

# A Primeira Experiência Clínica do Estudante de Enfermagem

## Nursing Students' First Clinical Experience

**DULCE CABETE**

*Professora Adjunta, PhD, ESEL*

**PATRICIA ALVES**

*Professora Adjunta, Mestre em Ciências de Enfermagem, ESEL*

**CRISTINA BAIXINHO**

*Professora Adjunta, Doutorada em Ciências de Enfermagem, ESEL*

**HELGA RAFAEL**

*Assistente, Doutorada em Ciências de Enfermagem, ESEL*

**LAURA VIEGAS**

*Professora Adjunta, Mestre em Ciências de Enfermagem, ESEL*

**CÉLIA SIMÃO DE OLIVEIRA**

*Professora Coordenadora, Doutorada em Enfermagem, ESEL*

**Introdução:** O ensino clínico, parte essencial da formação em enfermagem, expõe desde cedo o estudante à realidade dos cuidados e da profissão. Reconhecendo que, num contexto de mudanças sociais e profissionais com reflexo, também, na estrutura e organização do curso de enfermagem, é fundamental analisar e adequar a prática pedagógica para maximizar aprendizagens.

**Objetivo:** Pretendemos, com este estudo, descrever a estrutura essencial da primeira experiência clínica do estudante de enfermagem.

**Método:** Trata-se de um estudo descritivo, retrospectivo, de abordagem fenomenológica. Após a primeira incursão em ensino clínico, realizada no primeiro ano do curso, com a duração de uma semana, os estudantes foram convidados a participar no estudo. Dos quarenta estudantes matriculados, onze compareceram para marcação de entrevista individual, constituindo, assim, o grupo em estudo. A recolha de dados foi feita através de entrevista não estruturada. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas integralmente, dando origem a onze verbatims. Foram salvaguardados os aspetos da confidencialidade e da participação livre e esclarecida. As entrevistas foram conduzidas por uma docente e decorreram após a avaliação e classificação daqueles estudantes na Unidade Curricular.

**Resultados:** A análise fenomenológica conduziu à descrição da estrutura da primeira experiência clínica como um processo de tomada de consciência da identidade profissional, das competências desenvolvidas e a desenvolver, do processo de aprendizagem e das emoções e sentimentos envolvendo a experiência.

**Conclusão:** Saliencia-se a natureza confirmatória desta experiência para a confirmação da escolha do curso, a necessidade de o estudante se sentir acolhido e reconhecido pelo cliente bem como uma componente fortemente emocional acompanhando toda a experiência. Importa aprofundar estes aspetos com outros estudos que possam determinar se as dimensões identificadas são específicas do primeiro ensino clínico, bem como integrar os resultados na melhoria do processo educativo.

**Palavras-chave:** ensino clínico; estudante de enfermagem; ensino de enfermagem; estudo qualitativo;

**Background:** *Clinical teaching is an important component of nursing education, exposing students, from an early stage, to nursing care and to the nursing profession. Over the past decades, significant political and social changes have also influenced the structure and organization of **curricula** in nursing education. Therefore, it is vital to adapt teaching strategies to maximize students' learning opportunities.*

**Aim:** *The aim of this study is to describe the essential structure of a students' first clinical experience.*

**Method:** *This is a descriptive and retrospective study within a phenomenological approach. Participants were first year nursing students who had completed a one-week clinical experience. From the forty students enrolled, eleven volunteered to participate. Data was collected through non-structured interviews. The interviews were audio-taped and transcribed word-by-word. Ethical issues were respected, confidentiality and free and informed participation was guaranteed. The interviews took place only after students' assessments were finished.*

**Results:** *The phenomenological analysis was performed in order to describe the essential structure of students' lived experiences. Data showed that the first clinical experience is a process comprising of four dimensions: professional identity awareness, consciousness of existing and missing skills, learning process, and the feelings and emotions accompanying the whole process.*

**Conclusion:** *This study highlights the confirmatory nature of the first clinical experience towards profession choice, a student's need to feel acknowledged and accepted by the client, and the fact that the entire experience is accompanied by a strong emotional component. Further research is needed to investigate these aspects to determine whether the dimensions identified are specific to the first clinical experience and to identify ways in which the educational process could be improved.*

**Keywords:** clinical teaching; nursing student; nursing education; qualitative study;

## INTRODUÇÃO

Desde os primórdios da humanidade que a necessidade de cuidar foi sentida, tanto com a finalidade de preservar a vida como de protelar a morte. Com o desenvolvimento das sociedades, esta prática de cuidar transformou-se num ofício eminentemente prático, geralmente exercido por mulheres, que possuíam conhecimentos sobre a forma como o corpo funcionava e os efeitos dos diferentes produtos existentes na natureza sobre as diferentes funções do organismo (Collière, 1996). As actividades manuais deste ofício, que permitiam cuidar do outro, eram realizadas empiricamente, transmitidas oralmente de mulher para mulher e aprendidas através da observação e reprodução dos gestos.

Com o advento da modernidade, surgiu a necessidade de redefinir este ofício, que com Florence Nightingale, em meados do século XIX, passou a assumir o estatuto de arte, ciência e ideal, o que o colocou no patamar das profissões, reconquistando

saberes e assegurando-lhe respeito e credibilidade (Trezza, Santos, & Leite, 2008). Ao criar a primeira escola de enfermagem, Florence Nightingale criou condições para que as candidatas ao exercício desta profissão pudessem aprender, praticando-a nos serviços hospitalares, inicialmente sob sua supervisão. Por isso, a componente prática da formação estava presente desde o início do curso e este primeiro contacto com a realidade e com o exercício da profissão sempre foi assumido como importante, na medida em que permitia uma primeira triagem das estudantes. Em muitas escolas existiu, inclusivamente, o chamado período probatório, realizado durante os primeiros seis meses do curso, sob forma de um ensino clínico hospitalar, com a finalidade de avaliar se a aptidão e o perfil do estudante de enfermagem lhe permitiria vir a ser um bom enfermeiro (Silva, 2008). No entanto, tratando-o ou não como período probatório, ao primeiro ensino clínico do curso de enfermagem é frequentemente atribuída grande importância, na medida em que permite aos estudantes vivenciarem precocemente a prática da profissão (Karino & Guarient, 2001) podendo ser a “chave que abrirá ou fechará a porta de uma carreira” (Carvalho, Pelloso, Valsecchi, & Coimbra, 1999, p. 205).

Grandes foram as mudanças ocorridas na formação em enfermagem, ao longo de mais de um século de história, que têm sido profundas e a um ritmo acelerado, particularmente nos últimos anos. Assim, num momento de transformações estruturais das organizações e dos processos formativos, importa avaliar a experiência prévia recolhendo e analisando informações que constituam orientar caminhos futuros. Por isso, e considerando que a primeira experiência clínica do estudante de enfermagem tem características particulares, nos propusemos descrever e analisar o significado da mesma, sob o ponto de vista do estudante.

## Enquadramento Teórico

O ingresso no Ensino Superior coincide habitualmente com o momento de uma mudança de fase do ciclo de vida: a transição da adolescência para a vida adulta. Por isso, mesmo para os jovens que à partida estão convictos de que o Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) lhes permitirá exercer a profissão com que sempre sonharam, aquela transição inerente ao ciclo de vida acarreta dúvidas e incertezas. Para além disso, no início da frequência do curso a maioria dos estudantes tem uma concepção rudimentar da identidade profissional da enfermagem (Cook, Gilmer, & Bess, 2003) e pouca ou nenhuma convivência com a dor, o sofrimento e a morte (Carvalho et al., 1999). Assim, a primeira experiência clínica constitui-se, para muitos, como o primeiro confronto com a identidade profissional e o sofrimento humano, constituindo um marco na formação e na preparação do estudante para a sua entrada no mundo profissional (Macedo, 2004).

