



Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem
da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

FICHA TÉCNICA

Publicação Periódica
com periodicidade trimestral
ISSN 1646-5067

Editor
António Freitas

Coordenação Científica
Lucília Nunes

Comissão Científica
Armandina Antunes
Alice Ruivo
Joaquim Lopes
Paula Leal
Sérgio Deodato

Colaboradores Permanentes
Ana Paula Gato
Cândida Ferrito
Dulce Cabete
Fernanda Costa
Lurdes Martins
Mariana Pereira
Paulo Cruchinho

Colaboradores neste Número

Regras de Publicação: N.º 5,
2007

Contactos

lnunes@ess.ips.pt
afreitas@ess.ips.pt

Reservados todos os direitos de autor.
Copyright®

Avaliação Formativa Alternativa, Potencialidades no CLE

Mariana Pereira

Modelo das Dez Etapas – um modelo para o desenvolvimento das competências de processo de enfermagem baseado na utilização dos instrumentos básicos da profissão

Paulo Cruchinho

EDITORIAL

Este número é, verdadeiramente, especial.

Temos publicado artigos enviados, trabalhos de estudantes de diferentes cursos, do Curso de Licenciatura em Enfermagem, ao Curso de Complemento de Formação em Enfermagem e a Pós-Graduações.

Estas é a primeira vez que publicamos estudos originais submetidos a candidatura a concurso de provas públicas para provimento na categoria de professor-adjunto para a área científica de Enfermagem, domínio dos Fundamentos de Enfermagem.

Tal aconteceu na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, de acordo com o edital n.º 541 /2008 no Diário da República 2ª Série n.º 102 de 28 de Maio de 2008 com rectificação n.º 1403/2008 publicada no Diário da República 2ª Série n.º 120 de 24 de Junho de 2008, conforme a alínea f) do n.º 4 do respectivo edital.

Assim, em versão integral, os estudos relativos a:

Avaliação Formativa Alternativa, Potencialidades no CLE,

da autoria de Mariana Pereria

“Quando as escolas praticam uma avaliação autêntica (Wiggins 1989), ou uma avaliação formativa alternativa (Fernandes, 2005), os estudantes e professores começam a ver a avaliação como central à aprendizagem, ligada a tarefas do mundo real, e digna de atenção. Se o objectivo de um sistema de avaliação é educar, melhorar desempenhos em tarefas difíceis, então encaminhar os estudantes para auto-avaliação e auto-regulação dos seus desempenhos é efectivamente a chave.”

e

Modelo das Dez Etapas

– um modelo para o desenvolvimento das competências de processo de enfermagem baseado

na utilização dos instrumentos básicos da profissão de Paulo Cruchinho.

“Esse modelo foi designado por “*Modelo das Dez Etapas*” e integra os dez indicadores com diferenças estatisticamente significativas que foram encontrados nos quatro anos de curso da licenciatura. Este modelo pretende operacionalizar as quatro fases do processo de enfermagem - recolha de dados, planeamento das intervenções de enfermagem, implementação das intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados - através de dez etapas: 1) a colheita de dados relevante; 2) planeamento de resultados, diagnósticos e intervenções de enfermagem; 3) ordenação das intervenções de enfermagem a partir dos resultados; 4) validação durante a prestação de cuidados de problemas e resultados esperados; 5) promoção da participação do cliente na reformulação do plano de cuidados; 6) informação e comunicação para os membros da equipa; 7) prestação de cuidados de acordo com a orientação do plano de cuidados; 8) avaliação de resultados com o cliente e cuidadores; 9) Actualização do plano de cuidados e 10) utilização dos dados de avaliação. ”

São bons exemplos de como a investigação concorre efectivamente para o aumento do conhecimento na área educativa ou, se preferirem, na Educação em Enfermagem.

Boas Leituras,

LN

Avaliação Formativa Alternativa, Potencialidades no CLE

Mariana Vitória Falcão Carrilho Carolino Pereira

INTRODUÇÃO

Vivemos uma época de mudanças políticas e sociais, onde a informação e a globalização assumem um destaque e influência que implica que a sociedade acompanhe estas mudanças, caso contrário, coloca em risco a sua competitividade. O mesmo para as Instituições de Ensino Superior, que ao não acompanharem estas mudanças podem correr o risco do seu ensino não responder às necessidades dos seus estudantes, por forma a prepará-los para o mercado de trabalho.

A avaliação assume neste contexto, político, social e educativo, um papel de relevo se a entendermos como forma de melhorar a qualidade do Ensino. Mas parece também ser necessário repensar as práticas educativas e de que modo a avaliação ao serviço das aprendizagens pode servir a aquisição e desenvolvimento de competências dos estudantes, neste caso, dos estudantes de Enfermagem.

A avaliação, o seu desenvolvimento conceptual, metodológico e de aplicabilidade técnica está relacionado com diferentes orientações, práticas educativas, mas com a convicção comum de que a avaliação é imprescindível para o desenvolvimento da sociedade. A sua complexidade e importância são indiscutíveis, quer falemos de avaliação em educação, quer noutras áreas da sociedade.

O presente trabalho, de natureza teórico-reflexiva, visa responder ao solicitado no âmbito do concurso para professor adjunto da Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS) e, tem como objectivo, reflectir sobre a avaliação e o papel do avaliador, sobre a sua complexidade e responsabilidade. O docente de Enfermagem necessita de mobilizar as suas competências pedagógicas por forma a potenciar e regular o processo de ensino e aprendizagem. A minha reflexão, depois de um enquadramento teórico de suporte, está de acordo com a concepção de que a avaliação faz parte do processo de ensino e aprendizagem, que deve servir as aprendizagens dos estudantes e, procurar regular o processo considerando os seus diferentes intervenientes.

Reflectir sobre a avaliação é estar consciente das suas origens, e inicialmente, segundo uma revisão

da evolução histórica da avaliação apresentadas por Madaus e Stufflebeam (2000), entende-se o quanto o papel do avaliador se tem modificado, paralelamente ao conceito da própria avaliação. É também perceber os paradigmas que norteiam a avaliação, o que segundo Guba e Lincoln (1994), é crucial para o avaliador, sendo que este não deverá fazer inquéritos/pesquisas sem ter uma noção de qual o paradigma que o informa e guia a sua actuação. Partimos de um paradigma positivista com uma perspectiva redutora da avaliação e limitada a uma mensuração de resultados, até um tempo (actual mas ainda não factual), adoptando um paradigma progressivamente mais naturalista, onde a avaliação faz parte do processo de ensino e aprendizagem e, tão somente, deve servir para aprender.

Qual o papel do avaliador? Considerando a minha experiência, o que me orienta em termos de paradigma na minha forma de ser professora, de estar com os estudantes e encarar a avaliação, penso ser uma mais - valia para esta reflexão dar resposta às questões apresentadas por Nevo (1986), sobre avaliação. Indo claramente ao encontro da utilização de abordagens alternativas, as focadas neste trabalho, serão essencialmente a "Avaliação focada na utilização" proposta por Patton (2003), "Avaliação Alternativa" de Gipps e Stobart (2003) e "Avaliação Autêntica" de Wiggins (1989), inseridas numa quarta geração proposta por Guba e Lincoln (1989) que se caracteriza por uma maior contextualização da avaliação, existir uma preocupação com todos os intervenientes, ser negociada e mais participativa.

O próprio avaliador passa a ser um sujeito da avaliação, tendo o papel de organizar o processo. Estão inseridas no paradigma construtivista, aquele com o qual me identifico e orienta a minha actuação como docente, como avaliador no processo educativo.

AVALIAÇÃO – EVOLUÇÃO HISTÓRICA E CONCEPTUAL

Apresentamos, uma breve revisão sobre a evolução da avaliação até aos nossos dias, seguida de uma referencia a algumas formas de avaliação alternativa, que se configuram numa perspectiva

construtivista, modificando os papéis do estudante e professor no processo de ensino e de aprendizagem.

Numa perspectiva histórica da avaliação, segundo Madaus e Stufflebeam (2000), percebe-se o quanto o papel do avaliador se tem modificado, paralelamente ao conceito da própria avaliação. É também compreender os paradigmas que norteiam a avaliação, o que segundo Guba e Lincoln (1994), é crucial para o avaliador, sendo que este não deverá poder fazer inquéritos / pesquisas sem ter uma noção de qual o paradigma que o informa e guia na sua actuação.

A avaliação, não é algo recente, Madaus e Stufflebeam (2000), datam o seu início em 1792 e denominam sete idades, sete períodos até aos nossos dias. Em cada uma se referem os aspectos principais que caracterizam cada época de forma a conhecermos aspectos históricos, justificações filosóficas e conceptuais da avaliação. Explicam como a avaliação se desenvolveu, reforçando a importância deste conhecimento para a concepção da própria avaliação.

Os sete períodos são: Idade da Reforma (1792-1900); Idade da Eficiência (1900-1930); Idade de Tyler (1930-1945); Idade da Inocência (1946-1957); Idade do Desenvolvimento (1958-1972); Idade da Profissionalização (1973-1983); Idade da Expansão e Integração (1983-2000).

Terá sido com Farrish (1792) que se inicia a avaliação, pois "inventou" a forma quantitativa para avaliar os exames. Neste primeiro período, Idade da Reforma (1792-1900), e o mais alargado temporalmente, inclui-se a Revolução Industrial que levou a alterações na consciência social e na estrutura das organizações, passando a avaliação a ser alargada a outros aspectos (avaliação dos alunos e da própria escola).

A segunda época, Idade da Eficiência (1900-1930), marcada pelo trabalho de Frederick Taylor que deu origem ao movimento de gestão científica com ênfase na sistematização, normalização e eficácia, sendo possível a comparação entre sistemas através da utilização dos testes *standard*.

Tyler marca a terceira época, Idade de Tyler (1930-1945), que significa chegar ao ponto em que objectivos válidos foram atingidos como parte integrante de um programa de educação. É uma abordagem que apela à medição de objectivos comportamentais definidos, centrando-se nos resultados da aprendizagem. Neste período é também importante destacar o "Eight-Year Study", estudo experimental, que veio mostrar uma nova concepção de avaliação educacional, que consistiu em comparar os objectivos pretendidos aos que foram realmente alcançados, havendo uma preocupação com os resultados

decorrentes da aprendizagem.

O quarto período, Idade da Inocência (1946-1957), é caracterizado pelo desenvolvimento dos aspectos técnicos da avaliação com o crescimento dos testes standardizados. Lindquist (1953) expandiu e delineou os princípios estatísticos da abordagem experimental.

A Idade do Desenvolvimento (1958-1972) é marcada pelo desenvolvimento de projectos de avaliação do currículo em larga escala e o surgir de novas teorias, métodos de avaliação e novas funções para os avaliadores.

No período denominado como a Idade da Profissionalização (1973-1983) o campo da avaliação começa a consolidar-se. Desenvolve-se nesta altura uma ruptura entre as abordagens positivistas/quantitativas e as abordagens qualitativas, o que implicou mudanças na prática de avaliação.

O último período, Idade da Expansão e Integração (1983-2000), caracteriza-se pelo aumento de actividade no desenvolvimento e utilização de normas de avaliação.

O que visa esta evolução da avaliação? Claramente uma contribuição para melhorar a aprendizagem, o ensino e a administração, cuidados de saúde e saúde, e a qualidade de vida em geral na sociedade, como defendem Madaus e Stufflebeam. O que se modificou na avaliação durante estes anos? Poderemos pensar no aumento da sua complexidade, a nível conceptual e técnico. Também e, conseqüentemente, o papel do próprio avaliador se modificou, desde a forma como avalia, como se relaciona com o avaliado, como responde às questões éticas da própria avaliação.

Vejamos o percurso histórico sob outra perspectiva. Guba e Lincoln (1989), de forma a sistematizarem a evolução do conceito de avaliação, identificaram quatro gerações da avaliação, que são: a medida, a descrição, o julgamento e por último a avaliação respondente ("*responsive constructivist evaluation*").

A primeira geração, aparece associada à **medida** dos resultados escolares dos alunos, sendo uma avaliação orientada para a medição. O avaliador tem um papel técnico, espera-se que conheça uma série de instrumentos disponíveis, para que qualquer variável escolhida possa ser medida. Predominam os testes, avalia-se sob um paradigma positivista, sendo o investigador e objecto investigado independentes.

O investigador é capaz de estudar o objecto sem o influenciar ou ser influenciado por ele (epistemologia); o avaliador / investigador utiliza uma metodologia experimental e de manipulação por forma a prevenir influências nos resultados. Uma segunda geração, orientada para a **descrição**, tem como

novidade, em relação à anterior, a formulação de objectivos – a medida passa a estar ao serviço da avaliação, pois serve para determinar se os objectivos foram alcançados. Esta geração caracteriza-se pela descrição de pontos fortes e pontos fracos e dificuldades relacionadas com certos objectivos. Há uma necessidade de complementar falhas decorrentes da geração da medida, tal como o facto de se ter apenas em conta os estudantes como objecto de avaliação, apercebem-se os avaliadores da importância do currículo inicialmente após a primeira Guerra Mundial e depois com o estudo denominado "The Eight Year Study" em 1933. Há uma necessidade de perceber se os currículos são adequados não só em termos teóricos mas também a nível prático.

Com a terceira geração, surge a noção de **juízo** inerente ao acto de avaliar, questionam-se os objectivos e o avaliador vive o conflito de ter de adoptar o papel de juiz, para muitos, incompatível com o acto de avaliar. Com a geração anterior a negligenciar os juízos de valor, esta é marcada pela inclusão dos mesmos. Avaliar é julgar, não pode haver avaliação sem juízo de valor, ideia introduzida por Michael Scriven em 1967. Esta geração caracteriza-se pelo esforço de alcançar juízo, pois o avaliador tem de assumir o papel de juiz, mantendo as funções das gerações anteriores. Os avaliadores assumirem o papel de juiz foi uma dificuldade que parece estar relacionada com o facto dos avaliadores não se sentirem preparados, competentes para desempenhar tal papel, sentiam-se vulneráveis politicamente.

As três primeiras gerações surgem de forma complementar umas das outras, isto é, por forma a completarem as falhas identificadas nas anteriores, aumentando a complexidade e modificando o papel do avaliador (primeiro mede, depois mede e descreve e posteriormente mede, descreve e ajuíza). No entanto, coexistem questões problemáticas nestas três gerações, a tendência para a administração que estabelece uma relação entre avaliador e quem decide tendo em conta a avaliação, podendo haver conflito pelo facto de não terem ambos os mesmos objectivos para a avaliação; são gerações onde, de uma forma global, não se lida bem com o pluralismo de valores (é uma questão problemática para o método científico fazer alguma gestão de valores) e existe um envolvimento excessivo no paradigma científico (até pela necessidade de legitimação profissional da avaliação, não permitindo a possibilidade de formas alternativas de pensar sobre o avaliado).

Estamos perante três gerações, cuja

perspectiva é claramente subordinada ao paradigma positivista, pelos seus posicionamentos face às questões de natureza ontológica, epistemológica e metodológica.

