entrevista (Apêndice 1), construído pelo investigador onde se

procurou, através de questões abertas, extrair informações sobre as dificuldades percebidas pelos estudantes em ensino clínico e, conseqüentemente, as suas necessidades.

As questões nele incluídas, procuraram ir ao encontro das dificuldades/preocupações sentidas pelos estudantes, quer no relacionamento com o enfermeiro tutor, quer com o professor e com as dificuldades sentidas pelo estudante relacionadas com o contexto.

Estruturalmente, o guião foi formado por uma breve introdução, onde foram referidos os objetivos do estudo, organização e forma de colaboração no estudo. Esta, foi preparatória para explicar o que se pretendia com o estudo a todos os participantes e, ao mesmo tempo, serviu de pedido de consentimento informado e para gravação da entrevista. Numa primeira fase o objetivo era recolher os dados sociodemográficos, que permitiriam caracterizar os participantes, tais como: sexo e idade, seguindo-se, uma segunda fase em que os participantes responderiam a um conjunto de questões abertas, que permitiram identificar as dificuldades e necessidades dos estudantes em ensino clínico.

2.6. RECOLHA DE DADOS

Toda a planificação do processo de recolha de dados foi realizada em Portugal durante a frequência da parte curricular do curso de mestrado e o investigador principal deslocou-se em junho de 2023 à Guiné-Bissau para a recolha de dados. Clarificar que quando se chegou ao contexto houve dificuldade de aceder aos participantes, impossibilitando a recolha de dados por inquérito por entrevista e impelindo o investigador a reformular os procedimentos de recolha de dados. Mantendo a natureza interpretativa do estudo delineado a opção recaiu em utilizar a técnica de inquérito por questionário transformando o guia de entrevista em questões abertas que constituíram o questionário. A opção assentou na premissa de que a abordagem interpretativa é uma abordagem de pesquisa qualitativa que se concentra na compreensão das experiências subjetivas dos participantes e que pode ser concretizada através de uma variedade de métodos, incluindo entrevistas, observações e análise de documentos. Mantendo o foco na compreensão das experiências subjetivas dos participantes, apesar das limitações do inquérito por questionário com respostas curtas identificámos desde logo que os participantes teriam menos espaço para expressar as suas experiências em profundidade.

Após as adequações entendidas como necessárias, o questionário ficou constituído por 15 perguntas abertas de respostas rápida, para autopreenchimento

pelos participantes e em papel. Em continuidade, foi conduzido um pré-teste com seis estudantes do 3.º ano do Curso Geral de Enfermagem da Escola Nacional de Saúde no próprio estabelecimento escolar para validação aparente e de conteúdo, bem como identificar o tempo necessário para o preenchimento.

Após ter sido comunicado ao Comité Nacional de Ética em Pesquisa na Saúde da Guiné-Bissau as alterações processadas, a recolha de dados foi realizada em dois momentos e os participantes foram divididos em dois grupos, para facilitar o investigador no controlo, de forma a não haver transmissão das mesmas resposta, já que o inquérito são questões abertas a ser preenchidas pelos estudantes na sala de aulas.

Os estudantes foram convidados a deslocar-se à Escola Nacional de Saúde e divididos por salas, foram distribuídos os questionários em papel e foram disponibilizados 60min para o preenchimento e devolução ao investigador principal.

2.7. PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

Como garantia de respeito pelos aspetos formais e éticos da investigação, foi realizado um pedido de parecer ao Comité Nacional de Ética em Pesquisa na Saúde da Guiné-Bissau, com o preenchimento de todos os documentos necessários para a instrução do processo (autorização n.º Ref.023/CNES/INASA/2023). Foi igualmente pedido a autorização para a recolha de dados à Escola Nacional de Saúde da Guiné-Bissau (com autorização n.º 176/2023).

Apenas se incluíram no estudo os participantes que aceitaram, de forma totalmente voluntária, com possibilidade de desistência em qualquer fase da investigação sem qualquer prejuízo, e que assinaram o consentimento informado, livre e esclarecido (Apêndice 2).

Por sua vez, o instrumento de recolha de dados também respeitou todos os princípios éticos, nomeadamente pelo total esclarecimento dos objetivos do estudo.

Para além disso, foi assegurada a completa confidencialidade, em todas as fases da pesquisa, e a garantia de que os dados recolhidos não serão objeto de qualquer análise individualizada, e apenas serão utilizados para fins de investigação científica, após a qual serão destruídos.

2.8. TRATAMENTO DOS DADOS

O termo análise de conteúdo designa: um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 2011, p. 47).

Dentre as possibilidades de técnicas de análise de conteúdo apresentadas por Bardin (2011), foi utilizada a análise categorial, que utiliza a divisão do texto em unidades que permitem a investigação de determinados temas. Nesse sentido, foi utilizado como unidade de registo para a análise das frases e orações dos questionários em profundidade que foram transcritas.

A categorização constitui-se num dos procedimentos básicos da análise de conteúdo e consiste justamente na classificação de elementos a partir de critérios previamente definidos, formando “as categorias que são rubricas ou classes, que reúnem um grupo de elementos sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (Bardin, 2011, p.111).

Ainda segundo Bardin (2011), o processo de organização da codificação é composto por três etapas. Inicialmente, identificam-se as unidades de registo, que são as unidades de significado consideradas como unidade base da análise da comunicação. A segunda etapa do processo de codificação consiste na escolha do método de contagem, por meio do qual é possível estabelecer indicadores de sentido. Por fim, a terceira etapa da codificação diz respeito à categorização propriamente dita, ou seja, a escolha das categorias de análise. Essa etapa consiste em organizar os dados por diferenciação.

Embora existam diferentes aspetos passíveis de categorização, Bardin (2011) ressalta que uma categorização adequada é caracterizada pelos seguintes aspetos:

- a) Exclusão mútua: a exclusão mútua implica que cada elemento não pode estar em outras categorias, ou seja, a categorização é baseada em aspetos mutuamente exclusivos, de forma a eliminar ambiguidades;
- b) Homogeneidade: a organização dos dados deve ser baseada em um único princípio de classificação, de forma que as categorias não sejam amplas demais, ou seja, não devem contemplar elementos demasiadamente distintos;
- c) Pertinência: aspeto relacionado à adaptação das categorias ao quadro teórico pertinente à análise, de forma que represente, efetivamente, as intenções da investigação;

d) Objetividade e a fidelidade: refere-se à eliminação de distorções relacionadas à subjetividade dos codificadores. Em resumo, trata-se da definição precisa de variáveis que determinam a entrada de um elemento em uma categoria, eliminando a subjetividade na classificação. É o que garante a replicação da pesquisa, já que por não ser uma classificação subjetiva, é passível de ser efetuada por outros pesquisadores;

e) Produtividade: aspecto relacionado à consistência dos resultados obtidos, no que diz respeito às hipóteses, índices de referências e dados exatos.

Na operacionalização da análise dos dados buscou-se analisar evidências de manifestações do pensamento algébrico discente, predominando a análise sobre os aspectos qualitativos das soluções apresentadas pelos participantes no estudo.

3. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta fase é dedicada à compilação de todos os extratos dos textos subordinados à mesma categoria, de modo a poder compará-los, processo que foi realizado manualmente.

Os resultados serão apresentados pela mesma ordem das respetivas questões no questionário.

3.1. CARATERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

A primeira parte do questionário aplicado aos estudantes é constituída pela caracterização da amostra, com vista a melhor compreensão dos seus atributos. A amostra é caracterizada quanto ao sexo e idade.

A amostra deste estudo é constituída por 39 estudantes do 2º ano do curso Geral de Enfermagem da Escola Nacional de Saúde da Guiné-Bissau, que já tinham realizado ensino clínico. Como se pode ver na tabela 4, o sexo masculino está maioritariamente representado, com 82,05% e o feminino com 17,95%.