A prática clínica, nomeadamente em contexto hospitalar, pode ser valiosa, ao permitir que o estudante vivencie situações quotidianas que o colocam frente a frente com a realidade concreta (Casate & Corrêa, 2006), permitindo-lhe mobilizar diversos conhecimentos, fazer a articulação entre a teoria e a prática, consolidar o ensino teórico, colmatar a falta de conhecimentos e ultrapassar as dificuldades de estar em contexto real (Carvalho et al., 1999; Macedo, 2004; Rocha & Oliveira, 2004; Scherer, Scherer, & Carvalho, 2006; Silva & Silva, 2004). Também os estudantes consideram o ensino clínico hospitalar muito importante, uma vez que os identifica com a profissão que escolheram e porque, através deste, conseguem reflectir e ajuizar sobre o seu gosto pessoal através de uma

visão real da profissão, determinante para tomar a decisão de continuar, ou não, no curso (Macedo, 2004). Assim, e por tudo isto, percebe-se porque, tradicionalmente, o primeiro contacto com o contexto da prática surge, frequentemente, nos primórdios do curso.

O contexto hospitalar pode constituir-se como um espaço de formação de excelência para a formação do estudante, não só porque nele ocorre uma parte significativa da aprendizagem clínica, mas sobretudo por contribuir decisivamente para a integração dos conteúdos das diferentes unidades curriculares e possibilitar novas aprendizagens, muitas vezes ocultas nos objectivos dos diferentes momentos de ensino clínico.

*“Estes momentos ultrapassam os objectivos estabelecidos para a Licenciatura em Enfermagem, uma vez que os estudantes desenvolvem saberes, na acção e sobre a acção, que não foram previamente definidos; por outro lado, o hospital constrange esta formação devido às regras da organização hospitalar e do trabalho que aí é desenvolvido” (Macedo, 2004, p. 15).*

Para além da formação em contexto de aula, o contexto de trabalho propriamente dito é um potencial espaço de formação, pela interacção que ocorre entre os indivíduos e pela reflexão sobre as situações. O contacto com o cliente, a família e os outros profissionais, bem como a reflexão sobre as experiências vividas, tornam-se momentos formativos de nível não formal e informal. “É integrados na equipa de enfermagem que os alunos estabelecem relações mais equitativas e próximas entre os enfermeiros do exercício, aprendendo com eles a “enfermagem prática” e a facilitar a inserção futura no mundo do trabalho através das regras de funcionamento da organização.” (Silva & Silva, 2016, p. 103). No entanto, sendo este contacto com o contexto hospitalar muito rico em aprendizagens, é importante ter presente que ninguém se forma adequadamente ao nível do ensino superior e para uma profissão que lhe corresponda – nível 6 do Quadro de Europeu de Qualificações (Comissão Europeia, 2009) – sem reflexão e sem a necessária orientação pedagógica e suporte.

Assim, pode afirmar-se que a passagem em ensino clínico em contexto real, e no caso, hospitalar, contribui para o desenvolvimento de competências por parte dos estudantes de enfermagem, nomeadamente a articulação entre a teoria e a prática e o desenvolvimento de uma postura proactiva de aprendizagem (Merighi, Jesus, Domingos, Oliveira, & Ito, 2014). Aliás, “o hospital é reconhecido como o campo insubstituível de demonstração, de prática e de investigação clínica” (Carapinheiro, 1993, p. 32). A par do desenvolvimento de competências clínicas, os estudantes desenvolvem também “o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, aprender a aprender com as novas situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas” (Silva & Silva, 2016, p. 103).

No entanto, o primeiro contacto com o contexto real é repleto de ansiedade, de novas vivências, positivas e negativas, das quais emergem sentimentos vários (Pereira, Motta & Luna, 2016). Num estudo de Valsecchi e Nogueira (2002), dos aspetos vividos como negativos salientam-se: dificuldades e angústias vivenciadas pelo estudante ao relacionar-se com o cliente, com o professor e com o ambiente; dificuldade em cuidar de pacientes de alta complexidade e em presenciar a morte; percepção de que os profissionais de saúde são insensíveis à dor, à morte e ao morrer. Como aspectos positivos salientam-se a satisfação pela implementação de uma assistência integral, pelo conforto propiciado aos

pacientes, pela reversão do estado de doença em saúde. Todos os relatos positivos foram acompanhados de conduta compreensiva do professor, o que para os autores foi atribuído à atitude do professor como elemento mediador, solidário e presente no processo ensino-aprendizagem (Pereira, Motta & Luna, 2016; Valsecchi & Nogueira, 2002 ).

De entre os estudos sobre a experiência de estudantes de enfermagem em ensino clínico, o trabalho de Casate e Corrêa (2006) revelou alguns aspectos que vale a pena enunciar:

**Deparar-se com o sofrimento do outro é uma experiência “humanizante”**, no sentido em que o confronto com o sofrimento da pessoa doente e a aproximação à fragilidade do outro despertam nos estudantes a sua própria dimensão humana, o que os sensibiliza para o cuidar, tornando-os simultaneamente vulneráveis ao sofrimento.

**Dicotomia entre saber técnico e saber humano:** as preocupações iniciais estão dirigidas estritamente para a execução da técnica correcta e para a quantidade das técnicas realizadas, ou seja, os estudantes pretendem executar o maior número possível de procedimentos.

**A equipa de saúde como modelo de (des)aprender:** os estudantes observam as acções dos profissionais, relatando atitudes inadequadas que ferem princípios éticos e humanos, demonstrando que alguns profissionais estão centrados na execução técnica, evidenciando descaso em relação à pessoa doente, sentindo que pouco se inserem na equipa de saúde/enfermagem.

**As experiências de ensino clínico despertam sentimentos positivos e negativos:** Por um lado, vive-se ansiedade, medo, frustração, insegurança, tristeza e impotência, relacionados com situações difíceis enfrentadas pelo estudante junto das pessoas doentes, da equipa de saúde, dos professores e dos demais colegas. Por outro lado, vivencia-se gratificação e motivação, quando os estudantes sentem que foram úteis à pessoa doente hospitalizada e quando se sentem reconhecidos pela pessoa doente e família ou mesmo pelo docente.

**O ensino clínico é uma fonte de stress:** os estudantes revelam atitudes de ansiedade quanto a procedimentos técnicos (sobretudo a invasão da privacidade durante os cuidados de higiene), perante o relacionamento com a pessoa doente (a comunicação) e perante a avaliação (preocupação com a classificação, não saberem exactamente quais os objectivos a serem alcançados e se os seus objectivos coincidem com os do professor).

Ao deparar-se com a dimensão emocional do primeiro ensino clínico hospitalar, os estudantes esperam que o docente seja calmo e compreensivo, que faça avaliação e supervisão, que tenha um comportamento ético e incuta confiança, que prepare o campo de ensino clínico envolvendo todos os intervenientes e que seja uma presença constante com capacidade de observação e de detecção de conflitos (Carvalho et al., 1999). Face à equipa médica, os estudantes têm expectativas de que esta seja cooperante, que troque experiências, que transmita conhecimentos e que tenha respeito pelo estudante de enfermagem, não o discriminando. Quanto aos colegas de trabalho, os estudantes esperam coesão e trabalho de equipa. De facto, os estudantes têm expectativas quanto às oportunidades para exercer a prática, mas também esperam apoio e acolhimento da equipa de saúde, dos docentes e até das pessoas doentes (Bosquetti & Braga, 2008). No

entanto, este mesmo hospital pode ser inibidor do desenvolvimento de aprendizagens (Macedo, 2002a, 2002b, 2004):

*“Nos discursos dos estudantes são perceptíveis algumas dimensões racional-burocráticas presentes numa organização como o hospital e muitas vezes na própria orientação a que são sujeitos por parte dos profissionais. Assim, nos seus discursos referem-se às dificuldades de adaptação, às normas de funcionamento do serviço, aos horários, ao controlo do tempo para o cumprimento das actividades, à integração a algumas rotinas, bem como a localização do material, ao domínio de alguma tecnologia e a falta de apoio por parte de alguns profissionais, ao espaço físico reduzido” (Macedo, 2004, p. 14).*

É importante sublinhar que a escola de enfermagem tem grande relevância na socialização de valores, normas e comportamentos profissionais e orientação para o *status* profissional, apesar de existir evidência de que alguns valores profissionais são interiorizados antes ainda do ingresso na enfermagem (Shinyashiki, Mendes, Trevizan, & Day, 2006; Toit, 1995). Assim, apesar de em algumas situações poder existir uma socialização antecipatória (Boyle, Popkess-Vawter, & Taunton, 1996; Dubar, 1997), quando ingressa num curso de enfermagem o estudante tem oportunidade de (re)construir a sua identidade na (e em) interacção com os outros, essencialmente em contexto escolar e em contexto clínico (Nesler, Hanner, Melburg & McGowan, 2001). No entanto, a oportunidade de aprender em contexto de prestação de cuidados de enfermagem reais, permite ao estudante aprender com os enfermeiros do serviço a ‘enfermagem prática’ e facilita a inserção futura no mundo de trabalho através do conhecimento das regras de funcionamento da organização (Silva & Silva, 2004).