Propõem Guba e Lincoln (1989) uma quarta geração, pela necessidade de uma abordagem alternativa da avaliação designada como "*responsive constructivist evaluation*", considerando que nas anteriores existe uma (excessiva) identificação com o paradigma positivista. Qualquer avaliação deve começar por determinar que questões colocar e que informação recolher. Nesta geração introduz-se o conceito de *stakeholder* – que são aqueles a quem a avaliação diz respeito, interessa, directa ou indirectamente. Na avaliação respondente procura-se confrontar várias informações e chegar a um consenso, através da negociação entre os grupos de *stakeholders* sob a orientação do avaliador, realizado em quatro fases: - escolha dos *stakeholders* e quais os "claims", "concerns" e "issues" que pretendem introduzir; - cada grupo de *stakeholders* transmite as suas informações aos outros grupos para que possam comentar, discutir, chegar a um acordo, por forma a resolver as questões iniciais; - o avaliador recolhe informação sobre "claims", "concerns" e "issues" que não tenham sido resolvidos, podendo a informação ser qualitativa ou quantitativa; - procura-se consenso, através da negociação entre os grupos de *stakeholders* sob a orientação do avaliador. A quarta geração é caracterizada por uma maior contextualização da avaliação, existir uma preocupação com todos os intervenientes, ser negociada e mais participativa. O próprio avaliador passa a ser um sujeito da avaliação, tendo o papel de organizar o processo. **Negociação** é a palavra-chave desta geração. Estamos perante uma geração que se identifica com o paradigma construtivista, onde co-existem múltiplas realidades, o investigador é colocado no papel de participante e facilitador neste processo.

Segundo Nevo (1986), numa tentativa de conceptualizar a avaliação estendeu uma lista inicial de oito questões colocadas por Stufflebeam a dez questões às quais chamou dimensões, nomeadamente: Como é definida a avaliação?; Quais são as funções da avaliação?; Quais são os objectos da avaliação?; Que tipos de informação deviam ser coligidas em relação a cada objecto?; Que critério devia ser usado para julgar o mérito e valor de um objecto avaliado?; A quem deve servir a avaliação?; Qual é o processo de fazer avaliação?; Que métodos de inquérito deviam ser usados em avaliação?; Quem deve fazer avaliação?; Por que padrões deve ser julgada a avaliação?.

A resposta a esta questão não é de todo fácil e limitada a intervenientes óbvios, é importante perceber que a avaliação pode ter mais do que um cliente ou audiência, e que diferentes audiências podem ter diferentes necessidades e, ainda que, quer as audiências específicas, quer as suas necessidades de avaliação devem ser claramente identificadas no início do planeamento da avaliação. Dado, por vezes, a impossibilidade de servir todas as necessidades de avaliação identificadas em simultâneo, algumas prioridades têm de ser fixadas relativamente às necessidades específicas de avaliação à qual responderá.

É também nas respostas a estas questões que o avaliador se coloca ao serviço da avaliação, mobiliza competências enquanto profissional e assegura a integridade de todo este processo. Numa perspectiva construtivista, fá-lo de forma participativa no grupo, é facilitador do processo, mas quanto às questões éticas, se no positivismo a ética é extrínseca ao processo de inquérito /pesquisa em si, no construtivismo, a ética é intrínseca a este paradigma também por causa da inclusão dos valores participantes no inquérito/pesquisa.

A evolução da avaliação parece caminhar no sentido de uma abordagem mais naturalista, fazendo sentido, para alguns, as assunções do paradigma construtivista, e apresentando algumas abordagens denominadas de "alternativas". Das abordagens alternativas gostaríamos de salientar a Avaliação focada na utilização de Patton (2003), a Avaliação alternativa de Gipps e Stobart (2003), e Avaliação Educativa – Autêntica de Grant Wiggins (1989), pensando na sua utilização na educação.

AVALIAÇÃO – PERSPECTIVA (S) NUM PARADIGMA NATURALISTA

Pensar avaliação sob uma perspectiva naturalista é entender a mesma de forma positiva e como oportunidade para os estudantes aprenderem (Fernandes, 2005). A avaliação só faz sentido se efectivamente for usada para ensinar a aprender. É ir mais longe e conseguir entender a avaliação como fazendo parte do processo de ensino e aprendizagem, é estar associado a uma nova forma de pensar em educação, nomeadamente acerca do conhecimento e da aprendizagem. A prática avaliativa suportada por uma teoria construtivista implica um olhar diferente para o papel de quem aprende e de quem ensina. Professores que adoptam as teorias construtivistas assumem um papel de apoio à aprendizagem em vez de controlo da aprendizagem, ideia corroborada por Fosnot (1999) e Fernandes (2005).

Segundo Patton (2003), na "*avaliação focada na utilização*", a avaliação deve ser julgada pela sua utilidade e pelo uso que dela se fará, pois destina-se a necessidades reais e concretas. Aos avaliadores compete facilitar todo o processo de avaliação, desde a concepção até à sua finalização, e tecer considerações cuidadas sobre como tudo precisa ser feito, estando sempre presente a ideia de que o foco da avaliação reside na intenção de uso da mesma pelos *stakeholders*.

A "*avaliação focada na utilização*", estando inserida num paradigma construtivista, inclui o envolvimento pessoal e, conseqüentemente, maior responsabilização, preocupação, compromisso e também entusiasmo dos *stakeholders* para com a avaliação e, por isso, com os efeitos produzidos pela mesma. Na educação falamos de um maior envolvimento de professores e estudantes no processo de ensino e aprendizagem, conseqüentemente na avaliação, existindo um trabalho comum em todo este processo, que implica por parte do avaliador (professor), a mobilização de competências não só técnico-científicas, mas também relacionais.

Neste "modelo" de avaliação existem algumas etapas principais, iniciando-se com a selecção dos *stakeholders* utilizadores da avaliação e a realização de reuniões entre estes e o avaliador, onde são tomadas decisões importantes sobre a avaliação. Seguidamente, decidem-se em conjunto os focos da avaliação. O estabelecimento de prioridades nas questões da avaliação inclui considerações relativas sobre aquele foco, quanto aos objectivos, à implementação do programa e ao modelo teórico do programa (diferentes tipos de avaliação poderão ser discutidos). O avaliador trabalha com os *stakeholder* para determinar utilizações prioritárias, atendendo a considerações políticas e éticas.

Num estilo interactivo e situacionalmente respondente, o avaliador ajuda os *stakeholders* a responder a essas questões. Segue-se a escolha da metodologia adequada, relativamente à compreensão, nível de exactidão, praticabilidade, propriedade e custos, entre outros. Tudo isto tem sempre subjacente a preocupação com a utilidade. Quando toda a informação está colhida e organizada para análise, inicia-se a fase em que os *stakeholders* interpretam as descobertas e fazem juízos, surgindo recomendações (ideias). Formalizam-se estratégias específicas de acordo com os resultados e avança-se para a actualização actual dos mesmos. Por último, procede-se aos ajustamentos entre o uso planeado e aqueles que não estão planeados. Ao longo deste processo, o avaliador pode descobrir que novos utilizadores tornaram-se importantes ou novas questões emergiram

no meio das decisões quanto à metodologia. As questões alimentam as metodologias mais adequadas e vice-versa.

Realça-se a importância de uma boa descrição e caracterização exaustiva da situação e o estabelecimento de prioridades e finalidades bem definidas. Aplicação deste “modelo”, será fácil?; Que questões estarão associadas à sua representação e aplicabilidade, quer por parte dos estudantes, quer por parte dos docentes envolvidos. Poderemos pensar, na realidade da ESS, em formas modificadas que procuram englobar algumas das orientações deste modelo, ainda que não seguindo os seus passos exactamente como descritos pelo autor.

Pensemos por exemplo, no Curso de Licenciatura em Enfermagem onde os estudantes durante a realização dos ensinamentos clínicos, do primeiro ou segundo ano, em contexto hospitalar, sob orientação de um docente que os acompanha durante este percurso, são os *stakeholders* principais, mas que percebem que outros *stakeholders* estão envolvidos (ainda que não intervenham nas reuniões de tomada de decisão do processo de ensino-aprendizagem), as pessoas que são cuidadas pelos estudantes. Os focos da avaliação são discutidos, mas está sempre presente uma preocupação com a utilidade, neste caso o desempenho dos estudantes visará sempre o cuidar das pessoas respeitando a sua individualidade e promovendo a sua independência e autonomia. Os estudantes têm de mobilizar diferentes instrumentos básicos e competências de forma a poderem prestar cuidados de enfermagem globais e individualizados ao indivíduo e família.

O avaliador acompanha e facilita durante todo o processo, monitoriza o seu papel através de uma resposta que tem em conta a situação e que é activa – reactiva- adaptativa. O facto de se tratar de um processo dinâmico pode levar o avaliador a apresentar as suas preocupações, questões e valores para a mesa de negociações. Não será isto o esperado da avaliação em educação?

Acrescenta Patton (2003) que apesar do avaliador ser ele também um *stakeholder* (não o principal), a sua credibilidade, reputação e crenças estão presentes. O processo activo – reactivo – adaptativo obriga o avaliador a representar os standards e princípios de uma profissão, a ter presentes o seu senso de moralidade e integridade, bem como a respeitar as crenças e preocupações dos principais utilizadores. Falamos de um processo que necessita de ser pensado desta forma, para evitar envolvimento tais, que contaminem a própria avaliação. O avaliador, deve ter em atenção a precisão, a fiabilidade e

propriedade da mesma (Joint Comité, 1994, citado por Patton).

O avaliador é um profissional e como tal tem a responsabilidade de agir de acordo com os princípios da profissão. Assim, são referidos o actuar com competência, assegurar a honestidade e integridade de todo o processo de avaliação, respeitar as pessoas envolvidas e afectadas pela mesma, e ser sensível à diversidade de interesses e valores que podem estar relacionados com o bem estar público em geral.

Voltando ao exemplo dos ensinamentos clínicos, parece-me muito clara a necessidade do avaliador (docente) agir com competências, ser responsável por agir de acordo com os princípios da profissão, assegurar a honestidade e integridade de todo o processo de avaliação, respeitar as pessoas envolvidas e afectadas pela mesma, e ser sensível à diversidade de interesses e valores que podem estar relacionados com o bem estar público em geral, facilmente entendido quando algum estudante tenha dificuldade em apresentar um desempenho compatível com padrões de qualidade mínimos que não coloquem em risco as pessoas de quem cuidam. Daí também o meu interesse pelas questões éticas, que na avaliação focada na utilização são levantadas, colocando por exemplo questões quanto ao papel do avaliador. Pergunta-se: Poderá este ficar muito ligado aos stakeholders? Como manter estão a sua integridade? Como pode o avaliador ter em conta questões políticas, sem tomar posição apenas por uma das partes? Penso por exemplo, nos estudantes como *stakeholders* principais, mas... e os clientes, não serão estes os principais interessados da avaliação? Pensemos não apenas no presente, mas nos futuros profissionais que se estão a formar.

Também nestas questões Patton (2003) diz que a relação entre avaliador e *stakeholders* é efectivamente uma relação complexa. Por um lado, deverá manter uma certa distância que lhe permita salvaguardar a objectividade do estudo. Por outro lado, o estabelecer de uma relação é fundamental para construir um entendimento mútuo.

Está então o avaliador perante um dilema: se se envolver de forma muito próxima poderá afectar a credibilidade científica, mas se for muito distante vai minar o uso da avaliação.

Quando cruzamos este pensamento com o de Scriven (1967), que defende que o avaliador deverá guardar escrupulosamente a sua independência, deverá servir a procura da verdade e não as pessoas, deverá acompanhar o processo, mantendo sempre alguma distância, de forma a salvaguardar a avaliação, não podemos deixar de concordar com Patton que através da sua experiência com a avaliação focada na utilização, enaltece as qualidades das pessoas envolvidas no processo e de como estas são uma mais valia para o

mesmo, enriquecendo-o com os seus contributos.

A “*avaliação alternativa*”, segundo Gipps e Stobart (2003) não é só o uso de formas alternativas de avaliação, mas também o uso alternativo da avaliação como parte do processo de aprendizagem.

Na “*avaliação alternativa*”, considera-se aprendizagem como um processo no qual o “aprendente” constrói activamente o significado/saber, participa na sua avaliação, mas também necessita de auto-monitorização, contrariamente ao modelo psicométrico onde existe uma centralização no requisito de responsabilidade, standardização da administração, das tarefas e das notas e onde a classificação é baseada, sobretudo, na referência a normas.

Nesta forma de avaliação educativa, lida-se com os resultados individuais relativos ao próprio mais do que aos outros, procura-se os testes para competência mais do que inteligência, procura-se o melhor em vez de performances típicas, representando um olhar construtivista na avaliação onde **o objectivo é ajudar** em vez de sentenciar o indivíduo. Os avaliadores (professores) e estudantes colaboram para produzir a melhor performance, o que nos leva a pensar que um envolvimento maior terá consequentemente mais responsabilidades, nomeadamente para o avaliador, e também maior satisfação pelo resultado do seu trabalho.

Se à partida podemos pensar que esta é uma forma “perfeita” de fazer avaliação carece que se avance um pouco mais na reflexão sobre este assunto. Podemos pensar nos argumentos que estão a favor (referidos pelo autor) e que são: autenticidade, complexidade cognitiva e relação directa entre estudante e professor; são incluídos valores e consequências sociais; poder ultrapassar a fraqueza das avaliações convencionais em que a partir de resultados de testes de escolha múltipla, a interpretação que se faz pode não corresponder ao conhecimento do estudante. Relativamente aos argumentos contra, estes são: envolver muito tempo, muitas tarefas e, consequentemente, muitas despesas; se se diminuir a amostra, o tempo e as tarefas, é mais fácil traduzir um resultado válido; classificação complexa e envolve o professor da turma; falta de níveis científicos de precisão.

A minha identificação com a avaliação alternativa está relacionada com a ideia de que os (avaliadores) professores e estudantes colaboraram para produzir a melhor performance. Leva-nos a pensar que um envolvimento maior também trará mais responsabilidades, nomeadamente para o avaliador, e também maior satisfação pelos resultados do seu trabalho.