Tabela 3: Distribuição dos participantes segundo o sexo dos estudantes

Sexo	Nº	%
Masculino	32	82,05
Feminino	07	17,95
Total	39	100

No que refere a idade, os estudantes que fizeram parte da amostra, como se pode verificar através da tabela 5, apresentaram idades compreendidas entre os 23 a 30 anos, e a média dessa idade é de 23,23 anos.

Tabela 4: Distribuição dos participantes segundo a idades dos estudantes

Idade	23	24	25	26	27	29	30	Total
Nº	5	11	3	3	11	3	3	39
%	12,82	28,21	7,69	7,69	28,21	7,69	7,69	100

3.2. CODIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO: DIFICULDADES PERCEBIDAS PELOS ESTUDANTES

A partir do momento em que o investigador pretende codificar o seu material, deve produzir um sistema de categorias, refletindo estas os temas presentes no guião bem como os novos que foram manifestados pelo grupo dos participantes.

“Tratar o material é codificá-lo. A codificação corresponde a uma transformação – efetuada segundo regras precisas – dos dados em bruto do texto, transformação esta que, por recorte, agregação e enumeração, permite atingir uma representação do conteúdo, ou da sua expressão; suscetível de esclarecer o analista acerca das características do texto, que podem servir de índices.” (Bardin, 2011, p.129).

Esta autora apresenta os critérios de categorização, isto é, a seleção de categorias (classificação e agregação). Categoria, em geral, é uma forma de pensamento e reflete a realidade, de forma resumida, em determinados momentos. Na perspetiva da análise do conteúdo, as categorias são vistas como rúbricas ou classes que agrupam determinados elementos, reunindo características comuns. No processo de escolha de categorias adotam-se os critérios semânticos (temas), sintáticos (verbos, adjetivos e pronomes), léxicos (sentido e significado das palavras - antónimo ou sinónimo) e expressivos (variações na linguagem oral e escrita). Este processo permite a junção de um número significativo de informações organizadas em duas etapas: inventário - onde se isolam os elementos comuns; e classificação - onde se dividem os elementos e se impõe uma organização.

A categorização tem como principal objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados recolhidos em bruto e, no caso específico desta investigação, os dados recolhidos junto dos grupos de estudantes.

A criação de categorias é a característica central da análise de dados qualitativos, sendo que uma categoria diz respeito a um grupo de conteúdos que partilha uma característica comum. Nenhum dado deve situar-se entre duas categorias ou enquadrar-se em mais do que uma categoria. Ainda assim, face à natureza qualitativa dos objetos de estudo, nem sempre é tão linear esta objetividade. Uma categoria responde à pergunta “o quê?” e pode ser identificada como uma linha orientadora no percurso pelos vários códigos. Uma categoria pode ser vista como um conteúdo manifesto do texto e inclui frequentemente subcategorias a níveis variáveis de abstração.

Bardin (2020), refere que um conjunto de boas categorias deve apresentar as seguintes características:

- i) a exclusão mútua, em que cada elemento não pode existir em mais do que uma divisão;
- ii) a homogeneidade, uma vez que um único princípio de classificação deve orientar a sua organização e os diferentes níveis de análise devem ser separados em outras tantas análises sucessivas;
- iii) a pertinência: uma categoria é considerada pertinente quando se encontra adaptada ao material de análise recolhido. Deve haver uma ideia de adequação, ou seja, as categorias devem refletir as intenções da investigação e as questões do investigador devem corresponder às características da mensagem;
- iv) a objetividade e a fidelidade: estes princípios sublinham que cada categoria deve ser codificada da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises;
- v) a produtividade: um conjunto de categorias é produtivo, quando fornece resultados férteis - em índices de inferências, hipóteses novas e dados exatos.

Posto isto, e tendo por base as respostas dos estudantes, procuraram-se padrões conceituais nas mensagens dos textos e foram tratados os dados de maneira a serem significativos e válidos, ambicionando atingir os objetivos previamente estabelecidos.

Foi identificado um conjunto de quatro categorias e dentro de cada uma emergiram um conjunto de subcategorias.

Tabela 5: Categorias e subcategorias resultantes de análise de conteúdos do inquérito

Categorias	Subcategorias
A) Representação do ensino clínico para estudantes	A1 – Desenvolvimento de competência A2 – Responsabilidade A3 – Complemento
B) Maiores dificuldades de aprendizagem em EC	B1 – Apoio emocional B2 – Medo B3 – Logística e alojamento B4 - Inexistência de alguns matérias de trabalho e instrumentos nos hospitais
C) Capacidade de desenvolvimento pessoal	C1 – Educação C2 – Conhecimentos adquiridos na escola C3 – Práticas desenvolvidas em ensino clínico C4 – Habilidade e adaptação de competência
D) Avaliação	D1 – Motivação D2 – Relação interpessoal

Na primeira categoria A – **Representação do ensino clínico para estudantes** – constata-se que a perceção dos estudantes sobre o que representa o ensino clínico, evidenciou-se as suas indignações sobre a aprendizagem no ensino clínico.

Diretiva 2005/36/CE, do Parlamento Europeu, caracteriza como “ensino clínico” a vertente da formação em enfermagem através da qual o estudante de enfermagem, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma coletividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas.

A aprendizagem em contexto clínico constitui um processo que visa permitir a aquisição, de uma forma mais firme e consistente, dos saberes e das práticas, permitindo o incrementar de novas competências e que se traduz, em última análise, no aumento da qualidade dos cuidados prestados ao doente – subcategoria A1 “desenvolvimento de competência”:

“(…) ao referir que o ensino clínico é um meio privilegiado na formação do aluno de enfermagem, permite ao estagiário desenvolver a sua identidade profissional, apreender o seu próprio modo de aprendizagem ou a lançar as bases necessárias à construção dos seus conhecimentos profissionais (…)” (est. 9).

“(…) o ensino clínico representa para mim um lugar de desenvolvimento da competência daquilo que foi aprendido na teoria (…)” (est. 1).

“(…) o ensino clínico permite que o estudante realize na prática aquilo que aprendeu nas aulas teóricas (…)” (est. 7).

“(…) o ensino clínico representa uma grande importância, visto que faz nos aprender de uma forma muito mais eficaz (…)” (est. 6).

O estudante durante o ensino clínico, tem uma grande responsabilidade que lhe obriga adotar uma atitude, comportamento e ação que promovam o bem-estar dos doentes ou indivíduos, quer no seu contacto com as instituições de prestadoras de cuidados quer no domicílio – subcategoria A2 “responsabilidade”:

“(…) a realização do ensino clínico representa o termo de responsabilidade junto da família, indivíduo e da comunidade (…)” (est. 2).

Ainda podemos referir que o ensino clínico é a oportunidade para que o estudante descubra a realidade das situações de vida, daí ser considerado como um lugar de complemento ao ensino em contexto de sala de aula que, independentemente de utilizar as estratégias pedagógicas mais eficazes, não consegue substituir-se ao contacto direto com a realidade que as instituições de saúde permitem, pois, as competências que ali desenvolve nunca poderão ser aprendidas na teoria - subcategoria A3 – “complemento”:

“(...) o ensino clínico representa um papel muito importante na complementaridade da minha aprendizagem como estudante no campo do estágio (...)” (est. 3).

“(...) a realização do ensino clínico é muito importante porque ajuda o estudante a praticar os conhecimentos adquiridos na teoria (...)” (est. 8).

“(...) o ensino clínico representa uma grande importância visto que, faz-nos aprender de uma forma muito eficaz (...)” (est. 6).

“(...) O ensino clínico representa um lugar de treino e como dar uma assistência de qualidade (...)” (est.16).

“(...) A realização do ensino clínico representa uma aprendizagem daquilo que aprendemos na teoria (...)” (est. 1).