A dimensão socializadora, quer profissional, quer organizacional, confere ao ensino clínico, pelas oportunidades de aprendizagem que origina, uma grande legitimidade enquanto metodologia de ensino. Neste espaço ocorre um desenvolvimento de competências que resulta de um saber profissional que constrói a acção e se constrói pela utilização de determinado agir. Trata-se, portanto dum ‘saber de acção’, que não se restringe à execução reproduzida de gestos, antes à adaptação duma conduta à situação, tendo em conta um conjunto de conhecimentos previamente apreendidos (Queirós, 2007). Falamos, assim, de um contexto que permite a aquisição e desenvolvimento de competências. Tal como referem Silva e Silva (2016, p.103), “só com plena interacção entre o indivíduo, a formação e o contexto de trabalho os processos formativos desenvolvem capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo”.

Assim, poderá afirmar-se que o crescimento pessoal e profissional obtido em ensino clínico é fundamental para que os estudantes se sintam capacitados para atuar como profissionais seguros e competentes (Lima, Paixão, Cândido, Campos, & Ceolim, 2014).

Em síntese, diremos que a formação inicial em enfermagem tem sido pensada no sentido de um desenvolvimento de competências dos estudantes de enfermagem desde o primeiro ano do curso, já que tem vindo a ser assente numa formação em alternância, possibilitando aos estudantes momentos de aquisição de conhecimentos na escola alternando com momentos de mobilização dos conhecimentos para os contextos de trabalho, ou seja, com ensinamentos clínicos em diferentes serviços de saúde. Para além disso,

a primeira experiência clínica pretende também um primeiro contacto com os contextos de cuidados e com a identidade profissional, sendo reconhecida como fonte de muitos questionamentos, de muitas expectativas e vivência de muitas emoções. No entanto, a literatura aponta para controvérsias, vantagens e desvantagens de uma aproximação precoce ao mundo hospitalar, sendo escassa a literatura recente que explicita, do ponto de vista do estudante, o significado da primeira experiência clínica. Como experimenta, o estudante, esse encontro? Que estados afectivos o movem? Que experimenta face ao outro e às suas necessidades? Assim, num momento em que se vivem inúmeras transformações, sociais e académicas, quisemos saber *qual é, para o estudante de enfermagem, o significado da primeira experiência clínica em contexto hospitalar?*

## METODOLOGIA

Sendo a questão central em estudo do domínio da experiência vivida, o caminho da pesquisa leva-nos ao trabalho fenomenológico, dado que “a pesquisa fenomenológica é uma prática atenta da reflexão, sobre o que é a vida e o viver” (Van Manen, 1990, p. 12), sendo também certo que “realidades de natureza e estrutura peculiar só podem ser captadas a partir do marco de referência interno do sujeito que as vive e experimenta” (Martinez, 1989). Por oposição à ciência natural ou às ciências físicas, “a ciência humana tem como objecto de interesse o mundo humano, caracterizado pela mente, pensamentos, consciência, valores, sentimentos, emoções, acções e objectivos, que encontram a sua objectividade na linguagem, crenças, artes e instituições” (Dilthey, citado por Van Manen, 1990, p. 3). Por isso, a ciência humana “estuda «pessoas» ou seres que têm «consciência» e que agem «intencionalmente» no mundo e sobre o mundo criando objectos de «significado» que são «expressões» de como os seres humanos existem no mundo” (Van Manen, 1990, pp. 3-4). Para este autor, a ciência humana procura explicar o significado dos fenómenos humanos e compreender as estruturas de significado vividas” (Van Manen, 1990, p. 4). Esta concepção epistemológica conduz-nos ao paradigma qualitativo de investigação.

Dado que temos como objetivo ***descrever a estrutura essencial da primeira experiência clínica do estudante de enfermagem***, situar-nos-emos numa perspectiva descritiva, sabendo que descrever é também interpretar aquilo que ouvimos e lemos: “as questões, elas próprias e o modo como se entendem as questões, são o ponto de partida importante, não o método enquanto tal, mas é claro que é verdade que o modo como se articulam certas questões tem alguma coisa a ver com o método de pesquisa que se tende a identificar com elas. Então, existe uma certa dialéctica entre questão e método” (Van Manen, 1990, pp. 1-2).

### Tipo de estudo

A fenomenologia é uma “tentativa sistemática de descobrir e descrever as estruturas internas de significado da experiência vivida” sendo que “a essência de um fenómeno é um universo que pode ser descrito através do estudo da estrutura que governa as manifestações particulares da essência desse fenómeno” (Van Manen, 1990, p. 10). Entende-se o fenómeno como “o objecto intuído (aparente), como o que nos aparece aqui e agora” (Ferrater, 1991). Através do método fenomenológico, o investigador pode estudar a realidade subjectiva, “a realidade cuja essência depende do modo como é

vivida e percebida pelo sujeito, uma realidade interna e pessoal, única e própria de cada ser humano” (Martinez, 1989). Estudar a essência “implica procurar através dos dados, os temas ou essências comuns e estabelecer padrões de relações partilhados por um fenómeno particular” (Streubert & Carpenter, 2002).

Para além de descritivo, para alguns autores o método fenomenológico é também interpretativo (hermenêutico): “A fenomenologia é por um lado descrição do vivido, e por outro, descrição do significado das expressões da experiência vivida (...) [ou seja], é uma descrição mediata, do mundo vivido como exprimido de forma simbólica. Quando a descrição é mediada pela expressão (por exemplo, falar, agir, um texto), então a descrição parece conter um forte elemento de interpretação (Van Manen, 1990, p. 25). Assim, muito embora nos reportemos predominantemente a um referencial descritivo, admitimos que é impossível descrever sem interpretar, tal como é impossível interpretar sem descrever (Cabete, 2012, Martinez, 1989).

Consideramos tratar-se de um estudo descritivo, porque “a fenomenologia procura ganhar uma compreensão mais profunda da natureza ou significado das nossas experiências de todos os dias (...) e difere de outras ciências nisto, porque procura ganhar descrições penetrantes (*insights*) do modo como experimentamos o mundo pré-reflexivamente, sem taxonomizar, classificar ou abstrair” (Van Manen, 1990, p. 9). Para além disso, trata-se de um estudo retrospectivo, dado que a reflexão pessoal sobre a experiência é retrospectiva e, como tal, também o é a reflexão fenomenológica (Van Manen, 1990, p. 10).

Por isso, em função da questão de investigação expressa, e porque esta remete para a compreensão da vivência dum fenómeno humano, este estudo é de natureza descritiva, retrospectiva, seguindo uma abordagem fenomenológica dado que a mesma permite a compreensão do fenómeno em estudo mediante a descrição da sua rede de significados. (Streubert & Carpenter, 2002).

## Participantes

Num estudo desta natureza, os participantes devem ser aqueles cuja experiência vivida do fenómeno em estudo lhes permite descrevê-la de modo a fornecer contributos experimentados, e não opiniões ou crenças, sobre o tópico em questão. Como ficou dito, sendo uma pesquisa que procura compreender a experiência vivida de estudantes de enfermagem, constituiu-se uma amostra intencional (Streubert & Carpenter, 2002), constituída pelos quarenta estudantes inscritos na unidade curricular de experiência clínica em contexto hospitalar a decorrer no primeiro semestre do curso de uma escola de enfermagem. Todos foram convidados a participar, explicitando-se o objectivo do estudo e os pressupostos do consentimento livre e esclarecido. Foram aceites todos os estudantes que tiveram a iniciativa voluntária de procurar a investigadora que fez a recolha de dados, num total de onze estudantes.

## Recolha de dados

A técnica de colheita de dados utilizada foi a entrevista não estruturada, procurando-se assim permitir o máximo de liberdade de resposta, ou seja, obviar a qualquer condicionamento da resposta do participante. Trata-se de entrevistas sujeitas a pouca organização, através da qual é possível explorar e obter informação sobre a

experiência de vida e o seu significado, “que pode servir como recurso para desenvolver uma rica e profunda compreensão dum fenómeno humano” (Van Manen, 1990, p. 66).