Responsabilidade, envolvimento, partilha - conceitos inerentes à ideia de que o estudante é um participante activo no processo de avaliação. Nesta relação professor – estudante outras estratégias se

tornam fundamentais, tais como a auto – avaliação e *feedback*. É fundamental a reflexão, o auto questionamento, para tornar claro o processo de aprendizagem. Com a metacognição os alunos apreciam e regulam a sua própria aprendizagem pela auto-avaliação. No caso do *feedback*, este é um aspecto chave da avaliação para a aprendizagem e da avaliação formativa em particular. A importância que tem para o estudante desenvolver competências de auto-avaliação que o ajudem a melhorar as suas competências metacognitivas. É fundamental a reflexão, o autoquestionamento, para tornar claro o processo de aprendizagem. Com a metacognição os estudantes apreciam e regulam a sua própria aprendizagem pela auto-avaliação. No caso do *feedback*, este é um aspecto chave da avaliação para a aprendizagem e da avaliação formativa em particular. Gipps para descrever e classificar *feedback* sugere avaliativo e descritivo, em que o avaliativo – julga com o uso implícito ou explícito de normas, e o descritivo – é um relato de tarefas e faz referências específicas ao resultado actual ou competências dos estudantes. No *feedback* descritivo poderão ainda existir dois tipos, um onde o professor fornece clareza e retém o controlo do acto pedagógico – “Consecução e melhoria”; outro, onde o professor ajuda os estudantes a desenvolver competências de auto-avaliação e auto-monitorização, existe partilha da responsabilidade da avaliação e da aprendizagem como os estudantes, professores e estudantes discutem e constroem mutuamente resultados ou melhoria, papel dos estudantes integrado próprio processo de *feedback*, o estudante é encorajado e apoiado a fazer auto-avaliação, estudantes utilizam estratégias metacognitivas, são apoiados pelo professor (não dependem dele, ao decidir o valor da performance e como pode melhorar) – “Construindo resultados e o passo seguinte”.

O uso deste tipo de *feedback*, muda a ênfase para o próprio papel dos estudantes na aprendizagem, usando abordagens que passam o controlo ao estudante e, onde o professor se torna mais um facilitador do que um fornecedor ou juiz. Professor **com** o estudante mais do que para o estudante. Sendo esta a chave de todo o processo, a relação professor – estudantes é crucial para o processo de ensino e de aprendizagem.

Do mesmo modo que neste trabalho se inclui a avaliação alternativa de Gipps e Stobart, não posso deixar de explicitar algumas considerações sobre a “*avaliação autêntica*”, que para Wiggins (1989), é uma forma de ajudar os estudantes sistematicamente a auto-regular o seu desempenho, de forma a melhorarem e

atingirem um desempenho excelente. Este tipo de avaliação tem pelo menos duas qualidades essenciais, o estar ancorada em tarefas autênticas e proporcionar ao estudante e professor *feedback* e oportunidades para poderem rever os desempenhos nestas ou em tarefas similares.

A avaliação autêntica tem um papel chave ao ajudar o estudante a desenvolver e promover a sua aprendizagem. Professores e estudantes colaboram para produzir a melhor *performance* que o estudante é capaz, utilizando mecanismos como o *feedback* e a metacognição por forma a regular o processo de ensino-aprendizagem. É uma avaliação que promove a autonomia e responsabilidade por parte dos estudantes, assim as estratégias educativas necessitam de ser em conformidade com esta forma de pensar avaliação e o ensino. No caso do CLE, são várias as possibilidades em termos de estratégias de ensino e aprendizagem utilizadas no CLE, importa na adequação do novo Plano de estudos, ser inovador e simultaneamente criativo por forma a conjugar as boas experiências, tais como PBL e trabalho de projecto, com os recursos.

As tarefas de avaliação são tarefas autênticas, reais e contextualizadas, proporcionando ao estudante desafios em que, mais adequadamente, mostrem o seu conhecimento e habilidades no mundo real, aplicando e desenvolvendo pensamento crítico através da resolução de problemas. As tarefas a realizar são também, e decorrente das próprias premissas do processo, do seu conhecimento antes da avaliação. Tarefas autênticas são desafios que mais adequadamente mostram aos estudantes o que é esperado para usarem o seu conhecimento e habilidades no mundo real – aparentam ser tarefas agradáveis e desafiadoras.

Na avaliação autêntica os objectivos da aprendizagem e os *standards* são tão claramente expostos que os estudantes compreendem o que é que é esperado aprenderem. Mais, estes objectivos e standards são expostos em termos de desempenho para que os estudantes saibam como é que é esperado que demonstrem a sua aprendizagem.

Todos os estudantes podem de forma cuidada auto-avaliar o seu trabalho, apreciar a sua habilidade de desempenho, e clarificar a auto-avaliação do seu trabalho em tarefas específicas, que na sua maioria são realizadas de forma a assegurar que há tempo e oportunidade para rever e melhorar baseado no *feedback* e auto-avaliação.

Também o **diálogo dos professores muda**, quando se trata de avaliação autêntica. Falam mais acerca dos níveis de habilidade dos estudantes, acerca de níveis de desempenho e tarefas, do que acerca de resultados dos estudantes nos testes tradicionais. Falam de como e porquê dos resultados a decorrer e acerca de

como podem ser melhorados. Os professores querem saber não apenas as assunções com que os estudantes iniciaram, as decisões que tomaram, mas também porque é que os estudantes tomaram essas assunções como válidas e como justificam as suas decisões.

“A essência da avaliação educativa é ensinar e melhorar. Os dois elementos fundamentais são: tarefas autênticas; construir sobre um *feedback* de desempenho.” (Wiggins, 1989, p.21)

Avaliação autêntica é a verdadeira avaliação de desempenho porque se aprende, possibilitando aos estudantes poderem inteligentemente utilizar o que aprenderam em situações semelhantes a situações reais, e também inovar em novas situações. Para que isto seja possível, necessitamos de tarefas autênticas e Wiggins (1989), afirma que uma tarefa autêntica, deve ser realista, replica aquilo que seria uma situação real, requer julgamento e inovação, o estudante necessita de usar conhecimento e habilidades sensata e efectivamente para poder resolver problemas, solicita ao estudante que realize a instrução, replica ou simula contextos reais, avalia a habilidade do estudante (eficiente e eficazmente) de utilizar um repertório de conhecimento e habilidades para negociar uma tarefa complexa, permite oportunidades de ensaio, prática, consulta de fontes, e obter *feedback* durante e melhorar desempenhos e produtos. Ou seja, para o autor, se considerarmos o *feedback* como central a todas as aprendizagens, então também deve ser central para ensinar.

Na avaliação autêntica os estudantes recebem *feedback* imediato, conforme vão realizando o trabalho, e também são avaliados na forma como o solicitam, ponderam e efectivamente utilizam o *feedback*. O fim da avaliação é primariamente educar e melhorar o desempenho dos estudantes, não meramente auditá-los.

AVALIAÇÃO – TIPOS E FUNÇÕES

Consideramos que “Avaliação designa o acto pelo qual a propósito de um acontecimento, de um indivíduo ou de um objecto, emitimos um juízo reportando-nos a um (ou vários) critérios, quaisquer que sejam, aliás esse (s) critério (s) e o objecto do juízo.” (Noizet e Caverni, 1985, p.10).

Atribuindo um papel importante na avaliação à descrição do processo, Stufflebeam (1985) refere que é preciso, primeiro, identificar as necessidades educacionais e só depois elaborar programas de avaliação centrados no processo educativo para que seja possível aperfeiçoar este processo.

Em função da finalidade da avaliação, Bloom, Hastings e Madaus (1971), consideram três tipos de avaliação: uma preparação inicial para a aprendizagem, uma verificação da existência de dificuldades por parte do estudante durante a aprendizagem e o controlo sobre se os estudantes atingiram os objectivos fixados previamente. Os tipos de avaliação referidos representam, respectivamente, *a avaliação diagnóstica*, *a avaliação formativa* e *a avaliação certificativa*.

Avaliação Diagnóstica

A avaliação diagnóstica é aquela que, segundo Noizet e Caverni (1985) serve para avaliar a capacidade que um estudante possui para frequentar determinados cursos ou disciplinas, estando ligada à *orientação escolar*, à avaliação de capacidades dos alunos. A avaliação diagnóstica pretende averiguar a posição do estudante face a novas aprendizagens que lhe vão ser propostas e a aprendizagens anteriores que servem de base àquelas, no sentido de colmatar dificuldades futuras e, em certos casos, de resolver situações presentes.

Avaliação Sumativa

A função sumativa da avaliação está associada à certificação, à atribuição de uma classificação quantitativa ou qualitativa, que se refere a um juízo atribuído sobre o trabalho do estudante, ou seja, um balanço de resultados no final de uma unidade temática tem como característica fundamental, "o julgamento do aluno, do professor ou do programa que é feito em relação à eficiência da aprendizagem ou do ensino uma vez concluídos." (Bloom, Hastings e Madaus, 1971, p.129)

Ribeiro, L. (1999) considera que a avaliação sumativa presta-se à *classificação*, mas não se esgota nela, nem se deve confundir com esta, podendo, evidentemente, existir avaliação sumativa sem classificação. Acrescenta que a avaliação sumativa e formativa, não sendo a última uma alternativa à anterior, podem coexistir e complementar-se.

"A avaliação sumativa corresponde a um balanço final, a uma visão de conjunto relativamente a um todo. Esta torna-se pertinente no final de um segmento, já longo, de aprendizagem." (Ribeiro, 1999, p.89) A finalidade da avaliação sumativa é fundamentalmente de carácter selectivo, determinando a posição relativa do estudante no grupo. Corresponde a um balanço final de um período de aprendizagem.

Avaliação Formativa

A avaliação formativa, conceito introduzido por Scriven, é actualmente defendida por muitos autores como a principal modalidade da avaliação. Para Perrenoud (1993) a avaliação formativa é uma avaliação

que ajuda o aluno a aprender e o professor a ensinar.

A avaliação formativa, ao apreciar o modo como decorre o processo de ensino e de aprendizagem, permite, ainda, na opinião de Scriven (1967), que o professor adapte as suas tarefas de aprendizagem, introduzindo alterações que possibilitem uma maior adequação das mesmas. Não se trata, no entanto, de uma avaliação simplesmente informal e permanente; a sua planificação deve permitir a existência de momentos organizados de avaliação formativa, devendo planejar-se momentos para averiguar dos resultados obtidos, recolhendo informações com regularidade acerca do processo de aprendizagem. A avaliação formativa visa desta forma regular o processo de ensino e de aprendizagem, detectando e identificando metodologias de ensino mal adaptadas ou dificuldades de aprendizagem nos estudantes.

O maior mérito da avaliação formativa é, na opinião de Bloom, Hastings e Madaus (1973, p.142) "a ajuda que ela pode dar ao aluno em relação à aprendizagem da matéria e dos comportamentos, em cada unidade de aprendizagem."

Com a avaliação formativa existe uma preocupação com o processo de aprender do estudante e não com o produto final, a sua "finalidade é a de fornecer informações que permitam uma adaptação do ensino às diferenças individuais observadas na aprendizagem." (Allal, 1986, p.179)

Allal (1986, p.178) propõe "como sequência das etapas fundamentais da avaliação formativa, a seguinte: 1 – recolha de informações relativas aos progressos e dificuldades de aprendizagem sentidos pelos alunos; 2 – interpretação dessas informações numa perspectiva de referência criterial e, na medida do possível, diagnóstico dos factores que estão na origem das dificuldades de aprendizagem observadas no aluno; 3 – adaptação das actividades de ensino e de aprendizagem de acordo com a interpretação das informações recolhidas."

Também Perrenoud (1999) defende que a avaliação formativa deve dar prioridade aos conhecimentos e capacidades dos estudantes, sendo a selecção um mal necessário, nunca um fim em si ou uma vantagem. "Uma avaliação formativa coloca à disposição do professor informações mais precisas, mais qualitativas sobre os processos de aprendizagem, as atitudes e tudo o que os alunos adquiriram (Perrenoud, 1999, p. 178)."

A avaliação formativa adquire todo o seu sentido no quadro de uma teoria construtivista da aprendizagem e Linda Allal, citada por Hadji (1994) distingue dois tipos de regulação, a integrada e a diferida. Na regulação integrada, dita interactiva – há

adaptação imediata da actividade de aprendizagem do aluno, consoante a natureza das interacções professor – aluno, alunos – alunos ou alunos – material. A regulação é quase espontânea, e é totalmente integrada na situação vivida. A regulação diferida – pode tomar duas formas: regulação retroactiva, que implica um retorno aos objectivos não atingidos ou às tarefas não conseguidas, e leva à realização de actividades de remediação, destinadas a superarem, posteriormente, dificuldades, ou a corrigirem erros (é a mais comum e implica um cuidado especial com o discurso avaliativo); a segunda é a regulação proactiva e incide particularmente, na apropriação dos critérios de avaliação permitindo assim uma antecipação da própria acção, o que permite ao aluno ir verificando se o desenvolvimento da acção decorre em termos da sua representação da tarefa (implica uma explicitação prévia).

Na relação professor – estudante a auto – avaliação e *feedback* são mecanismos fundamentais, e na opinião de Bloom, Hastings e Madaus (1971) o *feedback* constitui a própria essência da avaliação formativa.

É importante que o estudante desenvolva competências de auto-avaliação que o ajudem a melhorar as suas competências metacognitivas. É fundamental a reflexão, o auto questionamento, para tornar claro o processo de aprendizagem. Com a metacognição os estudantes apreciam e regulam a sua própria aprendizagem pela auto-avaliação. No caso do *feedback*, este é um aspecto chave da avaliação para a aprendizagem e da avaliação formativa em particular. Através da utilização do *feedback*, o professor pode também ajudar a desenvolver competências de auto-avaliação e auto-monitorização.

É necessário obter informações sobre a forma como está a decorrer o processo de aprendizagem e a avaliação formativa quer-se, afinal, reguladora. “O seu objectivo é o de permitir ajustar o tratamento didáctico à natureza das dificuldades constatadas e à realidade dos progressos registados. Na lógica de uma integração da avaliação no processo didáctico, esta torna-se um instrumento privilegiado de regulação das actividades de aprendizagem dos alunos.” (Hadji, 1994, p.125)

Desta forma, uma avaliação formativa implica um acompanhamento mais próximo dos estudantes pelo professor, tendo este um papel fundamental no processo de ensino e de aprendizagem através de uma adopção de um papel verdadeiramente promotor de uma reflexão por e com os estudantes.

“Uma avaliação formativa coloca à disposição do professor informações mais precisas, mais qualitativas sobre os processos de aprendizagem, as atitudes e tudo o que os alunos

adquiriram.” (Perrenoud, 1999, p.178) O que pode efectivamente ajudá-lo(s) a regularem o processo de ensino e de aprendizagem.

Ribeiro (1999) refere que a principal função da avaliação é contribuir para o sucesso do processo educativo e verificar em que medida é que isso foi conseguido, com o grande objectivo de aperfeiçoar a actividade educativa, regulando e orientando o processo de ensino e aprendizagem. Para que a avaliação cumpra esta função torna-se necessário, nomeadamente, *diversificar as suas práticas*.

Uma avaliação formativa tem a finalidade de proporcionar informações acerca do desenvolvimento de um processo de ensino e aprendizagem, por forma a que o professor possa ajustá-lo às necessidades e características do(s) estudante (s) a quem se destina. É uma avaliação que contribui para melhorar o processo de ensino e de aprendizagem, pois fornece informação a ambos os envolvidos, ao professor sobre o decorrer da aprendizagem e, ao estudante sobre o seu próprio caminhar neste processo. Utilizar estas informações permite associar à avaliação formativa uma função reguladora que permite aos professores e estudantes corrigirem o seu desempenho e adoptarem novas estratégias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o trabalho elaborado, procurei fazer um aprofundamento conceptual acerca da avaliação, em ligação a uma prática avaliativa promotora das aprendizagens dos estudantes. Esta relação com o ensino em geral, é transposta para o ensino da enfermagem em particular.