Na segunda Categoria B - **Maiores dificuldades de aprendizagem em EC** – Segundo Chan e Lai (2016) concluíram, no seu estudo, que a falta de confiança demonstrada pelos estudantes de enfermagem estava na origem das suas dificuldades comunicacionais. Esta falta de confiança é exacerbada pela falta de familiarização com os novos contextos clínicos, pelo confronto com novos profissionais/equipas e pelo foco da sua atenção na execução de tarefas, de modo a evitar erros, relegando a comunicação para segundo plano. Neste estudo é evidenciado a falta de apoio emocional dos supervisores, sentem a falta de acompanhamento do professor, sentimento este vivido sempre por parte dos estudantes durante o ensino clínico e, assumiram ainda, que sentiram dificuldades na articulação entre a escola e as instituições hospitalares – subcategoria B1 “apoio emocional”:

“(...) a maioríssima dificuldade de aprendizagem em ensino clínico tem haver com a situação económica e a adaptação (...)” (est. 9).

“(...) a maior dificuldade em ensino clínico as vezes é a falta de vontade de alguns técnicos de saúde que se encontram nos hospitais (...)” (est. 6).

“(...) a maior dificuldade é de não ter um bom acompanhamento dos professores no campo de estágio, o que nos leva na desmoralização e não conseguirmos ter uma boa aprendizagem (...)” (est. 17).

Ainda os participantes mencionaram a causa relacionada com as características pessoais que é o medo. Segundo Fernandes (2007) citado por Serra (2010), concluiu no seu estudo que a ansiedade associada aos medos diminui a confiança em si e altera o ritmo biológico do estudante porque toda esta tensão lhe aumenta o nível de stresse o que provoca preocupação, diminuição das horas de sono, repouso e insónia - subcategoria B2 “medo”:

“(...) durante o ensino clínico às vezes sinto medo de assumir a realização de alguns procedimentos de enfermagem sozinho, para não cometer o erro (...)” (est. 11).

“(...) a minha maior dificuldade é de ter medo de magoar o doente ou de não conseguir fazer o pretendido ou receio de falhar no momento em que estou a praticar o cuidado de enfermagem (...)” (est. 23)

Os estudantes fazem referência a questões logísticas e de alojamento tendo em conta que no período de ensino clínico, deslocam-se para o exterior do país a fim de cumprir a fase prática, porém, com problemas financeiros e dificuldade no pagamento das propinas, aí começam a pensar como conseguir o dinheiro para sobrevivência durante o ensino clínico, o que lhes dispersa atenção durante o ensino clínico - subcategoria B3 “logística e alojamento”:

“(...) a maior dificuldade de aprendizagem é o termo logístico porque contribui fundamentalmente na aprendizagem (...)” (est. 1).

“(...) a primeira maior dificuldade que se pode detetar no ensino clínico na Escola Nacional de Saúde é a falta da residência para o alojamento dos estudantes que se deslocam para o exterior da cidade e ausência dos seus supervisores por falta de logística por parte da escola (...)” (est. 10).

No que concerne às preocupações dos estudantes no desenvolvimento das atividades a desenvolver em ensino clínico, surgiram várias ideias relativamente à escassez de recursos materiais em diferentes hospitais de referências (hospitais

sem medicamentos essenciais, tudo que é para tratamento será comprado por familiares dos doentes), a falta de acompanhamento de professores durante o ensino clínico, baixa afluência dos doentes nos diferentes serviços de saúde por causa das cobranças ilícitas que levam com que a medicina tradicional continua a ocupar um lugar de destaque nas opções de cuidados de saúde no seio da população guineense – subcategoria B4 “Inexistência de alguns matérias de trabalho e instrumentos nos hospitais”

“(...) no desenvolvimento das atividades em ensino clínico o que me preocupa é de não ter falhas graves no decorrer de aprendizagem (...)” (est. 3).

“(...) o que me preocupa é a morte frequente por falta de oxigénio (O₂) nos hospitais de referência (...)” (est. 1).

“(...) a minha maior preocupação é sobre as práticas a desenvolver durante o ensino clínico (...)” (est. 20).

Na terceira categoria C - **A capacidade de desenvolvimento pessoal** – encontramos referências a aspetos relacionados com o aprender com os próprios erros, crescendo com eles e se tornando ágil durante desafios, as escolhas que se fazem modelam tanto o presente quanto o futuro do estudante, entender os próprios comportamentos, emoções e atitudes ajuda a entender seus padrões internos e também a planear mudanças.

Com efeito, a aprendizagem das práticas clínicas permitirá elevar o nível dos cuidados já que através de um processo de análise das atividades executadas e/ou observadas o estudante pode compreender o que faz e como o faz, aumentando a sua confiança no desempenho, melhorando as suas aptidões e obtendo conhecimentos adicionais já que efetua uma aprendizagem mais subjetiva e menos formalizada bem como a aquisição e desenvolvimento de competências clínicas, de elementos de construção identitária e de fatores promotores de adequada integração ao mundo do trabalho (Abreu, 2001, 2003; Carvalho, 2004) – subcategoria C1 “Educação”:

“(...) o mais importante é de pôr na prática o que aprendi na teoria e saber aprender com os outros, porque ninguém sabe tudo (...)” (est. 9).

“(...) as capacidades de desenvolvimento que considero importante desenvolver para facilitar o meu desempenho no EC, é a responsabilidade, comportamento, confiança, compromisso, atitude, pois são importantes no processo de ensino e aprendizagem prática (...)” (est. 10).

“(...) as capacidades de desenvolvimento pessoal que considero importante para facilitar o desempenho do EC é o estudo dia-a-dia (...)” (est.14).

“(...) A educação de base é um dos primeiros das capacidades de desenvolvimento que considero importante (...)” (est.14).

Em relação aos conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente em contexto de escola, os participantes referiram que não são suficientes em virtude de os períodos letivos serem muito curtos, somente dois meses não são suficientes para aprender tudo o que é necessário, e dois participantes consideraram adequados os conhecimentos teóricos que lhe foram fornecidos em sala de aulas, contudo, apresentam dificuldades em transpor para a prática clínica os conhecimentos teóricos. Este obstáculo poderá estar relacionado com os traços intrínsecos de cada estudante, porque os estudantes vêm já do ensino secundário com dificuldades muito marcadas, pelo que ao acederem ao ensino de enfermagem acabam por desenvolver ainda mais dificuldades – subcategoria C2 – “conhecimentos adquiridos no contexto da escola”:

“(...) o conhecimento adquirido no contexto da escola não é suficiente para o desenvolvimento de ensino clínico, porque o período é curto, somente dois (2) meses para a teoria, mas que disseram semestre, isso não dá para aprender tudo o que é necessário para desenvolver no ensino clínico (...)” (est. 27).

“(...) não são suficientes, porque os conteúdos às vezes não são consumados (...)” (est. 24).

“(...) não é suficiente, mas ajuda muito porque na escola não se aprende tudo pois a outra parte pode ser aprendida no ensino clínico (...)” (est. 9).

Relacionado à questão anteriormente colocada aos estudantes sobre conhecimentos teóricos adquiridos em contexto de escola leva os participantes a justificarem que as práticas desenvolvidas em ensino clínico não estão de acordo

com as aprendizagens teóricas da escola – subcategoria C3 – “práticas desenvolvidas em contexto do ensino clínico”:

“(...) nem sempre estão de acordo com as aprendizagens teóricas, as vezes os tutores não orientam com os nossos objetivos de ensino clínico (...)” (est. 31).

“(...) não estão de acordo com as aprendizagens teóricas, as vezes aprendemos algumas coisas em ensino clínico que nem se quer vimos na teoria (...)” (est. 19).

Não obstante o que foi expresso anteriormente, um dos participantes refere a ligação entre o contexto académico e a clínica, justificando que é a teoria que fundamenta a prática.

“(...) pois essas teorias é o resultado de aquilo que vimos na escola e um pouco do que aprendemos com os técnicos (...)” (est. 9).

A aprendizagem de adaptação à condição que a pessoa vai desenvolvendo no seu percurso de trabalho durante o ensino clínico corrobora a subvalorização, quer por parte da pessoa quer por parte dos profissionais. Estas realidades justificam-se de medida em que os estudantes estão mostrando as suas habilidades e competências em liderança e organização, ganhando autonomia que lhes facilitam na aprendizagem durante o percurso do ensino clínico – subcategoria C4 - “habilidade e adaptação de competência”:

“(...) a aprendizagem se torna mais flexível, crescendo com eles e se tornando ágil durante desafios, entendendo os próprios comportamentos, emoções e atitudes ajuda a entender seus padrões internos e também a planear mudanças (...)” (est. 18).