Neste estudo, todas as entrevistas foram conduzidas por um único investigador e cada participante foi sujeito a uma única entrevista, gravada em áudio, a qual foi transcrita e revista, originando-se um protocolo de entrevista por participante. Cada entrevista, formalmente preparada, decorreu num ambiente quase sempre bastante informal, respeitando as seguintes etapas: apresentação, agradecimentos, reforço da importância da colaboração e da autorização para gravação, salvaguarda de aspectos éticos, mediante a garantia de anonimato e do direito à rescisão da colaboração (Van Manen, 1990). Foi deixado espaço a questões preliminares que o participante desejasse formular, no intuito de informar e de continuar a estabelecer um ambiente propício à obtenção da informação pretendida (Grbich, 1999).

Após estes aspectos introdutórios, formulou-se a questão de partida, dando-se como sugestão que o participante descrevesse uma ou mais situações de cuidados que tivessem sido significativas para si. As entrevistas decorreram harmoniosamente, recorrendo-se quando necessário a questões de clarificação ou aprofundamento que permitissem respostas abertas. O final da entrevista surgiu, na maioria das vezes, espontaneamente, quando o tema parecia esgotado, ou seja, quando o participante voltava a aspectos já referidos, ou afirmava que já não tinha mais nada de relevante a acrescentar. As entrevistas foram então integralmente transcritas e revistas, dando cada uma origem a um verbatim.

## Análise de dados

O trabalho central desta etapa é produzir uma descrição do fenómeno tal como se mostra por si mesmo. Para isso procedeu-se à leitura integral e repetida dos verbatims e, para facilitar o trabalho estrutural, elaboraram-se mapas mentais (um de cada verbatim, e um mapa global de síntese), tentando incluir a diversidade dos significados encontrados. O recurso a mapas mentais está descrito como uma forma de organizar o pensamento indutivo (Edwards & Cooper, 2010), sendo uma boa ferramenta para a análise fenomenológica. A análise e construção dos mapas mentais foi da responsabilidade de um dos autores. Como vários outros autores assinalam, a estrutura de um fenómeno é sempre uma construção em que o investigador está implicado, ou seja, a partir dos mesmos dados, outro investigador poderia chegar a uma descrição algo distinta. Estamos no domínio da intersubjectividade, e como tal, uma descrição estrutural será tão verdadeira, se fiel aos dados, quanto outra, igualmente fiel. Para além disto, “uma descrição fenomenológica completa da vivência *experencial* é impossível” (Martinez, 1989, 182) uma vez que “as essências de qualquer experiência não estão nunca exauridas” (Moustakas, 1994, p. 100).

## Salvaguarda de aspectos éticos

No decurso de todo o trabalho, foi constante a preocupação de salvaguardar os aspectos éticos da investigação envolvendo pessoas (Denzin & Lincoln, 2003). Por isso, começou por se obter a autorização institucional para a realização do estudo. Seguidamente, explicitou-se ao grupo de estudantes os objectivos do estudo e o procedimento da recolha de dados. A recolha de dados ocorreu após a avaliação da Unidade Curricular. O entrevistador não esteve envolvido na orientação dos estudantes em

contexto clínico. Foram aceites todos os participantes que se ofereceram voluntariamente para participar e, no início de cada entrevista, foi obtido o consentimento informado, explicitando-se novamente os objectivos do estudo, solicitando autorização para gravação, garantindo o anonimato e o direito à rescisão da colaboração a qualquer momento (Denzin & Lincoln, 2003). Na transcrição dos dados foram omitidas referências que permitissem, de algum modo, identificar as pessoas envolvidas, quer os participantes directos ou as pessoas de quem estes falam, quer os contextos de ensino clínico. Pela mesma razão, não foram obtidos dados de caracterização demográfica ou social dos participantes, até porque o propósito deste estudo não é controlar variáveis, mas compreender vivências (Koch & Latimer, 2006). Para além disso, dado que é pública a informação sobre a escola a que pertencem os autores, qualquer informação adicional seria susceptível de poder conduzir à identificação dos participantes.

## RESULTADOS

Dada a natureza indutiva do estudo, os dados foram trabalhados através da análise fenomenológica, procurando, através da construção de mapas mentais, não uma categorização do texto, mas uma forma organizadora do pensamento que permitisse sistematizar os dados obtidos, tentando encontrar a estrutura essencial da experiência vivida. Assim, a leitura e releitura dos verbatins permitiu encontrar núcleos de significado e a relação entre eles. No final do processo de análise, pode dizer-se que a primeira experiência clínica se apresenta ao estudante como um processo de tomadas de consciência em torno de quatro eixos: das competências existentes ou desenvolvidas, do seu processo de aprendizagem, da identidade profissional e das emoções e sentimentos que acompanham essas vivências e tomadas de consciência (Figura 1).

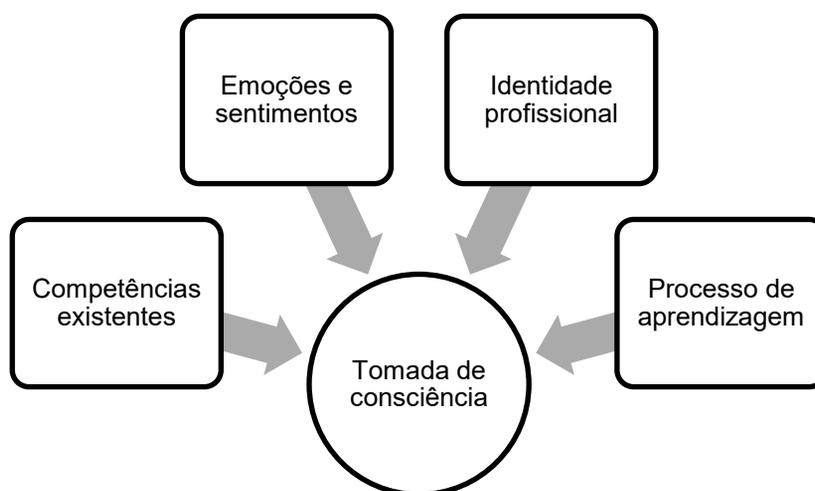


Figura 1 – Estrutura essencial da primeira experiência clínica do estudante de enfermagem

Tendo o processo de análise culminado nesta síntese, passaremos a descrever cada um desses eixos, que se constituem como fios condutores de uma narrativa da experiência vivida.

## A descoberta da identidade profissional

O processo de descoberta da identidade profissional passa pela expectativa de realizar acções que possam contribuir para ajudar as pessoas, pela descoberta dos estudantes de que, apesar de neste ensino clínico não poderem realizar procedimentos técnicos, podem ajudar as pessoas através da relação que estabelecem, pela sua tomada de consciência de que alguns enfermeiros não agem numa perspectiva cuidadora, e pela confirmação e reforço da decisão de virem a ser enfermeiros (Figura 2).

A questão da decisão do caminho profissional a seguir é um aspecto que surge explicitamente no discurso de quase todos os participantes, seja porque o estudante já tinha essa escolha bem clara antes de entrar no curso, seja porque entrou num curso de segunda ou terceira opção mas acabou por descobrir que queria ser enfermeiro. Essa confirmação, em ambos os casos, surge neste primeiro contacto com o contexto da prática clínica.

*“Eu não tinha sequer a ideia do que era antes de entrar no curso...não fazia a mínima ideia do que era, mas agora vejo o quão importante é. (...) Ahhh...eu vim (para o curso) por exclusão de partes. Não era este o curso que eu queria, mas entrei para ver e agora estou a adorar. Nunca pensei gostar tanto do curso. Mas agora se calhar vi que era mesmo este que eu queria e não o outro (...) ver que a nossa presença ali, que só de estar a escutar aquilo que elas [as pessoas] têm para dizer...elas ficam muito melhores (...) para mim foi mesmo uma experiência muito significativa.”(E2)*



Figura 2 - Descoberta da identidade profissional

*“Poder ajudar as pessoas, foi algo muito significativo para mim, a curto prazo pude mudar algumas coisas (...) eu não tinha qualquer dúvida antes de ir para estágio, que era este curso que queria prosseguir (...) e fiquei ainda com mais...com mais vontade de continuar e não tenho qualquer dúvida que quero fazer isto mesmo. Ajudar no que puder!” (E8)*

A questão da ajuda à pessoa alvo de cuidados parece ser um elemento central nesta vivência, sendo que por vezes constitui surpresa para os participantes o facto de, apesar de estarem numa fase tão insipiente da sua formação, conseguirem contribuir para o bem-estar do outro.