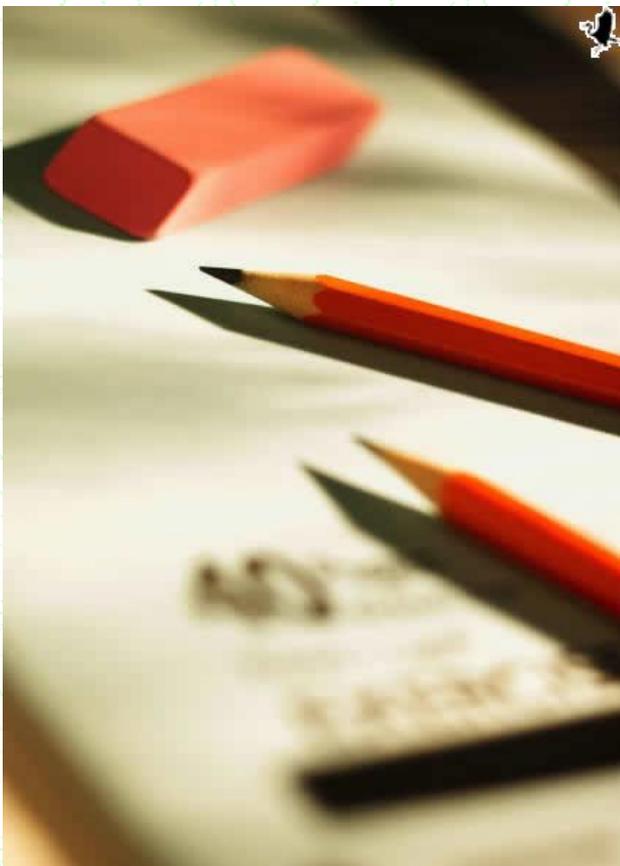
No Ensino da Enfermagem, considerando as competências a adquirir e desenvolver pelos estudantes preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, torna-se fundamental que a avaliação seja efectivamente usada ao serviço das aprendizagens, com vista ao sucesso educativo.

Pensado em tudo o que foi dito anteriormente sobre avaliação e de que modo pode ser um contributo para o Ensino da Enfermagem, acredito ser fundamental uma avaliação formativa alternativa, dadas as suas potencialidades formativas e formadoras, regulando assim o processo de ensino e aprendizagem.

Pensar numa avaliação formativa alternativa, significa segundo Fernandes (2005:142) que “a avaliação tem que ser fundamental e principalmente assumida como um poderosíssimo processo que serve para aprender.”

Porque abordo o tema da avaliação das aprendizagens, no concurso para professor adjunto para a área científica de Enfermagem (Fundamentos de Enfermagem)? Ainda que possa ser óbvio para o leitor, cabe-me clarificar sob a minha perspectiva a pertinência da temática. Gostaria de pensar na adequação do novo Plano de Estudos do 1º Ciclo do CLE de modo a contemplar estratégias de avaliação promotoras da aprendizagem dos estudantes, pensar a avaliação como sendo parte integrante do processo de ensino e aprendizagem, de modo a que as suas funções formativas e formadoras contribuam para o sucesso académico e formação de futuros profissionais autónomos e reflexivos, competentes e responsáveis.

Quando as escolas praticam uma avaliação autêntica (Wiggins 1989), ou uma avaliação formativa alternativa (Fernandes, 2005), os estudantes e professores começam a ver a avaliação como central à aprendizagem, ligada a tarefas do mundo real, e digna de atenção. Se o objectivo de um sistema de avaliação é educar, melhorar desempenhos em tarefas difíceis, então encaminhar os estudantes para auto-avaliação e auto-regulação dos seus desempenhos é efectivamente a chave.



REFERÊNCIAS

- Fernandes, D. (2005). *Avaliação das Aprendizagens: Desafios às Teorias, Práticas e Políticas*. Lisboa: Texto Editores.
- Gipps, C. E Stobart, G. (2003). *Alternative assessment*. In T. Kellaghan e D. Stufflebeam (Eds.), *International handbook of educational evaluation*, pp. 549-576. Boston: Kluwer.
- Guba, E. e Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Londres: Sage.
- Guba, E. e Lincoln, Y. (1994). *Competing paradigms in qualitative research*. In N. Denzin e Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research*, pp. 248-261. Londres: Sage.
- Madaus, G. e Stufflebeam, D. (2000). *Program evaluation: A historical overview*. In D. Stufflebeam, G. Madaus e T. Kellaghan (Eds.), *Evaluation models: Viewpoints on educational and human services evaluation* (Segunda edição), pp.3-18. Boston: Kluwer.
- Nevo, D. (1986). *Conceptualization of educational evaluations: An analytical review of the literature*. In E.R.House (Eds.), *New directions in educational evaluation*, pp.15-29. Londres: The Falmer Press.
- Patton, M.Q. (2003). *Utilization-focused evaluation*. In Kellaghan e D. Stufflebeam (eds.), *International Handbook of Educational Evaluation*, pp. 223-244. Boston: Kluwer.
- Wiggins, G. (1989). *Educative assessment*. San Francisco: Jossey-Bass.

Modelo das Dez Etapas – um modelo para o desenvolvimento das competências de processo de enfermagem baseado na utilização dos instrumentos básicos da profissão

Paulo CRUCHINHO

Docente de Enfermagem e Investigador na UI&DE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem

Resumo. Com o objectivo descrever e relacionar as competências do processo de enfermagem nos quatro anos do curso de licenciatura, foi aplicado um questionário de 79 itens de avaliação, construído a partir das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para os enfermeiros de cuidados gerais, a 161 estudantes dos 1º, 2º, 3º e 4º anos dum estabelecimento de ensino superior em Portugal. Para a amostra total foram obtidos níveis de aquisição moderados para a generalidade das competências. Foram também encontradas diferenças estatisticamente significativas face ao ano de curso para competências relacionadas com a relevância da colheita de dados, com o planeamento por escrito de diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, com a ordenação das intervenções de enfermagem a partir dos resultados, validação de problemas e resultados esperados durante a prestação de cuidados, com a promoção da participação do cliente e cuidadores na reformulação do plano de cuidados, com a informação e comunicação com os membros da equipa, com a prestação de cuidados de acordo com o plano de cuidados, com a avaliação de resultados com clientes e cuidadores, com a actualização do plano de cuidados e com a utilização dos dados de avaliação. Com base nestes resultados, foi definido um modelo para o desenvolvimento de competências do processo de enfermagem que utiliza os instrumentos básicos que regem a profissão, designado por *Modelo das Dez Etapas*. A utilização deste modelo em contexto de ensino de Fundamentos de Enfermagem, pode orientar docentes e estudantes no desenvolvimento de competências do processo de enfermagem, quer em contexto de ensino clínico, quer em contexto de ensino teórico.

Palavras-chave: competências, processo de enfermagem, estudantes de enfermagem, instrumentos básicos de enfermagem.

Introdução

Descrição do problema

A aquisição de competências relacionadas com o processo de enfermagem ao longo do curso de enfermagem, tem sido um aspecto pouco debatido na literatura. Apesar disso, desde há muito que Yura e Walsh (1978) vêm o processo de enfermagem como o centro e a essência da Enfermagem, fundamental para todas as acções a metodologia do processo de enfermagem tem sido utilizada como um importante instrumento entre os diferentes países e modelos de

prestação de cuidados de saúde e, é reconhecido como uma metodologia organizada, sistemática, dinâmica e universal para organizar e implementar os cuidados de enfermagem, com a qual cada enfermeiro pode organizar a informação sobre os problemas da pessoa/cliente e desenhar intervenções para atender as suas necessidades individuais (Marin, H., Rodrigues, R., Delaney, C., Nilsen, G. & Yan, J., 2001). Dessa forma, o processo de enfermagem pode constituir a base para a prestação de cuidados de enfermagem efectivos, operacionalizada através de cinco etapas.

A etapa de *Avaliação Inicial* ou da *Recolha de Dados*, consiste num processo dinâmico organizado que envolve três actividades básicas: a colheita sistemática de dados, a selecção e organização dos dados colhidos e a documentação dos dados de forma recuperável. Os dados colhidos podem ser objectivos e subjectivos podendo ser recolhidos a partir de diversos recursos, como por exemplo através de uma entrevista ou de uma avaliação física (Judge N., 2007). Os dados subjectivos, são os que a pessoa/cliente ou a pessoa significativa relatam, pensam ou sentem, enquanto que os dados objectivos, são os que podem ser observados ou obtidos a partir de outros recursos, como por exemplo exames laboratoriais, documentação médica ou outros profissionais de saúde. Utilizando um determinado conjunto de técnicas, o enfermeiro focaliza-se na determinação do perfil da pessoa/cliente que fornece o sentido da condição de saúde global da pessoa/cliente com base numa imagem do nível fisiológico, sociocultural, espiritual, cognitivo e desenvolvimental, do status económico, das capacidades funcionais e do estilo de vida. Esse perfil é conhecido como a base de dados do cliente (Murray, M. & Atkinson, D., 2000; Alfaro-Lefevre, R., 2004; Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A., 2006). De acordo com Hollingworth (1985), nesta fase os estudantes de enfermagem necessitam de adquirir competências sociais, interpessoais, comunicacionais, saberem conduzir uma entrevista e de realizarem uma observação clínica.

A etapa do *Diagnóstico* envolve a análise dos dados recolhidos para identificar as necessidades ou problemas da pessoa/cliente, também conhecidos como

Estudo integrante do Programa de Investigação da UI&DE – Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem;

Estudo submetido a candidatura ao concurso de provas públicas para provimento na categoria de professor-adjunto para a área científica de Enfermagem, domínio dos Fundamentos de Enfermagem, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, publicado em edital n.º 541 /2008 no Diário da República 2ª Série n.º 102 de 28 de Maio de 2008 com rectificação n.º 1403/2008 publicada no Diário da República 2ª Série n.º 120 de 24 de Junho de 2008, conforme a alínea f) do n.º 4 do respectivo edital

diagnósticos de enfermagem. O propósito desta etapa consiste em obter juízos face às necessidades específicas da pessoa/cliente, para que os cuidados de enfermagem possam ser planeados e prestados. Este processo de análise de dados, utiliza o raciocínio diagnóstico como forma de julgamento clínico, no qual são obtidas conclusões sobre o significado dos dados recolhidos para determinar se as intervenções são ou não indicadas para a situação. O produto final, consiste numa afirmação diagnóstica face à pessoa/cliente, que combina a necessidade específica identificada com factores relacionados ou factores de risco e a descrição das características do problema. Os *status* das necessidades dos clientes, são categorizadas em diagnósticos actuais e potenciais ou diagnósticos de risco devido a vulnerabilidades específicas da pessoa/cliente (Murray, M. & Atkinson, D., 2000; Alfaro-Lefevre, R., 2004; Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A., 2006). Nesta fase Hollingworth (1985) refere que é necessário que os estudantes adquiram competências de tomada de decisão.

A fase do *Planeamento das Intervenções de Enfermagem*, inclui a determinação de prioridades, o estabelecimento de metas, a identificação dos resultados desejados e a determinação das intervenções de enfermagem específicas. Estas acções, são documentadas como um plano de cuidados e requer o envolvimento da pessoa/cliente e dos conviventes significativos, para obter o consentimento face ao plano, para facilitar a tomada de decisão da pessoa/cliente face aos seus próprios cuidados e para facilitar a aquisição dos resultados desejados. O estabelecimento de prioridades para os cuidados à pessoa/cliente, consiste num desafio complexo e dinâmico que ajuda a assegurar que a atenção dos enfermeiros e as acções subsequentes, são adequadamente implementadas. Depois das necessidades das pessoas/clientes se encontrarem priorizadas, os objectivos para o tratamento ou para a alta são estabelecidos, indicando a direcção geral em que é esperado que a pessoa/cliente evolua em resposta ao tratamento. Os objectivos a alcançar, podem ser a curto prazo – geralmente formulados antes que a pessoa/cliente tenha alta – e/ou a longo prazo – os que podem continuar até depois da alta. A partir desses objectivos, são determinados os resultados esperados para avaliar o progresso do cliente em direcção ao alcance dos objectivos de tratamento ou de critérios de alta.

Os resultados, são as respostas da pessoa/cliente que são alcançáveis e estabelecidos pelo cliente, podendo serem obtidos dentro de um certo período de tempo, tendo em consideração a situação clínica e os recursos. Em seguida, com base nos diagnósticos de enfermagem, dos objectivos e dos resultados

esperados, da capacidade de o enfermeiro implementar com sucesso as intervenções de enfermagem, da disposição de o cliente em suportar ou participar na intervenção de acordo com a idade/situação da pessoa/cliente e forças individuais, são então seleccionadas as intervenções de enfermagem a implementar.

As intervenções de enfermagem, são actividades de cuidados directos ou prescrições para comportamentos, tratamentos, actividades ou acções que assistam a pessoa/cliente a atingir resultados mensuráveis. Tanto as intervenções de enfermagem, como os diagnósticos de enfermagem são elementos do conhecimento de enfermagem, cuja interligação tem sido objecto de estudo com crescente frequência (McCloskey & Bulechek, 2000).

A documentação da fase do planeamento num plano de cuidados escrito ou informatizado, contribui quer para a continuidade dos cuidados, como também para o aumento da comunicação entre os enfermeiros, para fornecimento dum suporte para a determinação das necessidades de pessoal de enfermagem, funciona como um instrumento de ensino e contribui para coordenar a articulação de cuidados entre os vários profissionais da saúde. Um plano de cuidados válido, demonstra cuidados individualizados, reflectindo o envolvimento do cliente e dos conviventes significativos, assim como as necessidades e capacidades físicas, psicológicas e culturais (Murray, M. & Atkinson, D., 2000; Alfaro-Lefevre, R., 2004; Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A., 2006). Para Hollingworth (1985) os estudantes necessitam de adquirir competências de gestão.

A fase da *Implementação de Intervenções de Enfermagem* ocorre quando o plano de cuidados é colocado em acção e o enfermeiro executa as intervenções planeadas. Independentemente do modo como o plano de cuidados esteja construído, não é possível prever nada que possa vir a ocorrer com uma pessoa/cliente. O conhecimento individual e a perícia dos enfermeiros, têm em conta a flexibilidade como uma competência necessária para a adaptação da implementação do plano às alterações das necessidades das pessoas/clientes.

As preocupações legais e éticas relacionadas com as intervenções também necessitam de ser consideradas. Por exemplo, os desejos da pessoa/cliente e conviventes significativos face às intervenções e tratamentos necessitam de ser discutidos e respeitados. Antes da implementação das intervenções de enfermagem planeadas, os enfermeiros necessitam de conhecer a razão para realizarem cada intervenção, o efeito esperado e os riscos potenciais que possam ocorrer.