“(...) a prática clínica pode contribuir para a aprendizagem quando pratico todos os dias, assim vou familiarizar com as técnicas (...)” (est.1).

“(...) pode contribuir para a minha aprendizagem em realizar as habilidades nos cuidados de enfermagem (...)” (est.31).

“(...) a prática clínica pode contribuir na minha aprendizagem na prestação de assistência de qualidade (...)” (est.14).

Quando questionamos os participantes sobre o que acharam importante aprender na escola para facilitar a sua aprendizagem em contexto clínico, reportam que são os procedimentos de enfermagem nas aulas praticas antes do contexto clínico:

“(...) o que acho importante aprender na escola para facilitar as aprendizagens em contexto clínico, são cuidados de enfermagem (...)” (est. 2).

“(...) acho importante aprender as aulas práticas a fim de ter um pouco de habilidade nas práticas clínicas (...)” (est.14).

“(...) é importante aprender os conteúdos no total que vão servir da prática no hospital, assim nada seria estranho para nós (...)” (est.7).

Na quarta categoria D – **Avaliação** - Consiste numa apreciação sistemática do desempenho de cada pessoa em função das atividades que desempenha, dos resultados e objetivos a serem alcançados e do seu potencial de desenvolvimento (Chiavenato 2000).

A motivação é uma condição que pode auxiliar uma pessoa atingir os seus objetivos, mas nem sempre é fácil de o fazer, porque para que uma motivação seja fácil, tem de procurar saber primeiro dos objetivos e quais as expectativas que as pessoas necessitam assim, torna-se fácil de o motivar. Isso mostra que as pessoas que têm clareza sobre os seus propósitos e as suas razões, são naturalmente mais fáceis de serem motivadas. A ação dos outros pode ser um fator de desenvolvimento tais como: trabalho em equipa e os trabalhos dos profissionais da prática, a presença do docente, sobretudo na fase inicial, dão segurança e ajudam a estabelecer a relação entre os estudantes, enfermeiros tutores, acompanhantes e com os próprios doentes - Subcategoria D1 “motivação”:

“(...) os enfermeiros tutores são motivadores da nossa aprendizagem, porque nos aconselham e nos dão coragem a não desistir mesmo que haja dificuldades, pois, podem ser ultrapassados (...)” (est. 6).

“(...) considero que o enfermeiro tutor é motivador, porque faz com que melhoro as minhas dificuldades (...)” (est. 2).

“(...) sim, o tutor é motivador, porque nos acompanha todos os dias, mas os professores só o fazem uma vez por estágio (...)” (est. 5).

“(...) o tutor sim, pois nos acompanha todos os dias procurando saber dos nossos pontos negativos e positivos, mas o professor não (...)” (est. 7).

O estudante é assim acompanhado por alguém, que para além de o conhecer, conhece também (deverá conhecer) o novo contexto, facilitando assim a sua aprendizagem - Subcategoria D2 “relação interpessoal”:

Nas relações com os enfermeiros tutores, os estudantes mostraram as suas satisfações com os enfermeiros durante o ensino clínico.

“(...) avalio a minha relação com o enfermeiro que me acompanha em ensino clínico muito positivo e aceito as regras exigidas no campo (...)” (est. 2).

“(...) às vezes boa e nas outras má, porque esses acham que gente dá muito trabalhos a eles ou por não ter aptidão em ensinar pessoas, há que inventar as alegações (...)” (est. 9).

Nas relações com os professores supervisores, os participantes mostraram as suas indignações sobre o acompanhamento dos professores no ensino clínico e assim como relacionamento com estudantes.

“(...) desde o meu primeiro estágio, as minhas relações com os professores que me acompanham no ensino clínico, são sempre boas (...)” (est. 6).

“(...) considero mal, porque muitas das vezes eles nem se preocupam com as necessidades dos estudantes, mas sim para atingir seus objetivos (...)” (est. 9).

“(...) muito má, porque não acompanham os estudantes no campo de estágio ou só se preocupam em colocar estudantes no campo e nada mais (...)” (est. 10).

“(...) negativo, pois não comunicam só nos leva para entregar nos hospitais e voltam somente no dia da retirada, o resto depende só de nós (...)” (est. 7).

“(...) não é comum a todos, mas sim há professores que não fazem supervisão frequentes aos estagiários, não sabemos se é por falta da logística por parte da escola (...)” (est. 15).

Não basta para os estudantes os aspetos positivos ou muito positivos, para eles, é conseguir saber realizar vários procedimentos de cuidados de enfermagem (puncionar, administrar medicamentos, dar banho aos doentes) e a confiança dada pelos tutores, paciência, oportunidade, relação com o paciente, relação com técnico de saúde e acompanhantes, vontade que os tutores têm para lhes ensinar. Mas para que isso aconteça é o próprio estudante que deve construir o seu próprio percurso à luz do que foi o seu património social e cultural, podem ser decisivas para que os momentos de aprendizagem sejam sentidos positiva ou negativamente. Ainda os participantes mostraram que durante o ensino clínico, não há nenhuma complementaridade entre o professor e o enfermeiro tutor, porque o professor só comparece no campo de estágio no dia da entrega dos estudantes e na retirada.

CONCLUSÃO

As dificuldades percebidas pelos estudantes que constituem a amostra apresentam várias origens. No que respeita às dificuldades na aprendizagem, verificou-se que é importante reforçar a implementação de aulas práticas no plano curricular, diversificando-se os métodos de ensino e permitindo que os estudantes tenham uma melhor consolidação dos conhecimentos teóricos.

A nível das dificuldades relacionadas com a supervisão, conclui-se que a presença dos supervisores é rara pelo que a escola deve realizar uma seleção criteriosa dos supervisores, aumentar os dias de permanência dos tutores nas áreas sanitárias de modo que consigam melhorar a ponte entre o estudante, tutor e o docente/supervisor que o acompanha no ensino clínico.

Ainda foram identificados a falta de apoio emocional, o medo, a má logística e alojamento, inexistência de materiais e instrumentos de trabalho nos hospitais. Concernente a falta de apoio emocional, conclui-se que se deu por falta de participação ativa dos professores supervisores no campo de estágio, sentimento este vivido sempre por parte dos estudantes durante o ensino clínico.

A questões logísticas e de alojamento durante o período de ensino clínico os estudantes deparam com várias dificuldades, tanto por parte da escola assim como das instituições hospitalares.

A concretização desta investigação é fundamental, na medida em que é o primeiro estudo a ser realizado neste âmbito no país. Acreditamos que os seus resultados podem ajudar os professores, que fazem a supervisão pedagógica dos estudantes, a identificar as dificuldades e necessidades que os mesmos possam ter durante a aprendizagem em contexto da prática clínica, melhorando assim os processos de ensino-aprendizagem da Escola Nacional de Saúde da Guiné-Bissau, concretamente na formação de enfermeiros.