*“Descobri que mesmo sendo estudantes de enfermagem na 1ª semana podemos fazer coisas para ajudar as pessoas, não precisamos de realizar técnicas, mas pequenos gestos, dar a mão, chegar a almofada, aconchegar a roupa, pode ser muito importante e nós achamos que eram coisas insignificantes (...) pequeninas coisas, coisas que nós nem nos apercebemos, mas pelo facto de as fazermos causam mudança no comportamento do outro.” (E6)*

Os enfermeiros são observados pelos estudantes com a curiosidade da aprendizagem, confirmando por vezes o que este considera ser o modelo de cuidados esperado (ou aprendido na escola), mas surgindo nas narrativas relatos das práticas percebidas como desadequadas:

*“A minha orientadora cuidava bem das pessoas mas eu pude ver que os enfermeiros nem sempre agem assim.” (E4) “Por exemplo, havia uma senhora que estava no corredor e era lá que lhe prestavam os cuidados de higiene (...) e nem sempre, mas às vezes alguns punham um biombo mas qualquer um passava e afastava, (...) era uma falta de privacidade.” (E8)*

### A tomada de consciência das competências mobilizadas

Neste primeiro contacto com clientes de cuidados de enfermagem, o estudante descobre que, em contexto real, consegue olhar para uma pessoa, identificar alguma necessidade à qual eventualmente é capaz de responder e verificar o resultado da sua ação, usando o instrumento básico de enfermagem que é a comunicação (Figura3). Então, existe uma tomada de consciência de que há algumas competências que o estudante já pode mobilizar e, através disso, fazer uma diferença, nem que seja pontual, no estado do outro.

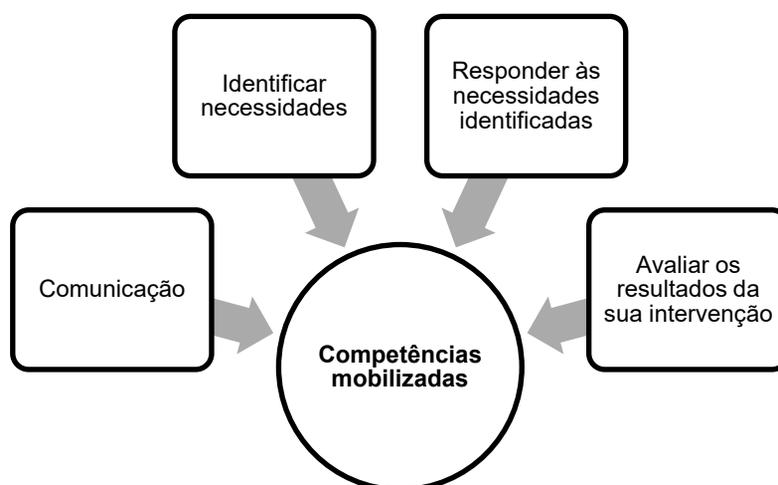


Figura 3 – Competências mobilizadas

*“Ver que a pessoa precisa de limpar a boca, por exemplo, e ajudá-la e ver que ela fica melhor e agradece... vemos que podemos fazer a diferença.” (E5)*

*“Tentei interagir com a pessoa, para a pessoa não se sentir sozinha e eu acho que eu consegui (...) eu fiz, bem, eu sei que fiz bem, por isso é que para mim foi significativo (...) eu falo isto em termos de personalidade, porque há pessoas que conseguem ter uma personalidade e uma postura mais aberta (...) ou seja, sou mais reservada, por isso, para mim, falar com aquela pessoa foi um passo importante (...) também tenho a noção que o meu objetivo era comunicar, estabelecer uma interação.” (E11)*

*“Eu conversei com muitas pessoas, aprendi muitas coisas (...) até o dia de reflexão cá na escola (...) eu queria perceber, eu queria conseguir (...) e consegui comunicar com muitas pessoas.” (E4)*

*“Eu achava que tinha que conseguir superar a minha dificuldade de estar em silêncio (...) Eu sentia que a senhora gostava da minha presença (...) [porque] ela agarrava a minha mão para eu ficar ali.” (E3)*

## A vivência do processo de aprendizagem

O contacto com o exercício da profissão em contexto real desperta o estudante para o seu processo de aprendizagem (Figura 4).

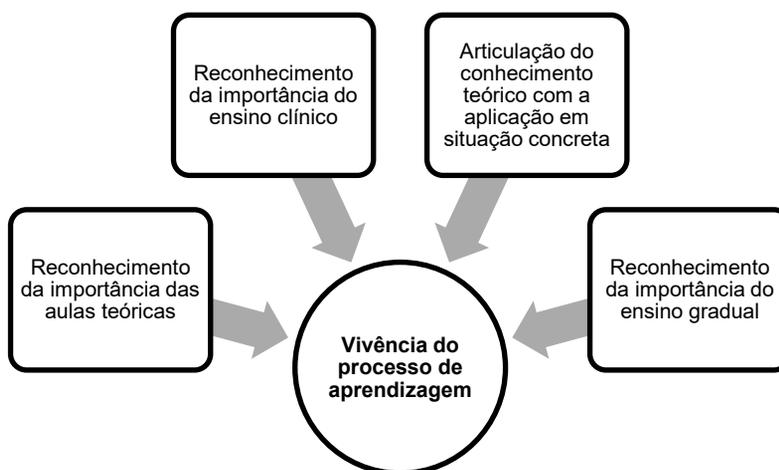


Figura 4 - Vivência do processo de aprendizagem

A afirmação “acho que aquela experiência me ajudou a compreender toda aquela teoria que eu tinha aprendido” (E9) é reveladora do caminho feito na tomada de consciência da importância do ensino clínico, daquilo que aprendeu em contexto teórico e

de como ligar a teoria à prática. Os extratos de algumas entrevistas falam por si, de forma muito clara:

*“Nós, se calhar, temos dado isso [a técnica de comunicação] nas aulas teóricas, mas quando vamos lá e estamos no contexto é muito mais significativo e apercebemo-nos mais de que realmente tem importância e que se calhar pode mudar alguma coisa (...) dá para conjugar as duas, aprendemos na teórica, sabemos como é que temos que fazer, mas quando chegamos à prática torna-se mais fácil, sem desprender da teórica, porque a teórica é super importante. Aprendemos na teórica mas depois na prática é muito mais fácil de conjugar e de ver a importância que tem, porque na teórica estamos só a dar conteúdos, não conseguimos ver a importância que tem (...) acho que é mesmo o mais importante deste primeiro estágio de observação é isso, (...) conseguir ver a importância que a matéria tem.” (E2)*

*“De repente, coisas que parecem conceitos teóricos, não são conceitos, são realidades, isto que nós vivenciámos é muito intenso e está ali: nós chegámos ali e comunicámos e conseguimos dar e receber e fazer o mecanismo recíproco da comunicação (...) Dava comigo a fazer... a aplicar o que tinha aprendido.” (E6)*

Para além disso alguns participantes mostram ter a noção de que esse seu desenvolvimento vai acontecendo de forma gradual e num contexto real, com aspetos positivos e negativos:

*“Eu acho importante a possibilidade de aprender as coisas em termos práticos (...) e acho importante esta aprendizagem gradual. Primeiro tivemos uma aproximação e depois é que vamos atuar em termos práticos. Eu acho isto muito importante.” (E6)*

*“Foi bom para eu perceber que... que as coisas não são cor-de-rosa, não são sempre assim tão fáceis como nós pensamos e eu acho que tudo o que aconteceu foi bom. Os pontos bons e os pontos maus foi tudo muito importante para mim e eu aprendi com tudo, com todos os minutos, com todas as situações.” (E6)*

É ainda referido que é justamente o facto de estar em contexto real de prestação de cuidados que facilita a aprendizagem, dado que as intervenções fazem mais sentido que em contexto simulado, como acontece em laboratório, na escola:

*“No contexto escolar é mais complicado talvez abordar um colega meu (...) mas no contexto [do ensino clínico] é mais fácil (...), no sentido em que abordamos uma pessoa que precisa mesmo...” (E5)*

## Sentimentos e emoções vividas

Sem que seja objectivo desta análise fazer qualquer quantificação dos dados, vale a pena referir que o discurso dos participantes se encontra largamente povoado de referências a emoções e sentimentos, sendo este registo o que mais domina no texto:

*“É porque a minha experiência de campo foi bastante profusa em emoções e em situações, umas mais agradáveis, outras menos agradáveis.” (E1)*

Foram sendo mencionados, quer de forma direta quer por outras palavras, todos os sentimentos positivos e negativos apresentados na Figura 5: bem-estar, satisfação, orgulho, revolta, desconforto e medo. Pode dizer-se, assim, que este primeiro contacto tem um forte impacto emocional nos estudantes.