O enfermeiro necessita também de estar seguro que as intervenções são consistentes com o plano de cuidados

estabelecido, que as intervenções são implementadas de forma segura e apropriada, que as intervenções são avaliadas tendo em vista a eficácia e a eficiência e que as intervenções são documentadas de forma oportuna (Murray, M. & Atkinson, D., 2000;Alfaro-Lefevre, R., 2004;Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A., 2006). Segundo, Hollingworth (1985) os estudantes necessitam de adquirir nesta fase competências psicomotoras, integrando os dados da investigação.

Por último, a *Avaliação Final* ou da *Avaliação dos Resultados*, é concretizada pela determinação da condição da pessoa/cliente, tendo em vista o alcance dos resultados identificados e a monitorização da resposta do cliente, para uma selecção eficaz e eficiente de intervenções de enfermagem, com o propósito de modificar o plano. Isto é conseguido, através da observação directa da pessoa/cliente, entrevistando a pessoa/cliente e os respectivos conviventes significativos e revendo os registos do

processo clínico. Embora o processo de avaliação final pareça semelhante à actividade de avaliação inicial, existem importantes diferenças: a avaliação final possui ao longo do processo uma constante avaliação e monitorização da condição da pessoa/cliente para determinar a) a adequação das acções de enfermagem; b) a necessidade de alterar intervenções de enfermagem; c) o desenvolvimento de novas necessidades da pessoa/cliente; d) a necessidade de encaminhamento para outros recursos e a e) a necessidade de reorganizar as prioridades para ir ao encontro das alterações que requerem cuidados.

Comparando os resultados globais obtidos e atendendo à eficácia e eficiência das intervenções executadas, são os componentes clínicos da avaliação final, que podem tornar-se base de investigação para a validação do processo de enfermagem e suporte da pratica baseada em evidência (Murray, M. & Atkinson,

Competência	Sub-domínio	Descritor
44 45	Colheita de dados	<i>Efectua, de forma sistemática, uma apreciação sobre os dados relevantes para a concepção dos cuidados de enfermagem</i> <i>Analisa, interpreta e documenta os dados com exactidão</i>
46 47 48 49 50 51 52	Planeamento	<i>Formula um plano de cuidados, sempre que possível em colaboração com os clientes e / ou cuidadores</i> <i>Consulta membros relevantes da equipa de cuidados de saúde e sociais.</i> <i>Garante que o cliente e / ou os cuidadores recebem e compreendem a informação na qual baseiam o consentimento dos cuidados</i> <i>Estabelece prioridades para os cuidados, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores</i> <i>Identifica resultados esperados e o intervalo de tempo para serem atingidos e / ou revistos, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores</i> <i>Revê e reformula o plano de cuidados regularmente, sempre que possível, em colaboração com os clientes e / ou cuidadores</i> <i>Documenta o plano de cuidados</i>
53 54 55 56 57	Execução	<i>Implementa os cuidados de enfermagem planeados para atingir resultados esperados</i> <i>Pratica enfermagem de uma forma que respeita os limites de uma relação profissional com o cliente</i> <i>Documenta a implementação das intervenções</i> <i>Responde eficazmente em situações inesperadas ou em situações que se alteram rapidamente</i> <i>Responde eficazmente em situações de emergência ou catástrofe</i>
58 59 60	Avaliação	<i>Avalia e documenta a evolução, no sentido dos resultados esperados</i> <i>Colabora com os clientes e / ou com os cuidadores na revisão dos progressos, face aos resultados esperados</i> <i>Utiliza os dados da avaliação para modificar o plano de cuidados</i>

Quadro 1 - Competências do enfermeiro de cuidados gerais.

D., 2000; Alfaro-Lefevre, R., 2004; Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A., 2006).

Paralelamente ao processo de enfermagem, os enfermeiros necessitam de utilizar uma linguagem standardizada para documentar dados sobre os cuidados prestados à pessoa/cliente e demonstrarem os contributos dos cuidados de enfermagem para os estados de saúde das pessoas cuidadas (Thoroddsen A., Ehnfors M., 2007; Thoroddsen A., 2005; Conrick M., 2005). Dessa forma, assumindo que o processo de enfermagem, consiste de facto numa estrutura apropriada para a prática de enfermagem, então a estruturação interna da documentação de enfermagem necessita de ser baseada nesse modelo, na medida em que as suas diversas fases realçam, que uma das principais funções dos enfermeiros consiste na monitorização e avaliação das respostas das pessoas/clientes às intervenções de enfermagem (Marin, H., Rodrigues, R., Delaney, C., Nilsen, G. & Yan, J.). Nessa perspectiva, a os registos e documentação dos cuidados de enfermagem podem ser utilizados em todas as fases do processo de enfermagem, incluindo o planeamento.

No contexto do ensino dos Fundamentos de Enfermagem, o processo de enfermagem segue tradicionalmente o formato das cinco etapas, verificando-se por vezes que os estudantes dissociam o processo de enfermagem escrito do processo de enfermagem que exige envolvimento dos clientes e cuidadores significativos no planeamento e na avaliação dos resultados e que os estudantes têm dificuldade em operacionalizar os instrumentos básicos que regem a profissão do decurso das etapas do processo de enfermagem. Por essa razão, existe necessidade de conhecer são desenvolvidas as competências do processo de enfermagem ao longo do curso de licenciatura, de forma a elaborar uma metodologia orientadora que permita a estudantes e docentes o desenvolvimento das competências, inerentes a este processo, operacionalizando simultaneamente os diversos instrumentos básicos.

Em 2004, a Ordem dos Enfermeiros definiu um conjunto de 96 competências para o enfermeiro de cuidados gerais, sendo as competências 44 a 60 correspondentes às fases do processo de enfermagem. Para utilizar efectivamente o processo de enfermagem o estudante de enfermagem necessita de adquirir e desenvolver um conjunto de competências que lhe permita ter, aquando profissional, o perfil de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros em relação ao processo de enfermagem. Essas competências encontram descritas no quadro I. Dessa forma, este estudo foi desenhado para conhecer como

são adquiridas as competências do processo de enfermagem dos estudantes ao longo do curso de licenciatura em Enfermagem e utiliza como referencial teórico o modelo de processo de enfermagem descrito anteriormente. No estabelecimento de ensino superior onde foi desenvolvido o estudo, foi elaborada uma matriz de competências para a licenciatura em enfermagem, a partir das competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros e que integra um sub-domínio relacionado com o processo de enfermagem. Este trabalho, consistiu na especificação de todas as competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros para os enfermeiros de cuidados gerais, em indicadores de competência previstos para o perfil de saída do curso de licenciatura em enfermagem e nos respectivos critérios de avaliação (Nunes, L., Martins, L., Freitas, A. Cruchinho, P., 2007).

Com base nisso, foram estabelecidos como objectivos do estudo: 1) descrever as diferenças de indicadores de competência do processo de enfermagem de cada ano do curso de licenciatura em enfermagem; 2) relacionar os indicadores de competência entre si, de forma a compreender melhor como são adquiridas as competências do processo de enfermagem, tendo em vista a elaboração de uma metodologia de desenvolvimento das competências do processo de enfermagem e perspectivando a utilização dos instrumentos básicos. Nessa perspectiva, este estudo pode revestir-se de grande utilidade para o contexto do ensino dos Fundamentos de Enfermagem, teórico e clínico e para docentes e estudantes.

Método

Participantes

A amostra foi seleccionada através do método de amostragem não probabilística acidental, num estabelecimento de ensino superior de Portugal constituído por cerca de 161 estudantes matriculados em unidades curriculares de ensino clínico e de estágio de enfermagem do curso de licenciatura em enfermagem e, tendo a recolha de dados decorrido durante o mês de Junho de 2008. Foram considerados como critérios de inclusão na amostra 1) ser estudante do curso de licenciatura em enfermagem; 2) estar a frequentar o 1º, 2º, 3º ou 4º anos do curso e 3) estar matriculado numa unidade curricular de ensino clínico ou estágio do curso e 4) ter realizado previamente ensino clínico num estabelecimento de saúde como critérios de exclusão a ausência de preenchimento total do questionário.

A amostra total foi constituída por 147 estudantes ou seja 91,7% do total de inscritos dos quais 18,4% eram do género masculino (N=27) e 81,6% do género feminino (N=120) Relativamente ao ano de curso,

participaram no estudo 33,3% estudantes do 1º ano (N=49), 23,8 % do 2º ano (N=35), 27,8% do 3º ano (N=41) e 15,0% do 4º ano (N=22). Não foi excluído nenhum questionário. Face à idade dos participantes a grande maioria – 64,6% (N=95) - tinham entre os 18 e os 21 anos; cerca de 29,3% (N=43) tinham entre os 22 e os 25 anos; 2,0% (N=3) entre os 26 e os 29; 2,0% (N=3) entre os 30 e os 33; 1,4% (N=2) entre os 24 e os 37 anos e 0,7% (N=1) entre os 38 e os 41 anos.

Medidas

A recolha de informação para o presente estudo foi realizada em quatro momentos temporais diferentes através de um questionário de auto-preenchimento, que foi acompanhado do respectivo protocolo de investigação com informação sobre os objectivos do estudo, a metodologia, o carácter voluntário de participação e o carácter confidencial dos dados fornecidos. Esse questionário incluiu uma primeira parte destinada à recolha de dados demográficos dos estudantes. 1) o género, 2) a idade e 3) o ano do curso de licenciatura e, uma segunda parte para avaliar o desempenho dos estudantes em contexto de ensino clínico face aos indicadores de competência do processo de enfermagem. O questionário que integrou antes do pré-teste, cerca de 88 itens de avaliação com um formato de resposta de tipo *Likert* de cinco pontos (1. *nunca*; 2. *quase nunca*; 3. *às vezes*; 4. *quase sempre*; 5. *sempre*). Estes itens de avaliação foram construídos a partir de um conjunto de indicadores de competência e respectivos critérios de avaliação, da matriz de competências do curso de licenciatura em enfermagem do estabelecimento de ensino superior em que foi desenvolvido o estudo (Nunes, L., Martins, L., Freitas, A. Cruchinho, P., 2007).

Os indicadores de competência utilizados integram quatro das cinco fases do processo de enfermagem, aparecendo a fase de diagnóstico integrada na fase do planeamento. Assim, a *Recolha de Dados (rd)*, teve por base os seguintes indicadores da matriz: 1) *“realiza colheita de informação relevante para a prática de enfermagem”* – rd1 e 2) *“identifica as necessidades específicas dos clientes/famílias por quem é responsável”* – rd2. O primeiro indicador *“realiza de colheita de informação relevante para a prática de enfermagem”* integrou cerca de cinco itens de avaliação: *“identificou as diversas fontes de informação possíveis para recolher informação clínica – o cliente, os seus conviventes significativos, a folha de avaliação inicial de enfermagem, as notas de evolução de enfermagem, o diário clínico e notas de outros profissionais de saúde, os exames auxiliares de diagnóstico”* – rd1_1, *“utilizou os diversos instrumentos básicos da profissão - (relação de ajuda, comunicação,*

observação, entrevista, trabalho de equipa, registos, etc.) para realizar colheita de dados – rd1_2”, *“conseguiu diferenciar a informação relevante da não relevante para determinar a necessidade de cuidados de enfermagem”* – rd1_3, *“soube discriminar a informação relevante para determinar e priorizar os cuidados de enfermagem”* – rd1_4 e *“realizou recolha de dados nas dimensões psicológica e social”* – rd1_5. Por outro lado, o indicador *“identifica as necessidades específicas dos clientes/famílias por quem é responsável”* incluiu como itens: *“soube reconhecer os factores relacionados, condições ou circunstâncias que podem ser a causa ou contribuir para a formulação dos diagnósticos de enfermagem”* – rd2_1, *“soube interpretar os sinais normais em termos de saúde, doença, sofrimento ou de incapacidade”* – rd2_2, *“soube interpretar os sinais alterados em termos de saúde, doença, sofrimento, ou de incapacidade – rd2_3, “validou com a pessoa/cliente e/ou família as inferências que efectuou a partir dos dados colhidos”* – rd2_4, *“comparou os dados e os conjuntos de dados colhidos com as definições dos diagnósticos de enfermagem formulados”* – rd2_5, *“formulou os diagnósticos de enfermagem reais ou potenciais a partir da decisão clínica sobre as respostas da pessoa/cliente aos problemas de saúde/estilos de vida reais ou potenciais”* – rd2_6, *“registou os dados recolhidos em documento apropriado (em folha de avaliação inicial ou em notas de admissão)”* – rd2_7 e *“conseguiu determinar se as necessidades são satisfeitas de maneira independente ou não”* – rd2_8.

Por seu lado, o *Planeamento de Intervenções de Enfermagem (pi)*, foi avaliado a partir de dez indicadores de competências: *“planeia, por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem”* – pi1, *“toma a iniciativa de propôr/solicitar parecer por forma a planear a resolução do problema”* – pi2, *“solicita colaboração e assentimento dos clientes e cuidadores na formulação do plano”* – pi3, *“ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência com base nos resultados esperados”* – pi4, *“promove a participação no estabelecimento de prioridades na medida da possibilidade”* – pi5, *“descreve resultados mensuráveis e exequíveis para as acções a planear”* – pi6, *“motiva os clientes e cuidadores para participarem no estabelecimento de resultados”* – pi7, *“valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados”* – pi8, *“promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade”* – pi9 e *“garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem”* – pi10. O indicador *“planeia,*

por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem” integrou quatro os itens de avaliação: “identificou os problemas relativamente aos quais é necessário realizar ou complementar actividades de vida para as quais a pessoa/cliente é dependente” - pi1_1, “seleccionou as intervenções de enfermagem que capacitam a pessoa para atingir os resultados esperados e para resolver/minimizar os factores relacionados na formulação do diagnóstico de enfermagem”- pi1_2, “soube prescrever no plano de cuidados, intervenções de enfermagem autónomas face aos problemas identificados” pi1_3 e “teve em consideração um plano de educação para a saúde no planeamento das intervenções de enfermagem” - pi1_4. O indicador “toma a iniciativa de propôr/solicitar parecer por forma a planear a resolução do problema” abrangeu os itens “soube reconhecer as áreas em que é necessário um parecer seja do enfermeiro orientador ou docente de referência” - pi2_1 e “questionou os elementos da equipa de cuidados ou outros sobre determinações clínicas específicas que subsidiem, a sua prática de cuidados”- pi2_2. O indicador “solicita colaboração e assentimento dos clientes e cuidadores na formulação do plano” integrou cinco itens: “forneceu à pessoa/cliente e/ou família informação quanto aos objectivos e aos efeitos dos cuidados a prestar” - pi3_1, “forneceu informação à pessoa/cliente quanto às estratégias de colaboração durante os procedimentos para evitar/minimizar eventuais complicações” - pi3_2, “assegurou que a informação fosse providenciada à pessoa/cliente e/ou família dentro da sua competência” – pi3_3, “utilizou as oportunidades de validação da informação detida anteriormente pela pessoa/cliente” pi3_4 e “criou oportunidades para a validação da informação que os clientes detivessem” pi3_5. O indicador “ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência com base nos resultados esperados” teve como itens “conseguiu focar a sua atenção nas mudanças observáveis e mensuráveis do estado de saúde da pessoa/cliente” - pi4_1, “na formulação do plano de cuidados atribuiu relação e sequencialidade entre problemas identificados e intervenções de enfermagem” - pi4_2 e “conseguiu estruturar a decisão clínica sobre as possíveis respostas da pessoa/cliente, família ou comunidade, de acordo com os problemas de saúde/estilos de vida reais ou potenciais” - pi4_3. O indicador “promove a participação da pessoa/cliente no estabelecimento de prioridades na medida da possibilidade” integrou os itens “estabeleceu uma calendarização adequada e negociada para o planeamento das intervenções”- pi5_1, “teve em conta a percepção da pessoa/cliente sobre a sua situação ao priorizar as intervenções de enfermagem” - pi5_2 e “avaliou recursos e situação da pessoa/cliente – capacidades de desempenho actuais e potenciais - por