Durante o processo de elaboração deste estudo, encontrámos várias dificuldades, entre quais, a busca de artigos para construção do enquadramento teórico relativo às dificuldades dos estudantes de enfermagem na Guiné-Bissau porque não há nenhum artigo publicado sobre esta temática no país. Pelo que o seu suporte foi feito com publicações realizadas noutros países, com estudantes de cursos superiores (licenciatura).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (1997). Dinâmica de Formatividade dos Enfermeiros: Subsídio para um Estudo Ecológico da Formação em Contexto de Trabalho Hospitalar. In R. Canário (org.). Formação e Situações de Trabalho, (147-168). Porto: Portugal Editora.
- Abreu, W. (2007). Formação e aprendizagem em contexto clínico: fundamentos, teorias e considerações didáticas. Coimbra: Portugal.
- Abreu, W. (2001). Identidade, formação e trabalho. Das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros. Coimbra: Portugal.
- Abreu, W. (2003). Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a Excelência em saúde? Cadernos Sinais Vitais, 1. Coimbra: Portugal.
- Amorim et al. (2019), Dificuldades vivenciadas pelos estudantes de enfermagem durante a sua formação no sul de Brasil: Universidade Federal do Rio Grande.
- Baptista, R., Martins, J., Pereira, R., & Mazzo, A. (2014). Satisfação dos estudantes com as experiências clínicas simuladas: validação de escala de avaliação. Rev. Latino-Am. Enfermagem, 22(5), 709–715. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3295.2471>
- Belo, A. (2003). Supervisão em ensino clínico de enfermagem: perspectiva do aluno. Aveiro, Portugal: Departamento de Didáctica e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro
- Bardin, L. (2011. pp 47 e 111). Análise de conteúdo. São Paulo: Edições 70.
- Braga, M. (2007, p. 82). O primeiro ensino clínico em contexto hospitalar – enquadramentos e níveis de ansiedade dos alunos de enfermagem. Braga, Portugal.
- Carvalho, R. (2003). Parcerias na formação - Papel dos Orientadores Clínicos: perspectivas dos actores. Loures: Portugal Lusociência. ISBN 972-8383-40-1
- Carvalho, A. (2004). Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso da licenciatura em enfermagem. Lisboa: Instituto Piaget.
- Chan, Z., & Lai, C. (2016). The nurse-patient communication: Voices from nursing students. International Journal of Adolescent Medicine and Health, (jul. 2). doi 10.1515/ijamh-2016-0023
- Coll, C. (2006). Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar. Revista Brasileira de Educação Médica, 30 (3), 125-135.
- Conselho de Enfermagem 2012/2015 - Ordem dos Enfermeiros

www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19_CE

D' Espiney, L. – Aprender a aprender pela experiência: a formação inicial de enfermeiros. Lisboa: [s.n.], 1999. (Tese de Mestrado)

Fernandes, (2006), O primeiro Ensino Clínico no percurso formativo do estudante de enfermagem, Universidade de Aveiro, Portugal

Fortin, M. F. (2009) – Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação. Loures: Lusodidacta,

Kim, H. S. (2010). The nature of theoretical thinking in nursing (3rd ed.) New York, NY: Springer (inglês/Estado Unidos)

Macedo, A. (2004). Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar. Actas dos Ateliers do Vº Congresso Português de Sociologia. Doc. www.aps.pt/cms/docs_prv/docs/DPR4628bb4a557a5_1.pt, acedido em 16 de março de 2009

Melo, R., Salgueiro, N., & Araújo, J. (2015, pp. 49-55). Cuidar de pessoas com alterações cognitivas: Dificuldades em ensino clínico. In Livro de Atas do II Congresso Internacional de Saúde. Gaia, Portugal IICISGP.

Melo, R., Soares, I., Manso, M., Gaspar, V., & Melo, A. (2017). Redução da agitação nas pessoas idosas com demência durante os cuidados de higiene: Contributo da humanidade. *Millenium*, 2(espec. 2), 57-63.

MINSAP (Ministério da Saúde Pública da República da Guiné-Bissau). (2017). Plano Nacional de Desenvolvimento Sanitário 2018-2022—PNDS III.

Mitre, S. M., Siqueira-Batista, R., Girardi-de-Mendonça, J. M., Morais-Pinto, N. M., Meirelles, C. A. B. e Pinto-Porto, C. (2008). Metodologias ativas de ensino aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(suppl. 2), 2133-2144.

Moraes, M. A. A. e Manzini, E. J. (2006). Concepções sobre a aprendizagem baseada em problemas: um estudo de caso na Famema. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30 (3), 125-135.

Öztürk, H., Çilingir, T., & Şenel, P. (2013) Communication problems experienced by nursing students in clinics. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 93, 2227 – 2232. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.10.194

Parlamento europeu, Conselho da União Europeia. (2015). Directiva 2005/36/CE de 7 de setembro do Parlamento Europeu e do Conselho relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais. *Jornal Oficial da União Europeia*. Recuperado de <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:32005L0036&from=PT>

Polit, D; Beck, C; Hungler, B. (2004) – Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, ISBN 85-7307-984-3

Pires, R. (2004). Acompanhamento da atividade clínica dos enfermeiros: contributos para a definição de uma política organizacional. Aveiro, Portugal, Universidade de Aveiro.

República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública (1993). Política Nacional da Saúde. Bissau.

República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública (1997). Plano de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde 1997-2002. Bissau, maio.

República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Direção Geral do Plano e Cooperação. (2003). Plano de Desenvolvimento Sanitário (PNDS). Visão do plano 1998-2002 – revista e projetada para 2003-2007. Bissau, janeiro.

República da Guiné-Bissau. Ministério da Saúde Pública. Direção Geral de Planeamento e Coordenação de Ajudas, Direcção de Planeamento e Estatística (2005). Plano Nacional de Desenvolvimento dos Recursos Humanos da Saúde. Bissau, outubro.

República da Guiné-Bissau, Ministério da Economia, Plano e Integração Regional (2011). Segundo Documento de Estratégia Nacional para a Redução da Pobreza – DENARP II. Available from: http://www.gw.undp.org/DENARPII_FR.pdf.

República da Guiné-Bissau, Ministério Da Educação Nacional (2015). Relatório da Situação do Sistema Educativo para a Reconstrução da Escola da Guiné--Bissau Sobre Novas Bases. Relatório de agosto de 2015.

Sá-Chaves, I. (2000) – Formação, conhecimento e supervisão: contributos nas áreas da formação de professores e de outros profissionais. Aveiro. Universidade de Aveiro: Unidade de Investigação Didática e Tecnologia na Formação de Formadores, ISBN 972-789-011- 3

Sun, F., Long, A., Tseng, Y., Huang, H., You, J., & Chiang, C. (2016). Undergraduate student nurses' lived experiences of anxiety during their first clinical practicum: A phenomenological study. *Nurse Education Today*, 37, 21–26. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2015.11.001>, USA.

Vilela (2019. P 265), instrumentos de recolha de dados, recuperado em <https://1library.org/article/recolha-análise-e-interpretação-de-dados.zx>

Watson, J. (2002). Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem. Camarate: Lusociência.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 - GUIÃO DE PERGUNTAS

1. O que representa para si a realização do ensino clínico?
2. Até que ponto considera que a prática clínica pode contribuir para a sua aprendizagem?
3. Entende que as práticas que desenvolve em ensino clínico estão de acordo com as aprendizagens teóricas em contexto de escola?
4. Refira aspetos que considere positivos ou muito positivos para a sua aprendizagem com a realização do ensino clínico.
5. Quais são para si as maiores dificuldades de aprendizagem em ensino clínico?
6. O que é que a/o preocupa no desenvolvimento das atividades a desenvolver em ensino clínico?
7. Quais as capacidades de desenvolvimento pessoal que considera importante desenvolver para facilitar o seu desempenho no ensino clínico?
8. Considera que na realização, do ensino clínico o acompanhamento do professor é suficiente? Se não, porquê?
9. Em relação aos conhecimentos teóricos adquiridos anteriormente em contexto de escola, considera-os suficientes para o desenvolvimento deste ensino clínico?
10. O que acha importante apreender na escola para facilitar as aprendizagens em contexto clínico?
11. Como avalia a sua relação com o enfermeiro que a/o acompanha em ensino clínico?
12. Como avalia a sua relação com o professor que a/o acompanha em ensino clínico?
13. Considera que o enfermeiro Tutor é motivador da sua aprendizagem? Porquê?
14. E o professor?
15. No desenvolvimento do ensino clínico, considera que há complementaridade entre o professor e o enfermeiro tutor, no ensino clínico?

APÊNDICE 2 - CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Caro/a estudante

Eu **Alexandre Impahã Có**, na qualidade de professor da Escola Nacional de Saúde, estou a desenvolver um estudo de investigação intitulado “**Dificuldades percebidas por Estudantes de Enfermagem da Guiné-Bissau em Ensino Clínico**” cujos objetivos são conhecer as dificuldades sentidas pelos estudantes da Escola Nacional de Saúde da Guiné-Bissau em contexto de ensino clínico.