Ao tentar compreender quais as situações concretas que levam a esta variedade de emoções nem sempre encontramos uma relação clara, para além da exposição ao contexto de cuidados e à experiência de aprendizagem em si, mas algumas das razões apontadas estão relacionadas com o facto de o estudante conseguir (ou não) expressar o seu pensamento, contribuir para o conforto da pessoa internada e obter reconhecimento e aceitação por parte desta ou, pelo contrário, sentir-se rejeitado.

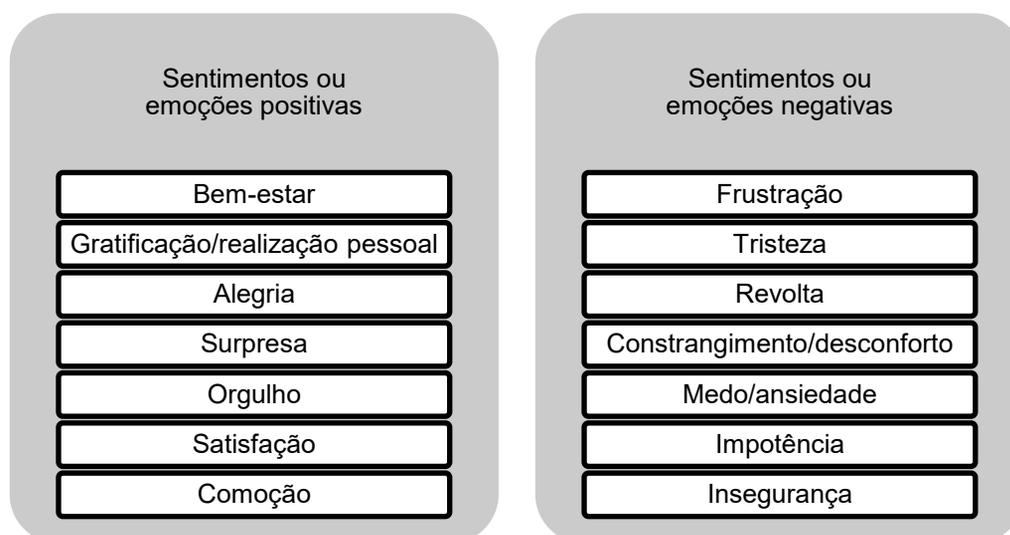


Figura 5 - Sentimentos e emoções vivenciadas

## Sentimentos e emoções positivas

São muitas as expressões de emoções positivas explicitadas por todos os participantes neste estudo, por vezes formuladas de forma mais vaga, como “senti-me bem” (E8, E10,E11), “foi muito bom”(E8, E10,E11), “foi das coisas melhores que me aconteceu (E7)”, ou “foi a melhor semana do ano” (E1), ou por vezes nomeadas de forma mais concreta como “senti-me útil, senti-me importante, fiquei realmente muito contente, foi uma grande satisfação” (E1), “foi mesmo muito gratificante para mim” (E10).

Nas palavras dos participantes, são vários os factores que levam à vivência de emoções positivas, sendo uma delas a expressão verbal ou não verbal de reconhecimento do cliente pela presença ou ações dos estudantes:

*“Fiquei muito contente porque reparei que a pessoa deu valor a nós estarmos ali ao pé dela, a falarmos com ela (...) e houve doentes que pediram para nós ficarmos mais, para não irmos embora(...) foi muito bom essa parte (...) as pessoas reconheceram e agradeceram nós termos estado ali.” (E9)*

*“Senti-me bem ao ser compensado com o agradecer, a ternura e mesmo o olhar de agradecimento.” (E5)*

*“Durante a conversa ela disse que nós [as estudantes] éramos uns anjinhos que tínhamos caído do céu (...) ela estava sempre a dizer que gostava muito que nós fôssemos netinhas dela (...) na altura em que eu disse que tinha mesmo que ir embora ela começou a chorar e não me largava a mão (...) acho que foi o momento mais significativo.” (E2)*

Essa sensação de bem-estar, de satisfação e de realização pessoal, também está relacionada com o facto de o estudante considerar que fez algo que melhorou a situação do cliente, ou que, apesar de ser apenas um estudante, pode ajudar o cliente, mesmo sem realizar procedimentos técnicos.

*“Senti-me bem porque senti que conseguimos ajudar as pessoas.” (E1)*

*“Quando eu cheguei lá a senhora estava muito carrancuda, muito triste, e quando me vim embora já dava um sorriso, coisa que no início nem sequer ela deu, pelo menos para mim foi significativo.” (E2)*

*“Senti-me bem porque descobri que não precisei de realizar procedimentos para me relacionar com as pessoas.” (E8)*

### Sentimentos e emoções negativas.

O **medo** é um aspeto muito presente nas narrativas. É o medo do desconhecido, o medo das próprias emoções e reações, o medo da avaliação ou do fracasso. Existe também o medo de não ser capaz de se impor e o medo de não saber o que dizer.

*“Ao início, quando fui para lá, ia assim um bocadinho nervosa, ansiosa, não sabia o que ia encontrar, não sabia qual era a minha reação, não sabia se gostava de ser enfermeira...ainda não tinha tido nenhuma experiência num meio hospitalar, contactar com os doentes e com os auxiliares e com os próprios docentes...ia muito nervosa.” (E10).*

*“eu tenho medo de depois não ter autoridade suficiente para chamar a atenção (...) a senhora auxiliar era mais velha e deu a entender que eu sou mais nova e que não tenho que fazer aquele tipo de chamada de atenção [referindo-se a um comportamento brusco para com uma doente].” (E9);*

*“O meu medo era não saber o que dizer a uma pessoa com uma experiência de vida tão superior à minha.” (E1)*

*“Do que eu tinha medo era de chegar lá e não conseguir estabelecer uma relação com as pessoas...porque eu sou um bocadinho introvertida.” (E11)*

A **indignação** ou revolta é outra emoção que surge associada ao confronto com comportamentos de profissionais interpretados como indo contra os princípios do civismo e da relação profissional aprendida na escola:

*“Vi ali situações...vi enfermeiros a fazerem coisas que aqui os professores na escola dizem «não façam, vocês não podem fazer isto!» outra coisa era tratarem os doentes como coisas, quer dizer, nem era tanto aquilo que se aprende na faculdade, é o tipo de educação que se tem, que passa também por casa e aquilo afetou-me muito (...) é daqueles sentimentos que não tem muita descrição...repulsa, não sei...foi muito estranho (...) repulsa pela forma como a estavam a tratar.” (E9)*

*“Senti-me indignada, incomodada, com a indiferença dos profissionais para com as pessoas que parece que são [vistas] como uma peça de mobília no corredor.” (E8)*

O **constrangimento/desconforto** é frequentemente vivenciado, relacionado com a insegurança face a uma situação em que o estudante se tem que confrontar com as suas dificuldades:

*“eu lembro-me de no início da experiência não sabia lidar com o silêncio, ficava muito constrangida (...) e eu sou uma pessoa que lida muito mal com o silêncio, gosto muito de falar (...) só o facto de não estarmos a conversar fazia-me muita confusão.” (E3)*

Para além disso, por oposição ao sentimento de satisfação e alegria que a manifestação de aceitação ou gratidão do cliente causa no estudante, quando o mesmo se mostra pouco recetivo à presença do estudante, surge uma sensação de desconforto:

*“No primeiro dia em que me aproximei da Dona A. ela estava um pouco incomodada com a minha presença, não parecia que queria que eu estivesse lá...e eu às tantas perguntei à senhora se ela estava cansada e ela disse que sim...eu perguntei se ela queria que eu me fosse embora e ela também disse que sim (...) Foi [uma situação] um bocado estranha, em que me senti desconfortável.” (E3).*

A análise dos dados não pode ser esgotada nesta abordagem. No entanto, partindo da nossa leitura consideramos poder dizer que o primeiro momento de contacto do estudante de enfermagem com a prática clínica é fortemente povoado de emoções em torno da sua procura pessoal e profissional e do seu confronto com a realidade dos cuidados, com aquilo que têm de bom e de menos bom, num processo de tomada de consciência da sua própria aprendizagem.