forma a traçar resultados realistas” - pi5_3 . O indicador “descreve resultados mensuráveis e exequíveis para as acções a planear” foi avaliado pelos itens “identificou resultados esperados coerentes com os problemas formulados” - pi6_1, “estabeleceu resultados aceitáveis para a pessoa/cliente traçados para ela e com ela” - pi6_2 e “definiu e propôs o intervalo de tempo para atingir resultados com base nas capacidades e vontade dos clientes e/ou cuidadores e tendo em conta os recursos disponíveis” - pi6_3. O indicador “motiva os clientes e cuidadores para participarem no estabelecimento de resultados” é composto pelos itens “determinou os resultados esperados das intervenções, congruentes com os planos da equipa de saúde, coordenando os fins e as acções” - pi7_1 e “incentivou os clientes e cuidadores a realizarem revisões periódicas em termos de resultados alcançados” - pi7_2. O indicador “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados” incluiu quatro itens: “reviu o plano e reformulou-o com base na apreciação continua e nas alterações existentes” - pi8_1, “conferiu ritmo aos cuidados, colocando o plano em aplicação continua”- pi8_2, “assinalou os momentos para a avaliação dos resultados”- pi8_3 e “monitorizou o efeito das intervenções de enfermagem face à manutenção, diminuição ou agravamento dos problemas identificados” - pi8_4. O indicador “promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade” inclui os itens “teve em conta a percepção do cliente e/ou cuidadores face às alterações existentes” - pi9_1 e “combinou com os clientes e/ou família eventuais alterações ao planeamento” - pi9_2. Por último, o indicador “garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem” abrangeu os itens “procedeu à documentação do que foi planeado” - pi10_1 e “utiliza as tecnologias de informação aplicadas ao planeamento” - pi10_2 .

A etapa seguinte do processo de enfermagem, ou seja, a Implementação das Intervenções de Enfermagem (ii) foi avaliada com base em seis indicadores da matriz: “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados” – ii1, “respeita as fronteiras do relacionamento terapêutico” – ii2, “recorre a apoio em situações delicadas” – ii3, “elabora registos completos e fiáveis, relativos às intervenções” – ii4, “avalia e infere sobre os dados relativos a alterações da situação” – ii5 e “actua solidariamente em situação de emergência” – ii6. O indicador “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados” incluiu o item “escolheu as intervenções planeadas garantindo a sua adequação” - ii1_1,

“desenvolveu a sequência e organização das intervenções autónomas planeadas à pessoa/cliente e família” - ii1_2, “realizou, após ajuizar a sua adequação, as prescrições de outros prestadores de cuidados de saúde, incluídas no planeado” - ii1_3, “demonstrou rigor técnico e científico na implementação das intervenções de enfermagem” - ii1_4, “desenvolveu a destreza manual e a psicomotricidade complexa” - ii1_5, “esteve atento à utilização dos recursos - da família e da comunidade - , o mais correcta possível, no sentido de ajudar a pessoa/cliente a atingir os resultados desejados”- ii1_6 e “realizou, criteriosamente, os cuidados de acordo com a natureza da situação”- ii1_7. O indicador “respeita as fronteiras do relacionamento terapêutico” foi composto pelos itens “reconheceu as características básicas de uma relação profissional” - ii2_1, “conseguiu identificar o seu papel do ponto de vista profissional” - ii2_2, “conseguiu compreender a influência da relação na base dos cuidados e da responsabilidade profissional envolvida” - ii2_3, “compreendeu a importância de estabelecer parâmetros individualizados de uma relação terapêutica” - ii2_4 e “manteve a conduta profissional durante a implementação das intervenções de enfermagem” - ii2_5. Em relação ao indicador “recorre a apoio em situações delicadas” foram incluídos os itens “nas situações delicadas da relação com o cliente/família conseguiu identificar a situação e as razões de dificuldade/constrangimento” - ii3_1, “reagiu assertiva e profissionalmente, em situações de quebra de limites na relação com o cliente” - ii3_2, “solicitou apoio/orientação em situações de delicada manutenção de relacionamento terapêutico” - ii3_3 e “conseguiu identificar formas de acção e estratégias de gestão da relação profissional”- ii3_4. Face ao indicador “elabora registos completos e fiáveis, relativos às intervenções” foram incluídos os itens “redigiu o registo, de forma legível e concisa face às intervenções planeadas” - ii4_1, “solicitou verificação dos registos de acordo com a etapa de desenvolvimento e a natureza do registo a realizar” - ii4_2, “utiliza os diversos modos de escrita – descritivo cefalo-caudal e cronológico - e tipos - notas de evolução, sinais vitais, alta e transferência - tendo em vista assegurar a continuidade dos cuidados face ao realizado” - ii4_3 e “assegurou que o registo fosse subscrito pelo profissional responsável” - ii4_4. Em relação ao indicador “avalia e infere sobre os dados relativos a alterações da situação” foram estabelecidos seis itens de avaliação: “identificou os dados em relação a alterações da situação” - ii5_1, “realizou inferência com os dados colhidos e conjuntos de dados previamente recolhidos”- ii5_2, “identificou as formas de actuar, por si ou solicitando ajuda, de forma a compensar as alterações prejudiciais no cliente” - ii5_3, “procurou actuar antecipadamente por forma a reduzir as

complicações” - ii5_4, “compreendeu a importância de informar e alertar rapidamente sobre as alterações verificadas” - ii5_5 e “identificou por sua iniciativa necessidades de encaminhamento do cliente e/ou família dando orientação para os recursos adequados em função dos problemas existentes ou promovendo a intervenção de outros profissionais de saúde, quando os problemas identificados não possam ser resolvidos só pelo enfermeiro” - ii5_6. O indicador “actua solidariamente em situação de emergência” abrange os itens “teve conhecimento dos planos de emergência do serviço/instituição” - ii6_1, “teve contacto com o plano distrital para catástrofe e emergência” - ii6_2, “conheceu o plano nacional para catástrofe e emergência” - ii6_3, “teve em conta o respeito pelas medidas gerais de auto-protecção nas situações de emergência” - ii6_4 e “nas situações de emergência disponibilizou-se a ajudar, dentro da sua área de competência e das suas capacidades”- ii6_5 .

Para avaliar a Avaliação de Resultados (ar) utilizaram-se cinco indicadores da matriz: “demonstra capacidade para empreender avaliações sistemáticas” – ar1, “elabora registos descritivos em relação aos resultados das intervenções” – ar2, “avalia conjuntamente com o cliente e/ou cuidadores, comparando a situação actual face à anterior e à esperada” – ar3, “mantém o plano de cuidados actualizado” – ar4 e “utiliza os dados de avaliação” – ar5. O indicador “demonstra capacidade para empreender avaliações sistemáticas” incluiu os seguintes itens: “teve me conta as etapas e as premissas do processo de avaliação” - ar1_1, “soube determinar se os resultados esperados inscritos no plano de cuidados foram alcançados” - ar1_2, “avaliou resultados mensuráveis das intervenções de enfermagem” - ar1_3 e “conseguiu identificar as razões dos desvios entre o previsto e o alcançado”- ar1_4 . O indicador “elabora registos descritivos em relação aos resultados das intervenções” incluiu os itens “registou e documentou a evolução da situação” - ar2_1 e “assegurou a fidelidade do registado face ao acontecido” - ar2_2. Do indicador “avalia conjuntamente com o cliente e/ou cuidadores, comparando a situação actual face à anterior e à esperada” fizeram parte os itens “resumiu os resultados da avaliação à luz dos resultados esperados de forma a tornar a avaliação compreensível e partilhada” - ar3_1, “analisou a comparação, dos resultados esperados com os clientes e/ou cuidadores”- ar3_2, “criou espaço conjunto com os clientes e/ou seus cuidadores para uma avaliação que potencie o desenvolvimento, conferindo valor e prestando atenção à participação dos clientes e/ou cuidadores” - ar3_3 e “centrou a sua atenção na prevenção de problemas potenciais e no suporte dos comportamentos saudáveis” - ar3_4.

O indicador “manteve o plano de cuidados actualizado” teve como itens “registou o balanço entre os resultados atingidos e as modificações no plano de cuidados” - ar4_1 e “actualizou o plano de cuidados a partir da avaliação realizada” - ar4_2 . Por fim, o indicador “utiliza os dados de avaliação” incluiu os seguintes itens “interpretou os dados da avaliação e responde às mudanças significativas” - ar5_1 e “transformou o momento de revisão e avaliação na etapa seguinte da relação de cuidados” - ar5_2 .

Procedimento

Tratou-se de um estudo com um desenho do tipo observacional-descritivo e transversal, e correlacional, com metodologia quantitativa. Para se verificar a compreensão das questões, foi feito um pré-teste do questionário de auto-preenchimento numa amostra de 15 estudantes do 3º ano em Dezembro de 2007, que determinou a exclusão de 9 itens: “conferiu ritmo aos cuidados, colocando o plano em aplicação contínua” - pi8_2, “utiliza as tecnologias de informação aplicadas ao planeamento” - pi10_2, “desenvolveu a destreza manual e a psicomotricidade complexa” - ii1_5, “realiza, criteriosamente, os cuidados de acordo com a natureza da situação” - ii1_7, “teve conhecimento dos planos de emergência do serviço/instituição” - ii6_1, “teve contacto com o plano distrital para catástrofe e emergência” - ii6_2, “conheceu o plano nacional para catástrofe e emergência” - ii6_3, “teve em conta o respeito pelas medidas gerais de auto- protecção nas situações de emergência” - ii6_4 e “transformou o momento de revisão e avaliação na etapa seguinte da relação de cuidados” - ar5_2. Por essa razão, o questionário aplicado incluiu 79 itens de avaliação.

Resultados

Os dados foram introduzidos numa base de dados de Microsoft Excel, tendo os procedimentos estatísticos sido efectuados através do SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 12.0 para Windows.

Distribuição dos indicadores de competência do processo de enfermagem para a amostra total

Para se obterem as variáveis “Indicadores de Competência” procedeu-se à recodificação dos itens de avaliação do questionário de auto-preenchimento nos respectivos indicadores. Dessa forma dos 79 itens de avaliação foram obtidos 23 indicadores, nomeadamente dois para a fase de *Recolha de dados*: *rd01* - “realiza de colheita de informação relevante para a prática de enfermagem” com resultados variam entre 5 e 15 e, *rd02* - “identifica as necessidades específicas dos clientes/famílias por quem é responsável” em que os resultados variam entre 8 e 40. Para a fase de “Planeamento de Intervenções

de Enfermagem” foram apurados 10 indicadores: *pi01*- “planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem” com resultados que variam entre 4 e 20, *pi02* - “toma a iniciativa de propôr/solicitar parecer por forma a planear a resolução do problema” com resultados que variam entre 4 e 10, *pi03* - “solicita colaboração e assentimento dos clientes e cuidadores na formulação do plano” com resultados que variam entre 5 e 25, *pi04* - “ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados” com resultados que variam entre 3 e 15, *pi05* - “promove a participação no estabelecimento de prioridades na medida da possibilidade” com resultados que variam entre 3 e 15, *pi06* - “descreve resultados mensuráveis e exequíveis para as acções a planear” com resultados que variam entre 3 e 15, *pi07* - “motiva os clientes e cuidadores para participarem no estabelecimento de resultados” com resultados que variam entre 2 e 10, *pi08* - “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados” com resultados de 3 a 15, *pi09* - “promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade” com resultados que variam entre 2 e 10 e *pi10* - “garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem” com resultados que variam entre 1 e 5.

Com base nesses indicadores de competência, foi verificado que os participantes da amostra total apresentaram elevados índices de indicadores face ao “Planeamento de Intervenções de Enfermagem” e face à “Avaliação de Resultados”, mas níveis moderados face à “Recolha de Dados” e em relação à “Implementação das Intervenções de Enfermagem”. Para a “Recolha de dados”, foram obtidos índices moderados dos indicadores *rd01* - “realiza de colheita de informação relevante para a prática de enfermagem” (M=20,6; DP=01,9) e *rd02* - “identifica as necessidades específicas dos clientes/famílias por quem é responsável” (M=32,1; DP=02,8); relativamente à “Implementação das Intervenções de Enfermagem” foi encontrado um baixo índice de indicadores de competência para *ii03* - “recorre a apoio em situações delicadas” (M=16,5 ; DP=01,7) e níveis moderados para *ii02* - “respeita as fronteiras do relacionamento terapêutico” (M=22,3; DP=02,1) e *ii05* - “avalia e infere sobre os dados relativos a alterações da situação” (M=24,6; D=02,6) .

Na fase “Planeamento de Intervenções de Enfermagem” foi também obtido um nível moderado do indicador *pi01*- “planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem” (M=16,0; DP=01,8) e para o indicador *pi09* - “promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da

possibilidade” (M=06,9; DP=01,6. Na fase de “Avaliação de Resultados” foi também obtido um nível moderado para o indicador *ar05* - “utiliza os dados de avaliação” (M=03,9; DP=0,08) (Ver tabela 1).

Distribuição dos indicadores de competência do processo de enfermagem quanto ao nível de aquisição e ano do curso

ii01 - “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados” apresentou níveis elevados nos 1º, 3º e 4ºs anos, mas níveis médios no 2º ano; o indicador de avaliação de resultados *ar04* - “mantém o plano de cuidados actualizado” níveis elevados no 1º ano e níveis médios para os 2º, 3º e 4ºs anos e o indicador *ar05* - “utiliza os dados de avaliação” apresentou um

Tabela 1 - Distribuição dos indicadores de competência do processo de enfermagem para a amostra total.