Este estudo insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica a decorrer na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Portugal). Pretende-se desenvolver um estudo descritivo de natureza interpretativa com recurso a entrevistas a estudantes do segundo ano do curso Geral de Enfermagem na Escola Nacional de Saúde da Guiné-Bissau.

Está a ser convidado/a a participar numa entrevista que terá a duração aproximada de 1h. A entrevista, caso autorize, será gravada em áudio e transcrita pelo investigador. A entrevista integra questões referentes à caracterização sociodemográfica dos participantes e a sua opinião é relevante.

Não serão recolhidos dados que permitam a sua identificação, a cada entrevista será atribuído um código para que sejam assegurados o anonimato e a confidencialidade dos seus dados. Todo o material será destruído após a realização de provas públicas.

A sua participação é voluntária o que significa que está livre para a qualquer momento interromper a entrevista e abandonar o estudo.

Caso tenha alguma dúvida pode, no decorrer da investigação, colocar qualquer questão sobre o estudo e os métodos a utilizar.

Declaro que, depois de devidamente informado/a e que após ter compreendido a informação que me foi transmitida, concordo em participar no estudo.

Data: ____/____/2023

Assinatura do Participante:

Assinatura do entrevistador:

APÊNDICE 3 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO PARA O ESTÁGIO PRÁTICO

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
MINISTÉRIO DA SAÚDE PÚBLICA
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
Instrumento de Avaliação para o Estágio prático
Cursos: Enfermagem Geral e Parteira Geral
ENSINO CLÍNICO – I

Aluno: _____ Turno: _____

Tutor: _____

Professor Supervisor: _____

Local de Estágio: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS ASPETOS FISICOS

COTAÇÃO _____ / 04 VALORES

Nº	Itens	Cotação		
			Valor a atribuir	Observação
1	Pontualidade	(0,5) valor		
2	Assiduidade	(0,5) valor		
3	Higiene corporal (corpo e vestuário)	(0,5) valor		
4	Postura (confiante, impõe respeito)	(0,5) valor		
5	Iniciativa (Improvisa certas situações)	(0,5) valor		
6	Maturo (domínio sobre si)	(0,5) valor		
7	Ideias concretas e concisas	(0,25) Valor		
8	Relacionamento humano (respeitador/a)	(0,25) Valor		
9	Pacífico paciente (gosta de implicar com as pessoas)	(0,25) Valor		
10	Espírito de líder e equipa	(0,25) Valor		

Estrutura Sanitária

Tutor: _____

Data e Assinatura

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
ENFERMAGEM E PARTEIRA GERAL 1º ANO 1º SEMESTRE
ENSINO CLÍNICO – I: COMUNIDADE/AMBIENTE
ASPETO TÉCNICO

Nome do Centro de Saúde: _____ N° de habitantes na área sanitária _____

Contacto com líderes: Sim (), Não ()

Comunitário Tradicional Sim (), Não ();

Público (Estado): Sim (), Não ()

Caraterística da Comunidade

Urbano ()

Rural ()

Pequena ()

Médio ()

Grande ()

Condições ambientais que afetam a saúde da comunidade

Ambiente, Bom () Razoável () Mau ()

Fauna, Boa () Razoável () Má ()

Flora, Boa () Razoável () Mau ()

Atmosfera, Bom () Razoável () Mau ()

Captação de água potável, Boa () Razoável () Má () etc.

ONG's (Organizações Não Governamentais)

Existe, Sim () Não (). Se sim, tipo:

Governamental (Estado) ()

Não Governamental ()

Especificar tipo de serviço _____

Associação, Sim () Não (). Se sim:

Tipos de atividades _____

- Análise clínica de dados levantados
- Listagens dos problemas encontrados
- propor atividades para solução de problemas
- Elaborar um relatório do(s) aspeto(s) relevante(s) para a saúde da população e do ambiente.

Localidade: _____/_____/_____

O (A) estagiário (a)

Estrutura sanitária

Tutor:

Data e Assinatura

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
 Instrumentos de Avaliação para o Estágio Prático
 Curso de Enfermagem Geral 1ª 2ºS
ENSINO CLÍNICO – II
Cuidados Primários de Saúde e Saúde Reprodutiva

Aluno: _____ Turno: _____

Tutor: _____

Professor Supervisor/a: _____

Local de Estágio: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS ASPETOS TÉCNICOS

COTAÇÃO _____ / **08 VALORES**

Nº	ATIVIDADES/ Itens	Cotação	Valor Atribuído	OBS
1	Acolhimento humanizado	(1) valor		
2	IEC Coletivo (Informação, educação e comunicação)	(0,5) valor		
3	Anamnese	(0,5) valor		
4	Preenchimento de cartão	(0,75) valor		
5	Identificação	(0,5) valor		
6	Exames físicos	(0,5) valor		
7	Exames Obstétricos	(0,75) Valor		
8	Exames Laboratoriais	(0,25) Valor		
9	Tratamento curativo e preventivo	(1) Valor		
10	IEC Individual (Informação, educação e comunicação)	(0,5) Valor		
11	Preenchimento de livro de Registo CPN (Consulta Pré-Natal)	(0,5) Valor		
12	Recomendação e marcação da próxima consulta	(0,5) Valor		
13	Informação sobre os sinais e sintomas de perigo	(0,5) Valor		
14	Elaboração do Relatório final de estágio			

Localidade: _____ / _____ / _____

O (A) estagiário (a) _____

OBS:

Nota Final do Ensino Clínico:

Do Tutor: 12 Valores: Aspeto Físico ___4 V + Aspeto Técnico ___8 V = ___12 V

Supervisor: ___08 Valores Geral ___20 valores

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
 Instrumentos de Avaliação para o Estágio Prático
 Curso de Enfermagem Geral
ENSINO CLÍNICO – III

Aluno: _____ Turno: _____

Tutor: _____

Professor Supervisor: _____

Local de Estágio: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS ASPETOS FÍSICOS

Nº	Itens	Cotação _____/4 Valores		
			Valor a atribuir	Observação
1	Pontualidade	(0,5) valor		
2	Assiduidade	(0,5) valor		
3	Higiene corporal (corpo e vestuário)	(0,5) valor		
4	Postura (confiante, impõe respeito)	(0,5) valor		
5	Iniciativa (Improvisa certas situações)	(0,5) valor		
6	Maturo (domínio sobre si)	(0,5) valor		
7	Ideias concretas e concisas	(0,25) Valor		
8	Relacionamento humano (respeitador/a)	(0,25) Valor		
9	Pacífico paciente (gosta de implicar com as pessoas)	(0,25) Valor		
10	Espírito de líder e equipa	(0,25) Valor		

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
 Instrumentos de Avaliação para o Estágio Prático
 Curso de Enfermagem Geral
 Ensino Clínico III (Doenças Infecto_ Contagiosas e Transmissíveis)
 Ficha de Avaliação dos Aspetos Técnicos Cotação: ____/ 08 Valores

Nº	Itens	Cotação	Valor a atribuir	Observação
1	Identificar as funções do enfermeiro hospitalar como membro de equipa de saúde assim como as suas relações com diferentes serviços.	(0,5) Valor		
2	Consultar os dossiês dos pacientes, observar e acompanhar as atividades dos diferentes técnicos existentes no serviço.	(0,5) Valor		
3	Qualidades e capacidade em entrevistar os responsáveis para identificação de recursos (materiais e humanos).	(0,25) valor		
4	Capacidade de utilização das técnicas de comunicação verbal e não verbal na relação com o paciente e equipa.	(0,25) valor		
5	Capacidade na implementação do plano de cuidados elaborados prestando os cuidados gerais e específicos de enfermagem.	(0,5) Valor		
6	Nível de qualidade do plano de cuidados elaborados e competências na sua execução.	(0,5) Valor		
7	Destreza e competência na aplicação de técnicas básicas de enfermagem ao paciente, utilizando o plano de cuidados e as necessidades afetadas.	(0,5) Valor		
8	Avaliar sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e TA) e exames físicos (peso, altura, sinais de edemas de anemias e hidratação) interpretar os resultados e registar no gráfico.	(0,25) valor		
9	Capacidade em prestar ou orientar os cuidados de higiene individual dos pacientes da unidade, das matérias e dos equipamentos.	(0,25) valor		
10	Competência na preparação física e psicológica segundo as normas do serviço.	(0,5) Valor		