## DISCUSSÃO

Se tentássemos construir um discurso, na primeira pessoa, que sistematizasse os dados encontrados nesta análise, correndo o risco de sermos, em certa medida, simplistas, poderíamos resumir os dados da seguinte forma:

Esta experiência no hospital foi muito significativa para mim porque eu pude constatar que os cuidados de enfermagem consistem em ajudar as pessoas e, apesar de eu ser apenas um estudante de enfermagem na primeira semana de ensino clínico, pude desenvolver ações que melhoraram a situação de algumas pessoas. Descobri que quero ser enfermeiro, apesar de ter constatado que nem todos os enfermeiros agem como tal.

Tomei consciência de que a comunicação é muito importante e que através dela se podem identificar necessidades das pessoas, responder a essas necessidades e avaliar os resultados das intervenções feitas. Descobri que posso usar a ferramenta da comunicação, porque já tenho algumas competências e também tomei consciência de algumas limitações que tenho que ultrapassar.

Contactar com o contexto real dos cuidados fez-me aprender e reconhecer a importância do que aprendi em ensino teórico: nesta semana descobri que é na prática clínica que tudo o que aprendemos passa a fazer sentido.

Foi uma semana com uma dimensão emocional muito forte: de alegria quando melhorei a condição da pessoa, de indignação quando vi as pessoas hospitalizadas serem ignoradas ou tratadas com indiferença ou falta de privacidade, de satisfação quando os clientes agradecem a minha presença ou os meus gestos, de medo de falhar, de não saber o que dizer.

Num primeiro momento, poderemos dizer que este percurso nos levou numa viagem ao centro da experiência vivida dos estudantes que se confronta pela primeira vez com a prática clínica de enfermagem. Tentar compreender o sentido dessa vivência através das narrativas individuais é, sem dúvida, o desafio da abordagem fenomenológica, tendo consciência de que quando estamos a colocar por palavras nossas uma vivência que não tivemos, estamos sempre a interpretar à luz das nossas próprias lentes. Como refere Ricoeur (1977, p.8) “dizer algo de alguma coisa já é dizer outra coisa”.

Conscientes do risco de “dizer outra coisa”, ao tentar desocultar a estrutura essencial da experiência vivida num movimento de estreia do aprender a ser enfermeiro, poder-se-ia dizer que emergem sobretudo dimensões emocionais que parecem levar a tomadas de consciência: a indignação dá lugar à afirmação “eu não quero ser um enfermeiro assim” como a alegria e satisfação de poder fazer algo por alguém se transforma na consciência que independentemente de não ser detentor de competências instrumentais do domínio da execução de procedimentos técnicos é possível fazer intervenções.

Assim, encontramos neste percurso um sentido novo, ou renovado, para a primeira experiência clínica do estudante de enfermagem, que é o da tomada de consciência de si enquanto pessoa num percurso de aprendizagem inserido num mundo de emoções, o encontrar-se e situar-se enquanto estudante de enfermagem e futuro(a) enfermeiro(a). Poder-se ia arriscar a questão: será que os estudantes têm consciência da consciência que tem da experiência vivida ou relatam apenas a sua experiência pré-reflexiva que acabam por construir no decorrer da reflexão que a entrevista provoca (Denzin & Lincoln, 2003)? Seria interessante aprofundar esta questão em estudos futuros, até porque se a entrevista efectuada contribui para a tomada de consciência será pertinente considerar a sua inclusão como instrumento pedagógico de desenvolvimento dos estudantes.

Ao confrontarmos os resultados a que chegámos com estudos prévios, podemos afirmar que a experiência vivida destes participantes confirma os dados de Valsecchi e Nogueira (2002) referentes à existência de vivências, positivas e negativas, relacionadas com a satisfação de estabelecer uma relação com o cliente e com a percepção de que alguns profissionais são insensíveis à dor e ao sofrimento. Na mesma linha, se confirma o que foi referido por Casate e Corrêa (2006) onde é apontado não só o facto de o contacto com o contexto real dos cuidados ser determinante para a confirmação da escolha do estudante, como também que o contacto com o cliente em contexto hospitalar é uma situação que desperta o estudante para o lado humanizante dos cuidados e que a equipa de saúde pode ser um modelo para aprender ou desaprender.

O que emerge de novo nestes dados é que, enquanto os estudos atrás citados referem a prática clínica em geral e não a um momento específico do percurso este estudo apresenta a experiência da primeira semana de ensino clínico, ou seja, aponta para questões muito específicas de tomadas de consciência importantes, designadamente a da confirmação da escolha da profissão que, por ser tão presente na experiência destes participantes após apenas uma semana de contacto hospitalar, nos desperta para a importância deste aspecto ser trabalhado em momentos de reflexão com o estudante, em fases bastante iniciais de presença em contexto clínico.

Outro aspeto relevante nestes dados é a dimensão emocional quase omnipresente, questão que não está ainda muito explorada dado que os estudos que encontrámos estão muito direccionados para as questões específicas do stress e da ansiedade. A título de exemplo, refere-se que numa comparação de estudos realizados em países como os Estados Unidos, Canadá ou Espanha, com estudantes de enfermagem em ensino clínico, se descrevem níveis de stress e ansiedade muito elevados e sempre superiores aos de estudantes de outros cursos universitários (Ratanasiripong, Ratanasiripong, & Kathalae, 2012). No entanto, ao tentar perceber o que causa stress e ansiedade, a par com o medo de falhar, da execução de técnicas e do desconhecido, factores também presentes noutras experiências de ensino clínico que não a primeira (Oliveira, 1999) surge também o medo da primeira experiência clínica e a ansiedade causada pela discrepância entre o que é aprendido em contexto teórico e o que é praticado em contexto (Moscaritolo, 2009), o que pudemos também verificar no nosso estudo.

Salienta-se ainda uma questão, recorrente nas narrativas destes participantes, que é a necessidade de se sentir acolhido, apreciado e reconhecido pelo cliente. Situação semelhante é reportada num estudo com estudantes de enfermagem da Coreia do Sul (Yang, 2013), no qual os mesmos salientam a importância de terem doentes que aceitam ser cuidados por estudantes de enfermagem e referem o desconforto sentido quando o

doente recusa ser cuidado por estes, mas no qual não está tão patente a necessidade de aceitação ou reconhecimento por parte do estudante. No estudo de Yang (2013), surgem também alguns dados comuns aos do presente estudo, nomeadamente o desconforto dos estudantes face a práticas desumanizantes, a expressão de realização pessoal por conseguirem responder a necessidades dos clientes e a expressão do “orgulho do enfermeiro que virei a ser”.

## CONCLUSÃO

No final deste estudo, e com a consciência de que não podemos extrapolar dados ou generalizar conclusões, podemos afirmar que há alguns aspetos que prendem a nossa atenção e que, ao mesmo tempo que nos despertam para a necessidade de acção pedagógica, nos remetem para novas questões.

O facto de este estudo ser a descrição da experiência de apenas uma semana, em contexto hospitalar, decorrida no primeiro ano do curso, apela-nos para a necessidade de não desvalorizar aquilo a que poderíamos chamar uma pequena (curta) incursão no contexto clínico, dado que nela houve tempo para os estudantes confirmarem a decisão de seguir o curso, houve tempo para confrontar o que foi aprendido em contexto teórico com o que foi visto em contexto clínico, mais ou menos (des)ajustado, e houve sobretudo uma profusão de emoções e sentimentos que importa ouvir e analisar, na qual se inclui não só a ansiedade ou o medo, mas também a necessidade de ser aceite e reconhecido pelo cliente de cuidados. Tudo isto reforça a importância das reuniões de análise da prática, com espaço de abertura para a partilha de emoções e sentimentos e para a discussão das situações que os provocam.