Indicadores de Competência	N	M	DP	Assim.	Curtose	Amp.
<i>rd01</i> - “realiza colheita de informação relevante para a prática de enfermagem”	146	20,6	01,9	- 00,1	- 00,1	15-25
<i>rd02</i> - “identifica as necessidades específicas dos clientes/famílias por quem é responsável”	142	32,1	02,8	- 00,1	- 00,0	24-40
<i>pi01</i> - “planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem”	142	16,0	01,8	- 00,1	- 00,4	11-20
<i>pi02</i> - “toma a iniciativa de propôr/solicitar parecer por forma a planear a resolução do problema”	143	08,2	01,2	- 00,5	00,4	04-10
<i>pi03</i> - “solicita colaboração e assentimento dos clientes e cuidadores na formulação do plano”	146	20,1	02,7	- 00,5	00,9	09-25
<i>pi04</i> - “ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados”	146	11,5	01,4	- 00,7	02,4	05-15
<i>pi05</i> - “promove a participação no estabelecimento de prioridades na medida da possibilidade”	146	11,8	01,8	- 00,0	- 00,7	08-14
<i>pi06</i> - “descreve resultados mensuráveis e exequíveis para as acções a planear”	146	12,1	01,7	- 00,6	01,3	05-15
<i>pi07</i> - “motiva os clientes e cuidadores para participarem no estabelecimento de resultados”	146	07,2	01,4	- 00,6	00,7	02-10
<i>pi08</i> - “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados”	144	11,3	02,4	- 01,3	02,9	03-15
<i>pi09</i> - “promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade”	147	06,9	01,6	- 00,2	00,2	02-10
<i>pi10</i> - “garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem”	146	04,2	00,8	- 01,1	02,0	01-05
<i>ii01</i> - “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados”	146	19,0	02,4	- 00,0	- 00,0	13-25
<i>ii02</i> - “respeita as fronteiras do relacionamento terapêutico”	147	22,3	02,1	- 00,4	- 00,7	18-25
<i>ii03</i> - “recorre a apoio em situações delicadas”	147	16,5	01,7	- 00,7	- 00,5	16-25
<i>ii04</i> - “elabora registos completos e fiáveis, relativos às intervenções”	146	18,1	01,9	- 01,3	01,8	11-20
<i>ii05</i> - “avalia e infere sobre os dados relativos a alterações da situação”	146	24,6	02,6	- 00,1	- 03,3	17-30
<i>ii06</i> - “actua solidariamente em situação de emergência”	146	04,4	0,07	- 01,3	02,4	01-05
<i>ar01</i> - “demonstra capacidade para empreender avaliações sistemáticas”	144	16,1	02,4	- 01,3	03,4	07-20
<i>ar02</i> - “elabora registos descritivos em relação aos resultados das intervenções”	146	08,8	01,2	- 01,6	04,9	02-10
<i>ar03</i> - “avalia conjuntamente com os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada”	146	14,9	02,5	- 00,9	02,4	05-20
<i>ar04</i> - “mantém o plano de cuidados actualizado”	147	07,6	01,7	- 01,4	02,9	02-10
<i>ar05</i> - “utiliza os dados de avaliação”	147	03,9	00,8	- 01,3	03,0	01-05

Para obter a distribuição dos indicadores de competência face à sua aquisição, procedeu-se a uma recodificação dos resultados obtidos para os indicadores de competência em três níveis: “1. nível baixo de aquisição”, “2. nível médio de aquisição” e 3. “nível elevado de aquisição”. Com base nisto, destacam-se alguns resultados: o indicador de planeamento *pi02* - “toma a iniciativa de propôr/solicitar parecer por forma a planear a resolução do problema” apresentou níveis elevados de aquisição nos 1º e 4ºs anos e níveis médios nos 2º e 3ºs anos; outros indicadores de planeamento como *pi04* - “ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados”, *pi05* - “promove a participação no estabelecimento de prioridades na medida da possibilidade” e *pi06* - “descreve resultados mensuráveis e exequíveis para as acções a planear”, *pi07* - “motiva os clientes e cuidadores para participarem no estabelecimento de resultados”, *pi08* - “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados” e *pi09* - “promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade” apresentaram níveis médios ao longo dos quatro anos de curso; o indicador de implementação de intervenções

nível médio no 1º ano e níveis elevados nos 2º, 3º e 4ºs anos de curso (Ver tabela 2).

Diferenças dos indicadores de competência do processo de enfermagem face os anos de curso de licenciatura

Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para os indicadores *rd01* - “realiza colheita de informação relevante para a prática de enfermagem” ($\chi^2=43,8$; $p=0,0049$), para *pi01* - “planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem” ($\chi^2=53,6$; $p=0,002$), *pi04* - “ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados” ($\chi^2=35,8$; $p=0,050$), *pi08* - “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados” ($\chi^2=43,7$; $p=0,050$), *pi09* - “promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade” ($\chi^2=43,2$; $p=0,000$), *pi10* - “garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem” ($\chi^2=38,5$; $p=0,000$), *ii01* - “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano

Tabela 2 - Distribuição dos indicadores de competência do processo de enfermagem face ao nível de aquisição por ano de curso.

	Indicadores de Competência	Nível de Aquisição	1º ANO (N=49)		2º ANO (N=35)		3º ANO (N=41)		4º ANO (N=22)	
			N	%	N	%	N	%	N	%
RECOLHA DE DADOS	<i>rd01 - "realiza de colheita de informação relevante para a prática de enfermagem"</i>	Baixo	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	07,0	14,3	10,0	28,6	03,0	07,5	00,0	00,0
		Elevado	42,0	85,7	25,0	71,4	37,0	92,5	22,0	100
	<i>rd02 - "identifica as necessidades específicas dos clientes/famílias por quem é responsável"</i>	Baixo	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	08,0	16,7	11,0	32,4	04,0	10,0	03,0	15,0
		Elevado	40,0	83,3	23,0	67,6	36,0	90,0	17,0	85,0
PLANEJAMENTO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<i>pi01 - "planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem"</i>	Baixo	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	21,0	43,8	16,0	47,1	16,0	40,0	00,0	00,0
		Elevado	47,0	56,3	18,0	52,9	24,0	60,0	20,0	100
	<i>pi02 - "toma a iniciativa de propor/solicitar parecer por forma a planear a resolução do problema"</i>	Baixo	01,0	02,1	00,0	00,0	00,0	00,0	01,0	05,0
		Médio	24,0	50,0	23,0	67,6	26,0	63,4	06,0	30,0
		Elevado	23,0	47,9	11,0	32,4	15,0	36,6	13,0	65,0
	<i>pi03 - "solicita colaboração e assentimento dos clientes e cuidadores na formulação do plano"</i>	Baixo	01,0	02,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	13,0	26,5	10,0	28,6	09,0	22,5	00,0	00,0
		Elevado	35,0	71,4	25,0	71,4	31,0	77,5	21,0	100
	<i>pi04 - "ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados"</i>	Baixo	02,0	04,2	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	31,0	64,6	26,0	82,9	36,0	72,5	14,0	68,2
		Elevado	15,0	31,3	06,0	17,1	05,0	27,5	08,0	31,8
	<i>pi05 - "promove a participação no estabelecimento de prioridades na medida da possibilidade"</i>	Baixo	00,0	04,2	00,0	00,0	00,0	00,0	0,00	00,0
		Médio	25,0	51,0	25,0	71,4	29,0	72,5	15,0	63,6
		Elevado	24,0	49,0	10,0	28,6	11,0	27,5	07,0	36,4
	<i>pi06 - "descreve resultados mensuráveis e exequíveis para as acções a planear"</i>	Baixo	02,0	04,2	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	26,0	54,2	26,0	74,3	23,0	56,1	13,0	59,1
		Elevado	20,0	41,7	09,0	25,7	18,0	43,9	09,0	40,9

de cuidados" ($\chi^2=55,4$; $p=0,020$), *ar03 - "avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada"* ($\chi^2=69,3$; $p=0,005$), *ar04 - "mantém o plano de cuidados actualizado"* ($\chi^2=37,4$; $p=.0000$), *ar05 - "utiliza os dados de avaliação"* ($\chi^2=39,7$; $p=.000$). Os estudantes do 2º ano apresentaram índices mais baixos do indicador *rd01 - "realiza colheita de informação relevante para a prática de enfermagem"*, do indicador *pi01 - "planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem"*, do indicador *pi10 - "garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem"*, do que os do 1º, 3º e 4ºanos. Para além disso, os índices dos indicadores *pi08 - "valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados"*, *ii01 - "assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados"*, *ar04 - "mantém o plano de cuidados actualizado"*, aumentam gradativamente ao longo dos quatro anos. Os estudantes do 4º ano apresentaram índices mais elevados do indicador *pi04 - "ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados"*, do indicador *pi09 - "promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade"*, do indicador *ar03 - "avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada"* e do indicador *ar05 - "utiliza os dados de avaliação"*, tendo anteriormente os índices de

indicadores relatados pelos estudantes dos outros anos mantendo-se praticamente estáveis com níveis moderados, desde o 1º ano (Ver tabela 3).

Associações entre os indicadores de competência do processo de enfermagem para a amostra total

Com base nas diferenças estatisticamente significativas encontradas para os anos de curso face aos indicadores de competência do processo de enfermagem, foram procuradas as associações entre os indicadores *rd01 - "realiza de colheita de informação relevante para a prática de enfermagem"*, *pi01 - "planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem"*, *pi04 - "ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados"*, *pi08 - "valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados"*, *pi09 - "promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade"*, *pi10 - "garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem"*, *ii01 - "assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados"*, *ar03 - "avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada"*, *ar05 - "utiliza os dados de avaliação"*, tendo anteriormente os índices de

Tabela 2 - Distribuição dos indicadores de competência do processo de enfermagem face ao nível de aquisição por ano de curso (continuação).

	Indicadores de Competência	Nível de Aquisição	1º ANO (N=49)		2º ANO (N=35)		3º ANO (N=41)		4º ANO (N=22)	
			N	%	N	%	N	%	N	%
PLANEJAMENTO	pi07 - "motiva os clientes e cuidadores para participarem no estabelecimento de resultados"	Baixo	03,0	06,3	1,0	02,9	02,0	04,9	00,0	00,0
		Médio	34,0	70,8	32,0	91,4	33,0	80,5	15,0	68,2
		Elevado	11,0	22,9	2,0	05,7	06,0	14,6	07,0	31,8
	pi08 - "valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados"	Baixo	08,0	17,4	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	23,0	50,0	28,0	80,0	31,0	75,6	13,0	59,1
		Elevado	15,0	32,6	07,0	20,0	10,0	22,4	09,0	40,9
	pi09 - "promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade"	Baixo	07,00	14,3	00,0	00,0	03,0	07,3	00,0	00,0
		Médio	37,0	75,5	34,0	97,1	38,0	92,7	19,0	86,4
		Elevado	05,0	10,2	1,0	2,9	00,0	00,0	03,0	13,6
	pi10 - "garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem"	Baixo	03,0	06,3	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	04,0	08,3	13,0	37,1	07,0	17,1	00,0	00,0
		Elevado	41,0	85,4	22,0	62,9	34,0	82,9	03,0	100
IMPLEMENTAÇÃO	m01 - "assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados"	Baixo	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	29,0	39,6	19,0	54,3	02,0	3,6	04,0	18,2
		Elevado	48,0	60,4	16,0	45,7	03,0	6,4	18,0	81,8
	m02 - "respeita as fronteiras do relacionamento terapêutico"	Baixo	00,0	0,00	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	05,0	10,2	00,0	00,0	00,0	00,0	02,0	09,1
		Elevado	44,0	89,8	35,0	100	41,0	100	20,0	90,9
	m03 - "recorre a apoio em situações delicadas"	Baixo	0,00	0,00	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	12,0	24,5	11,0	31,4	02,0	2,4	02,0	09,1
		Elevado	37,0	75,5	24,0	68,6	03,0	7,6	20,0	90,9
	m04 - "elabora registos completos e fidedignos, relativos às intervenções"	Baixo	00,0	0,00	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	07,0	14,6	02,0	05,7	02,0	04,9	01,0	04,5
		Elevado	41,0	85,4	33,0	94,3	39,0	95,1	21,0	95,5

Tabela 2 - Distribuição dos indicadores de competência do processo de enfermagem face ao nível de aquisição por ano de curso (continuação).

	Indicadores de Competência	Nível de Aquisição	1º ANO (N=49)		2º ANO (N=35)		3º ANO (N=41)		4º ANO (N=22)	
			N	%	N	%	N	%	N	%
IMPLEMENTAÇÃO	m05 - "avalia e infere sobre os dados relativos a alterações da situação"	Baixo	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	17,0	35,4	15,0	42,9	14,0	34,1	03,0	13,6
		Elevado	31,0	64,6	20,0	57,1	27,0	65,7	19,0	86,4
	m06 - "actua solidariamente em situação de emergência"	Baixo	01,0	2,00	01,0	02,9	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	01,0	2,00	04,0	11,4	07,0	17,6	01,0	04,5
		Elevado	47,0	95,9	30,0	85,7	33,0	82,5	21,0	95,5
AVALIAÇÃO DE RESULTADOS	ar01 - "demonstra capacidade para empreender avaliações sistêmicas"	Baixo	05,0	10,4	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	14,00	29,2	13,0	38,2	09,0	22,5	04,0	18,2
		Elevado	29,0	60,4	21,0	61,8	31,0	77,5	18,0	81,8
	ar02 - "elabora registos descritivos em relação aos resultados das intervenções"	Baixo	01,0	02,1	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	15,0	31,3	10,0	28,6	14,0	34,1	08,0	36,4
		Elevado	32,0	66,7	25,0	71,4	27,0	65,9	14,0	63,6
	ar03 - "avalia conjuntamente c/ os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada"	Baixo	07,0	14,3	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	28,0	57,1	18,0	52,9	24,0	58,5	02,0	09,1
		Elevado	14,0	28,6	16,0	47,1	17,0	41,5	20,0	90,9
	ar04 - "mantém o plano de cuidados actualizado"	Baixo	06,0	12,2	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0	00,0
		Médio	09,0	18,6	27,0	77,1	33,0	80,5	11,0	50,0
		Elevado	34,0	69,4	08,0	22,9	08,0	19,5	11,0	50,0
ar05 - "utiliza os dados de avaliação"	Baixo	05,0	10,2	00,0	00,0	01,0	02,4	00,0	00,0	
	Médio	23,0	46,9	11,0	31,4	04,0	09,8	01,0	4,50	
	Elevado	21,0	42,9	24,0	68,4	36,0	87,8	21,0	95,5	

"avalia conjuntamente c/ os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada", ar04 - "mantém o plano de cuidados actualizado" e ar05 - "utiliza os dados de avaliação" (Ver tabela 4).

Associações entre os indicadores de competência do processo de enfermagem para a amostra total

Com base nas diferenças estatisticamente significativas encontradas para os anos de curso face aos indicadores de competência do processo de enfermagem, foram procuradas as associações entre

os indicadores rd01 - "realiza de colheita de informação relevante para a prática de enfermagem", pi01- "planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem", pi04 - "ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados", pi08 - "valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados", pi09 - "promove a participação na reformulação do

Tabela 3 - Diferenças entre os indicadores de competências do processo de enfermagem face ao de curso do curso de licenciatura.