11	Reconhecer os sintomas das patologias médicas (Paludismo, tifoide, TB) etc.	(0,5) Valor		
12	Aplicar corretamente os tratamentos prescritos, ser competente e detetar possíveis erros nas prescrições.	(0,5) Valor		
13	Responsabilidade, interesse e destreza na administrar e registo da terapêutica.	(1) Valor		
14	Realizar ou orientar exercícios físicos prevenção de úlceras por pressão, alimentação de pacientes, entubação Nasogástrica, algaliação, oxigenação e recolha de espécimes para análise.	(1) Valor		
15	Elaborar um plano de IEC e realizar as ações de IEC ao paciente e familiares. Transmitir mensagem de acordo com os suportes de IEC elaborados.	(1) Valor		
16	Elaboração de um relatório ao fim do período de estágio no qual se recolhem os aspetos mais significativos da unidade: recursos humanos e materiais, atividades, turnos, problemas e dificuldades.			

O (A) estagiário (a) _____

ENSINO CLÍNICO – IV

Aluno: _____ Turno: _____

Tutor: _____

Professor Supervisor: _____

Local de Estágio: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS ASPETOS FÍSICOS COTAÇÃO _____ / 04 VALORES

Nº	Itens	Cotação		
			Valor a atribuir	Observação
1	Pontualidade	(0,5) valor		
2	Assiduidade	(0,5) valor		
3	Higiene corporal (corpo e vestuário)	(0,5) valor		
4	Postura (confiante, impõe respeito)	(0,5) valor		
5	Iniciativa (Improvisa certas situações)	(0,5) valor		
6	Maturo (domínio sobre si)	(0,5) valor		
7	Ideias concretas e concisas	(0,25) Valor		
8	Relacionamento humano (respeitador/a)	(0,25) Valor		
9	Pacífico paciente (gosta de implicar com as pessoas)	(0,25) Valor		
10	Espírito de líder e equipa	(0,25) Valor		

ENSINO CLÍNICO – IV

Aluno: _____ Turno: _____

Tutor: _____

Professor Supervisor: _____

Local de Estágio: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS ASPETOS TÉCNICOS**COTAÇÃO _____ / 08 VALORES**

Nº	Itens	Cotação	Valor a atribuir	Observação
1	Capacidade na Identificação das funções do enfermeiro do serviço de cirurgia como membro de equipa de saúde assim como as suas relações com diferentes serviços prestação dos cuidados cirúrgicos aos pacientes aos pacientes internados e em regime ambulatorio.	(0,5) Valor		
2	Conhecimentos técnicos para consultas de dossiês dos pacientes, observar e acompanhar as atividades das diferentes técnicas existentes no serviço Qualidades e capacidades em observar os responsáveis dos serviços para identificação de recursos.	(0,5) Valor		
3	Qualidades e capacidades em entrevistar os responsáveis do serviço para identificação de recursos.	(0,25) valor		
4	Capacidade de utilização das técnicas de comunicação verbal e não verbal na relação com o paciente e equipa.	(0,25) valor		
5	Capacidade na implementação do plano de cuidados elaborados prestando os cuidados gerais e específicos de enfermagem.	(0,5) Valor		
6	Nível de qualidade do plano de cuidados elaborados e competências na sua execução.	(0,5) Valor		
7	Destreza e competência na aplicação de técnicas básicas de enfermagem ao paciente, utilizando o plano de cuidados e as necessidades afetadas.	(0,5) Valor		
8	Destreza e competência na aplicação das técnicas básicas de curativo e penso nos doentes com feridas cirúrgicas Interesse na avaliação e registo de sinais vitais (temperatura, pulso, respiração, e TA, peso, sinais de edemas, hidratação) interpretar os resultados e registo no gráfico.	(0,25) valor		
9	Capacidade em prestar ou orientar os cuidados de higiene individual dos pacientes de unidade, das matérias e dos equipamentos.	(0,25) valor		

10	Competência na preparação física e psicológica segundo as normas do serviço.	(0,5) Valor		
11	Assistir um doente de foro cirúrgico nos períodos: Pré-operatório Intraoperatório Pós-operatório e Executar as técnicas básicas necessárias, de saúde: avaliação dos sinais/vitais, cuidados de higiene, tratamento curativo dos diferentes tipos de feridas dos pacientes, medicação, limpeza intestinal, vesical, tricotomia, dieta e seleção do paciente.	(0,5) Valor		
12	Nível de relacionamento humano, durante a receção do paciente e competência na identificação das necessidades básicas afetadas e os problemas do paciente do foro cirúrgico.	(0,5) Valor		
13	Responsabilidade, interesse e destreza em administrar e registo da terapêutica.	(1) Valor		
14	Realizar ou orientar exercícios físicos prevenção de úlceras por pressão, alimentação de pacientes, entubação Nasogástrica, algáliação, oxigenação e recolha de espécimes para análise.	(1) Valor		
15	Elaborar um plano de IEC e realizar as ações de IEC ao paciente e familiares. Transmitir mensagem de acordo com os suportes de IEC elaborados.	(1) Valor		
16	Elaboração de um relatório ao fim do período de estágio no qual se recolhem os aspetos mais significativos da unidade: recursos humanos e materiais, atividades, turnos, problemas e dificuldades.			

REPÚBLICA DA GUINÉ-BISSAU
 MINISTÉRIO DA SAÚDE
 INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
 ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
 Instrumentos de Avaliação para o Estágio Prático
 Curso de Enfermagem Geral 3º A 1º S
ENSINO CLÍNICO – V

Aluno: _____ Turno: _____

Tutor: _____

Professor Supervisor: _____

Local de Estágio: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS ASPETOS FÍSICO

Nº	Itens	Cotação	Valor a atribuir	Observação
1	Pontualidade	(0,5) valor		
2	Assiduidade	(0,5) valor		
3	Higiene corporal (corpo e vestuário)	(0,5) valor		
4	Postura (confiante, impõe respeito)	(0,5) valor		
5	Iniciativa (Improvisa certas situações)	(0,5) valor		
6	Maturo (domínio sobre si)	(0,5) valor		
7	Ideias concretas e concisas	(0,25) valor		
8	Relacionamento humano (respeitador/a)	(0,25) valor		
9	Pacífico paciente (gosta de implicar com as pessoas)	(0,25) valor		
10	Esprito de líder e equipa	(0,25) Valor		

MINISTERIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
Instrumentos de Avaliação para o estágio pratico
Curso de Enfermagem Geral 3ºA 1ºS
ENSINO CLÍNICO – V

Aluno: _____ Turno: _____

Tutor: _____

Professor Supervisor _____

Local de Estágio: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS ASPETOS TECNICO

Nº	Itens	Cotação	Valor a atribuir	Observação
1	Visitas as unidades sanitárias, contato com o pessoal dos diferentes serviços	(0,5) Valor		
2	Contatos (diálogos) com os diferentes técnicos do serviço sobre: - As funções do enfermeiro pediátrico, consultas de dossiês dos pacientes, livros de registo e ocorrência - Observação e acompanhamento as atividades dos diferentes étnicos dos serviços	(0,5) Valor		
3	Receção e triagem das crianças sob a sua responsabilidade para levantamento das necessidades e problemas das crianças, Avaliação do nível da dependência, Autocuidado a partir da observação e entrevista aos familiares ou entidades relacionadas	(0,25) valor		
4	Preparação dos materiais e equipamento necessários para realização de: Exame físico; Observação, Palpação; Precursão; Auscultação; Exame Clínico: peso; temperatura sinais de anemia; de edemas; estado de consciência; sinais de erupção cutânea; supuração de ouvido; sinais de desnutrição e de desidratação; Exames complementares: preparação espécimes (produtos)	(0,25) valor		
5	Preparação psicologicamente segundo as normas do serviço	(0,5) Valor		
6	Execução das técnicas necessárias para realização dos cuidados básicos de saúde: avaliação dos sinais vitais cuidados de higiene.	(0,5) Valor		