Finalmente, ficamos com mais interrogações que valeria a pena explorar: todos os participantes confirmaram a sua escolha do curso mas, entre os não participantes, houve eventualmente abandono do mesmo. Como foi a sua vivência? Esta experiência curta mas intensa, será semelhante quando a iniciação ao contexto clínico é mais demorada, ou seja, se prolonga por várias semanas? Todos os participantes estiveram em contexto hospitalar: será que em outros contextos encontraríamos vivências sobreponíveis ou não? Parece-nos, por isso mesmo, que vale a pena procurar aprofundar se existe uma especificidade do primeiro ensino clínico, para poder vir a ter em conta a vivência dos estudantes no ajustamento da prática pedagógica de forma a potenciar aprendizagens.

## REFERÊNCIAS

- Bosquetti, L. S., & Braga, E. M. (2008). Reações comunicativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio curricular. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42, 690-696.
- Boyle, D. K., Popkess-Vawter, S., & Taunton, R. L. (1996). Socialization of new graduate nurses in critical care. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 25(2), 141-154.
- Cabete, D. (2012). *Autonomy and empowerment of hospitalized older people*. Saarbrücken - Germany: LAP Lambert Academic Publishing.

- Carapinheiro, G. (1993). *Saberes e poderes no hospital*. Porto: Edições Afrontamento.
- Carvalho, M. D. d. B., Pelloso, S. M., Valsecchi, E. A. S. S., & Coimbra, J. A. H. (1999). Expectativas dos alunos de enfermagem frente ao primeiro estágio em hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33, 200-206.
- Casate, J. C., & Corrêa, A. K. (2006). Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40, 321-328.
- Collière, M.-F. (1996). *Promouvoir la vie*. Paris: Masson.
- Comissão Europeia (2009). *Quadro Europeu de Qualificações para a aprendizagem ao longo da vida*. Luxemburgo: Serviço de Publicação Oficial das Comunidades Europeias.
- Cook, T. H., Gilmer, M. J., & Bess, C. J. (2003). Beginning Students' Definitions of Nursing: An Inductive Framework of Professional Identity. *Journal of Nursing Education*, 42(7), 311-317.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). *The landscape of qualitative research* (Second Edition ed.). Thousand Oaks-London: Sage Publications.
- Dubar, C. (1997). *A socialização: construção das identidades sociais e profissionais*. Porto: Porto Editora.
- Edwards, S., & Cooper, N. (2010). Mind mapping as a teaching resource. *Clin Teach*, 7(4), 236-239. doi: 10.1111/j.1743-498X.2010.00395.x
- Ferrater, J. F. (1991). *Diccionario de Filosofia* (5 Ed. ed.). Buenos Aires: Editora Sudamericana.
- Grbich, C. (1999). *Qualitative research in health: an introduction*. London: Sage Publications.
- Karino, M. E., & Guarient, M. H. D. d. M. (2001). Aprendizado no primeiro estagio de enfermagem: a visao dos alunos. *Arquivos de ciências da saúde da UNIPAR*, 5(1), 33-39.
- Koch, T., & Latimer, J. (2006). Establishing rigour in qualitative research: the decision trail/30th anniversary commentary on Koch T. (1994) Establishing rigour in qualitative research: the decision trail. *Journal of Advanced Nursing* 19, 976-986. *Journal of Advanced Nursing*, 53(1), 91.
- Lima, T. C., Paixão, F. R. C., Cândido, E. C., Campos, C. J. G., & Ceolim, M. F. (2014). Estágio curricular supervisionado: análise da experiência discente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(1), 133.
- Macedo, A. P. (2002a). Ensaio Preliminar Para a Construção de um Modelo Teórico de Análise da Formação em Contexto de Trabalho Hospitalar. *Revista Investigação em Enfermagem*, (6), 51-60.
- Macedo, A. P. (2002b). O hospital como empresa: representações e opiniões de uma amostra de enfermeiros. *Enfermagem*, (27/28), 16-25.
- Macedo, A. P. (2004). *Os estágios dos estudantes de enfermagem enquanto actividade formativa em contexto hospitalar*. Paper presented at the Vº Congresso Português de Sociologia.
- Martinez, M. M. (1989). *Comportamiento humano: nuevos métodos de investigación*. Mexico: Trillas.

- Merighi, M. A. B., de Jesus, M. C. P., Domingos, S. R. F., de Oliveira, D. M., & Ito, T. N. (2014). Ensinar e aprender no campo clínico: perspectiva de docentes, enfermeiras e estudantes de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 67(4), 505.
- Moscaritolo, L. M. (2009). Interventional strategies to decrease nursing student anxiety in the clinical learning environment. *J Nurs Educ*, 48(1), 17-23.
- Moustakas, C. E. (1994). *Phenomenological research methods*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Nesler, M. S., Hanner, M. B., Melburg, V., & McGowan, S. (2001). Professional Socialization of Baccalaureate Nursing Students: Can Students in Distance Nursing Programs Become Socialized? *Journal of Nursing Education*, 40(7), 293-302.
- Oliveira, C.M.S.(1999). O stress e *coping* dos alunos em estágio e a relação com o cliente I. *Servir*, 47 (6), 286-295.
- Pereira, T. P., Motta, L. D. N., & Luna, A. A. (2016). Relato de experiência: primeiro contacto com paciente em um centro de terapia intensiva. *Revista Rede de Cuidados em Saúde*, 10(2).
- Queirós, A. A. (2007). As competências dos profissionais de enfermagem: como as afirmar e desenvolver. *Fórum Enfermagem*. <[http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com\\_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147](http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2770:as-competencias-dos-profissionais-de-enfermagem-como-as-afirmar-e-as-desenvolver&catid=147)>.
- Ratanasiripong, P., Ratanasiripong, N., & Kathalae, D. (2012). Biofeedback Intervention for Stress and Anxiety among Nursing Students: A Randomized Controlled Trial. *ISRN Nurs*, 2012, 827972. doi: 10.5402/2012/827972.
- Ricoeur, P. (1978) O conflito das interpretações. Ensaio de hermenêutica. Rio de Janeiro: Imago Editora.
- Rocha, A., & Oliveira, H. (2004). Vivências: reflexão em ensino clínico. *Millenium-Revista on-line do ISPV*, (30), 119-122. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/9.pdf>
- Scherer, Z. A. P., Scherer, E. A., & Carvalho, A. M. P. (2006). Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 285-291.
- Shinyashiki, G. T., Mendes, I. A. I. C., Trevizan, M. A., & Day, R. A. (2006). Professional socialization: students becoming nurses. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14, 601-607.
- Silva, A. (2008). *A arte de ser enfermeiro: Escola Superior de Enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Silva, D., & Silva, E. (2004). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium-Revista on-line do ISPV*, (30), 103-118. <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium30/8.pdf>.
- Silva, D. M., & Silva, E. M. V. B. (2016). Ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium*, (30), 103-119. <http://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8437>.
- Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista [Qualitative research in nursing: advancing the humanist imperative - Book]* (A. P. Santos, Trans. 2nd ed.). Loures: Lusociência.

- Toit, D. d. (1995). A sociological analysis of the extent and influence of professional socialization on the development of a nursing identity among nursing students at two universities in Brisbane, Australia. *Journal of Advanced Nursing*, 21(1), 164-171. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21010164.x
- Trezza, M. C. A. F., Santos, R. M. d., & Leite, J. L. (2008). Enfermagem como prática social: um exercício de reflexão. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 61, 904-908.
- Valsecchi, E. A. d. S. d. S., & Nogueira, M. S. (2002). Fundamentos de Enfermagem: incidentes críticos relacionados à prestação de assistência em estágio supervisionado. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10, 819-824.
- Van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: Human science for an action sensitive pedagogy*. New York: State University of New York Press.
- Yang, J. (2013). Korean nursing students' experiences of their first clinical practice. *Journal of nursing education and practice*, 3(3), 128-138. doi: 10.5430/jnep.v3n3p128.

Contacto: dscabete@esel.pt