7	Sensibilização dos familiares sobre as medidas preventivas em certas doenças infantis (doenças previníveis por vacinas e medidas higiênicas).	(0,5) Valor		
8	Ensino de algumas técnicas simples a serem utilizadas a domicílio: - Avaliação e baixa da temperatura - Prevenção de resfriado - Hidratação com o plano A - Detecção precoce dos sinais de desidratação	(0,25) valor		
9	Ensino aos paciente e família a maneira de encarar a doença	(0,25) valor		
10	Colaboração na prestação dos cuidados a criança e família	(0,5) Valor		
11	Implementação dos diferentes suportes de comunicação existente	(0,5) Valor		
12	Prestação dos cuidados de enfermagem gerais e específicos às crianças na situação de Urgência pediátrica ou de hospitalização.	(0,5) Valor		
13	Participação na identificação das diferentes patologias de urgências pediátricas estudadas a partir dos sinais e sintomas	(1) Valor		
14	Identificações das diferentes patologias estudadas: - Sinais e sintomas - Definição do diagnóstico - Melhor prestação de cuidados de enfermagem - Colaborar nos exames físicos, clínicos e complementares do diagnóstico	(1) Valor		
15	Cumprimento dos princípios científicos na execução das diferentes técnicas: - Assepsia médica - Indicações médicas - Respeitar as regras dos cinco (5) certos - Perfusão, cateterismo vesical, entubação nasogástrica, oxigênio terapia, colheita de espécimes para análise de (sangue, urina, fezes ou outros) reidratação – oral ou endovenosas) aspiração de secreção, outras	(1) Valor		

16	Elaboração de um relatório ao fim do período de estágio no qual se recolhem os aspetos mais significativos da unidade: recursos humanos e materiais, atividades, turnos, problemas e dificuldades.			
----	--	--	--	--

ENSINO CLÍNICO – VI
Saúde Comunitária II

Aluno: _____ Turno: _____

Tutor: _____

Professor Supervisor: _____

Local de Estágio: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS ASPETOS TECNICOS

COTAÇÃO _____ / 08 VALORES

Nº	Itens	Cotação	Valor a atribuir	Observação
1	Pontualidade	(0,5) valor		
2	Assiduidade	(0,5) valor		
3	Higiene corporal (corpo e vestuário)	(0,5) valor		
4	Postura (confiante, impõe respeito)	(0,5) valor		
5	Iniciativa (Improvisa certas situações)	(0,5) valor		
6	Maturo (domínio sobre si)	(0,5) valor		
7	Ideias concretas e concisas	(0,25) Valor		
8	Relacionamento humano (respeitador/a)	(0,25) Valor		
9	Pacífico paciente (gosta de implicar com as pessoas)	(0,25) Valor		
10	Esprito de líder e equipa	(0,25) Valor		

ENSINO CLINICO -VI
Saúde Comunitária II

Aluno: _____ Turno: _____

Tutor: _____

Professor Supervisor: _____

Local de Estágio: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS ASPETOS TECNICOS

COTAÇÃO _____ / 08 VALORES

1. Programação da saúde escolar

1.1. Visitas nas escolas

Estado físico da escola: Bom () ; Pouco degradado () ; Degradado () .

Estado higiene do ambiente: Bom () ; Razoável () ; Má () .

Zonas de recreação: Bom () , Razoável () ; Má () .

Frequência de acidentes: Pouco () ; rara () ; frequente () .

1.2. Estado geral dos alunos (aspecto físico e psicomotor): Bom () ; Razoável () ; Mau ()

2. Organização Comunitária

2.1. Associação dos alunos () , pais e encarregado de educação () ; moradores () ; Lideres religioso () ; Jovens () ; Mulheres () ; Mulheres horticultoras () , outras () , identificar _____.

Doenças mais frequentes: paludismo () ; bronquite () ; Pneumonia () ; Diarreia () , outros () , tipo de afeção _____.

3. Visita Domiciliário

Chefe do agregado familiar Sexo: M () ; F () .

Criança _____ ; Jovens _____ ; Adulto _____ ; Idoso _____.

3.1. Crianças imunizadas () ; Não imunizadas () ;

Pessoas fumantes () ; não fumantes () ;

Pessoas que consomem álcool () ; Pessoas que não consomem álcool () ;

3.2. Sexo predominante no agregado ()

3.3. Quantificar ()

3.4. Base de sustento do agregado familiar

3.5. Emprego () ; Agricultura () ; Pesca () ; Comercio formal () ; Comercio informal () ; Pastoril () ; Artesanato () ; Outros () ;

4. Problemas de saúde mais frequentes/habituais:

Caria dentaria () ; dermatite () ; conjuntivite () ; desnutrição () ; diarreia () ; tosse com mais de 1 semana () ; paludismo () ;

4.1. Existe alguma epidemia atualmente? Sim () ; Não () ; Se sim, qual _____

5. Visita aos locais de trabalho:

5.1. Tipo: público () ; privado () ;

5.2. Numero de funcionários () ;

5.3. Sexo masculino () ; sexo feminino ()

5.4. Assistência medica: Existem praticas de prestação de cuidados de saúde aos trabalhadores. Sim () ; Não () .

6. . Visitas aos mercados

6.1. Saneamento básico: Estado de higiene: bom () , razoável () ; mau () .

6.2. Abastecimento de água: bom () ; razoável () ; mau () .

6.3. Recolha e tratamento de lixos: bom (); razoável (); mau ().

6.4. Presença de vetores: sim () Não (); se sim, quais:

6.5. Poder de compra: bom (); razoável (); mau ().

7. Crenças religiosas: Animistas (), Cristãos (); Islâmica ();

8. Em caso de doença, procura-se em primeiro lugar: estrutura sanitária (); curandeiro tradicional ();
outros (); identificar _____

MINISTERIO DA SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
Instrumentos de Avaliação para o estágio pratico
Curso de Enfermagem Geral 3ªA 2ºS
ENSINO CLÍNICO – VI

Aluno: _____ Turno: _____

Tutor: _____

Local de Estágio: _____

FICHA DE AVALIAÇÃO DOS ASPETOS FISICOS

COTAÇÃO _____ / 08 VALORES

Gestão do pessoa técnico:

- Pontualidade dos técnicos
- Assiduidade dos técnicos
- Escala de serviço (Turnos e Rotinas)
- Mapas de ferias
- Ocorrências

Gestão dos doentes

- **Folhas de:** história clínica (internamento), exames complementares: análise clínica, radiológica e laboratorial e receituário
- Estatísticas (internamento; alta; altas por fuga; transferências; óbitos e outros.
- Levantamento de dietética (Dieta normal e especiais)
- Materiais de asseios (cuidados de manhã, banho e outros etc)

Gestão de medicamentos:

- Estoques de medicamentos
- Rotura de medicamentos
- Medicamentos fora de prazo (expiração)
- Requisição de medicamentos

Gestão de Materiais / Equipamentos

- Vestuários (lençóis, pijamas, cobertores,) etc.
- Mesinha de cabeceira
- Camas
- Marquesas
- Carrinhos de rodas
- secretaria

Materiais técnicos (sondas: vesical, mesogástrica, seringas, pinças tesouras, arrastadeiras, etc
Materiais em desuso

Enviu de materiais para manutenção e reparação
Solicitação da equipa de manutenção vistoria e reparação

Gestão de ambiente

- Manter equipa de limpeza
- Detergentes e desinfetantes
- Jardinagem

Forma de produzir Relatório de Ensino Clínico VI: Saúde Comunitária II

Partes que constam

Título

Sumario

Introdução

Desenvolvimento

Conclusão

Recomendação

Referencia. Bibliográfica