	1º ANO (N=49)		2º ANO (N=33)		3º ANO (N=41)		4º ANO (N=22)		χ^2	P
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP		
rd01	20,8	01,8	19,6	01,9	20,8	01,8	22,1	1,36	43,8 *	0,049
rd02	32,4	03,5	31,1	02,4	31,9	02,1	33,4	2,74	36,9	0,108
pi01	17,7	01,9	15,4	01,7	16,1	01,4	17,6	1,46	53,6 **	0,002
pi02	08,3	01,3	08,0	01,0	08,0	01,1	08,7	1,53	17,9	0,266
pi03	19,7	03,2	19,7	02,5	20,1	02,5	21,5	2,15	40,0	0,293
pi04	11,4	01,8	11,3	01,1	11,4	01,1	12,3	1,36	35,8 *	0,050
pi05	12,2	01,9	11,5	01,7	11,4	01,7	12,2	1,63	29,7	0,098
pi06	12,0	02,0	11,7	01,7	12,2	01,6	12,3	1,04	25,9	0,356
pi07	07,0	01,6	07,0	01,0	07,0	01,3	07,9	1,25	29,1	0,213
pi08	10,7	03,5	11,2	01,7	11,5	01,6	12,1	1,40	43,7 *	0,050
pi09	06,7	02,0	06,8	01,1	06,5	01,2	08,2	1,06	43,2 ***	0,000
pi10	04,3	01,0	03,7	00,6	04,1	00,7	04,4	0,50	38,5 ***	0,000
ii01	18,6	02,6	18,6	02,2	18,9	01,8	20,8	2,33	55,4 *	0,020
ii02	22,2	02,3	22,0	02,0	22,7	01,6	22,4	2,64	32,5	0,114
ii03	16,8	01,7	16,3	01,8	16,2	01,9	17,0	1,57	37,9	0,079
ii04	18,0	02,2	18,3	01,5	18,1	01,7	17,8	1,78	26,6	0,484
ii05	24,7	03,0	24,2	02,5	24,3	02,0	23,7	2,44	41,8	0,348
ii06	04,5	00,7	04,3	00,8	4,25	00,7	04,4	0,59	15,9	0,192
ar01	15,3	03,2	16,0	02,1	16,3	01,3	17,0	1,83	38,2	0,143
ar02	08,6	01,7	09,1	00,9	08,8	01,0	09,0	1,09	23,7	0,163
ar03	14,6	03,2	14,6	01,7	14,6	01,9	16,8	1,81	69,3 **	0,005
ar04	06,9	02,3	07,7	01,0	07,8	01,0	08,5	1,05	37,4 *	0,015
ar05	03,7	01,2	03,7	00,5	03,9	00,5	04,4	0,59	39,7 ***	0,000

LEGENDA:

* p<0,05; ** p<0,01; *** p<0,001

rd01 - "realiza de colheita de informação relevante para a prática de enfermagem"; pi01 - "planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem"; pi04 - "ordena os problemas e ações de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados"; pi05 - "promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade"; pi08 - "valida continuamente problemas, ações e os resultados esperados durante os cuidados"; pi09 - "promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade"; pi10 - "garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem"; ii01 - "assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados"; ii03 - "recorre a apoio em situações delicadas"; ar03 - "avalia conjuntamente c/ os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada"; ar04 - "mantém o plano de cuidados actualizado"; ar05 - "utiliza os dados de avaliação"

enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados", ar03 - "avalia conjuntamente c/ os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada", ar04 - "mantém o plano de cuidados actualizado" e ar05 - "utiliza os dados de avaliação" (Ver tabela 4).

Foram encontradas uma associações estatisticamente significativas, positivas e fortes entre o indicador pi01- "planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem" e o indicador pi04 - "ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de

precedência c/ base nos resultados esperados (r=0,61; p=0,000), entre pi08 - "valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados" e ar04 - "mantém o plano de cuidados actualizado" (r=0,65; p=0,00), entre ar04 - "mantém o plano de cuidados actualizado" e ar05 - "utiliza os dados de avaliação". (r=0,60; p=0,000). Foram também encontradas associações estatisticamente significativas positivas e moderadas entre rd01 - "realiza de colheita de informação relevante para a prática de enfermagem" com outros indicadores: pi01- "planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados

Tabela 4 - Associações entre os indicadores de competência do processo de enfermagem para a amostra total

	rd1	pi01	pi04	pi08	pi09	pi10	ii01	ar03	ar04	ar05
rd01 - "realiza de colheita de informação relevante para a prática de enfermagem"	-									
pi01 - "planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem"	0,42***	-								
pi04 - "ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados"	0,48***	0,61***	-							
pi08 - "valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados"	0,33***	0,31***	0,33***	-						
pi09 - "promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade"	0,09	0,27***	0,36***	0,41***	-					
pi10 - "garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem"	0,20*	0,31***	0,31***	0,31***	0,23**	-				
ii01 - "assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados"	0,34***	0,49***	0,31***	0,34***	0,34***	0,28***	-			
ar03 - "avalia conjuntamente c/ os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada"	0,38***	0,44***	0,44***	0,41***	0,46***	0,22**	0,49***	-		
ar04 - "mantém o plano de cuidados actualizado"	0,33***	0,39***	0,31***	0,63***	0,31***	0,26**	0,54***	0,49***	-	
ar05 - "utiliza os dados de avaliação"	0,39***	0,40***	0,43***	0,36***	0,31***	0,36***	0,34***	0,44***	0,60***	-

LEGENDA:

** p<0,01; *** p<0,001

e as intervenções de enfermagem” ($r=0,42$; $p=0,000$), com *pi04* - “ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência com base nos resultados esperados” ($r=0,48$; $p=0,000$), com *pi08* - “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados” ($r=0,35$; $p=0,000$), com *ii01* - “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados” ($r=0,34$; $p=0,000$), com *ar03* - “avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada” ($r=0,38$; $p=0,000$), com *ar04* - “mantém o plano de cuidados actualizado” ($r=0,33$; $p=0,000$) e com o indicador *ar05* - “utiliza os dados de avaliação” ($r=0,33$; $p=0,000$).

Para o indicador *pi01*- “planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem”, foram também encontradas associações estatisticamente significativas positivas e moderadas com vários indicadores, nomeadamente com *pi08* - “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados” ($r=0,51$; $p=0,000$), com *pi10* - “garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem” ($r=0,31$; $p=0,000$), com *ii01* - “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados” ($r=0,49$; $p=0,000$), com *ar03* - “avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada” ($r=0,44$; $p=0,000$), com *ar04* - “mantém o plano de cuidados actualizado” ($r=0,39$; $p=0,000$) e com o indicador *ar05* - “utiliza os dados de avaliação” ($r=0,40$; $p=0,000$).

Para o indicador *pi04* - “ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados” foram também encontradas associações estatisticamente significativas positivas e moderadas com diversos indicadores: com *pi08* - “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados” ($r=0,55$; $p=0,000$), com *pi09* - “promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade” ($r=0,36$; $p=0,000$), com *pi10* - “garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem” ($r=0,31$; $p=0,000$), com *ii01* - “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados” ($r=0,51$; $p=0,000$), com *ar03* - “avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada” ($r=0,44$; $p=0,000$), com *ar04* - “mantém o plano de cuidados actualizado” ($r=0,51$; $p=0,000$) e com *ar05* - “utiliza os dados de avaliação” ($r=0,43$; $p=0,000$).

Para o indicador *pi08* - “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados” foram também encontradas associações estatisticamente significativas positivas e moderadas com vários indicadores: com *pi09* - “promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade” ($r=0,41$; $p=0,000$), com *pi10* - “garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem” ($r=0,37$; $p=0,000$), com *ii01* - “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados” ($r=0,54$; $p=0,000$), com *ar03* - “avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada” ($r=0,41$; $p=0,000$) e com *ar05* - “utiliza os dados de avaliação” ($r=0,56$; $p=0,000$).

Em relação ao indicador *pi09* - “promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade” foram obtidas associações estatisticamente significativas positivas e moderadas com *ii01* - “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados” ($r=0,54$; $p=0,000$), com *ar03* - “avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada” ($r=0,46$; $p=0,000$), com *ar04* - “mantém o plano de cuidados actualizado” ($r=0,51$; $p=0,000$) e com *ar05* - “utiliza os dados de avaliação” ($r=0,37$; $p=0,000$).

Para o indicador *pi10* - “garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem” foram apenas obtidas associações estatisticamente significativas positivas e moderadas com *ar05* - “utiliza os dados de avaliação” ($r=0,36$; $p=0,000$).

Em relação ao indicador *ii01* - “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados” encontraram-se associações estatisticamente significativas positivas e moderadas com *ar03* - “avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada” ($r=0,48$; $p=0,000$), com *ar04* - “mantém o plano de cuidados actualizado” ($r=0,54$; $p=0,000$) e com *ar05* - “utiliza os dados de avaliação” ($r=0,54$; $p=0,000$).

Para o indicador *ar03* - “avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada” foram encontradas associações estatisticamente significativas positivas e moderadas com *ar04* - “mantém o plano de cuidados actualizado” ($r=0,49$; $p=0,000$) e com *ar05* - “utiliza os dados de avaliação” ($r=0,44$; $p=0,000$).

Discussão

O presente estudo teve dois objetivos: 1) descrever as diferenças de indicadores de competência do processo de enfermagem de cada ano do curso de licenciatura em enfermagem e 2) relacionar os indicadores de competência entre si, de forma a compreender melhor como são adquiridas as competências do processo de enfermagem, tendo em vista a elaboração de um modelo de desenvolvimento das competências do processo de enfermagem, perspectivando a utilização dos instrumentos básicos que regem a profissão de Enfermagem para o Ensino dos Fundamentos de Enfermagem.

A verificação de níveis moderados de aquisição de competência para a generalidade dos indicadores, permite-nos concluir que é importante a definição de uma metodologia de desenvolvimento das competências do processo de enfermagem, que possa orientar os docentes nos processos de ensino-aprendizagem, quer em contexto teórico, quer em contexto de ensino clínico ou estágio de integração à vida profissional.

Alguns indicadores, como *pi08* - “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados”, *ii01* - “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados”, *ar04* - “mantém o plano de cuidados actualizado”, aumentaram gradativamente ao longo dos quatro anos, remetendo para níveis de aquisição de competências diferentes face ao ano de curso e com uma certa sequencialidade na respectiva aquisição desde o primeiro ano. Por outro lado, o facto de outros indicadores se mantiverem praticamente estáveis com índices moderados, durante os três primeiros anos de curso e de se atingirem índices elevados, permite concluir, que existem níveis de aquisição próprios de cada ano. O facto de os estudantes do 2º ano apresentarem índices mais baixos dos indicadores *rd01* - “realiza colheita de informação relevante para a prática de enfermagem”, *pi01* - “planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem”, e

pi10 - “garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem”, do que os do 1º, 3º e 4ºanos, permite perspectivar nos respectivos ensinamentos clínicos a necessidade de utilização de estratégias que permitam atender a essas dificuldades, podendo dever-se à necessidade de gestão de um maior número de cuidados e, com um maior nível de responsabilidade, característica desse ano de curso, para a escola em que foi feita a recolha de dados de investigação.

As diferenças estatisticamente significativas encontradas para dez dos vinte e três indicadores de competências estudados, foram distribuídos de forma diferente pelas quatro etapas do processo de enfermagem. Na etapa da “Recolha de Dados” do processo de enfermagem foi encontrado um indicador: *rd01* - “realiza colheita de informação relevante para a prática de enfermagem”; a etapa do “Planeamento das Intervenções de Enfermagem” foi a que traduziu um maior número de indicadores: *pi01* - “planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem”, *pi04* - “ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência com base nos resultados esperados”, *pi08* - “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados”, *pi09* - “promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade” e *pi10* - “garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem”. Na etapa da “Implementação das Intervenções de Enfermagem”, foi apenas encontrado

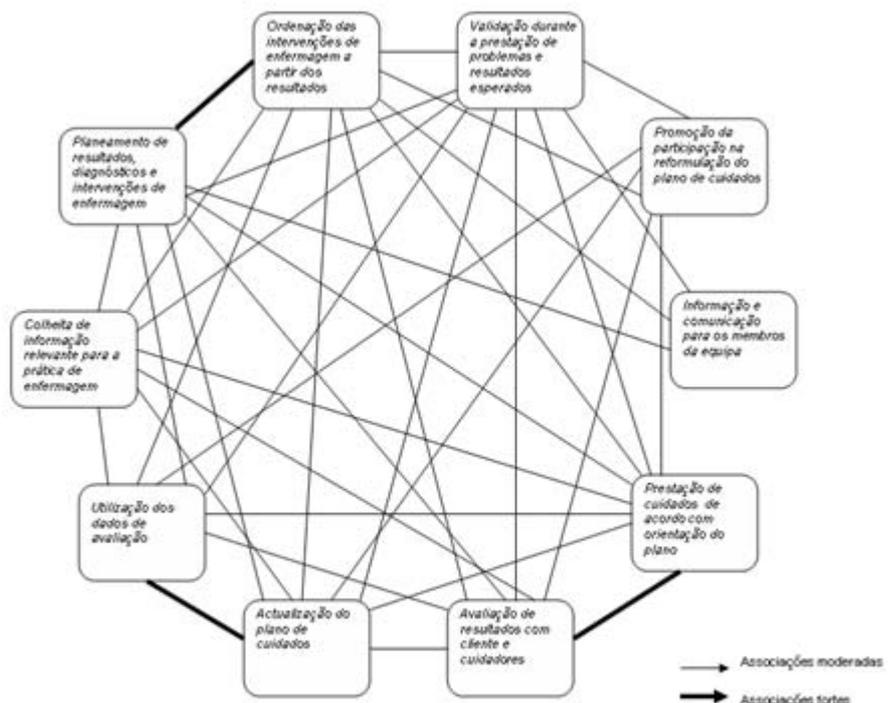


Fig. 1 – Relações entre os indicadores de competências do processo de enfermagem.

um indicador: *ii01* - “assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados”; na etapa da “Avaliação de Resultados”, foram encontrados três indicadores: *ar03* - “avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada”, *ar04* - “mantém o plano de cuidados actualizado”, *ar05* - “utiliza os dados de avaliação”.

Entre os indicadores com diferenças estatisticamente significativas face aos anos de curso, foram obtidas diversas associações (Ver fig. 1). A associação positiva e forte entre o indicador *pi01*- “planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem” e o indicador *pi04* - “ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados”, permite-nos concluir de forma concordante com a literatura (Murray, M. & Atkinson, D., 2000;Alfaro-Lefevre, R., 2004; Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A., 2006), que quanto maior for a capacidade dos estudantes para realizarem um planeamento face aos diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, maior será a capacidade para ordenarem as intervenções de enfermagem, de forma a atingir os resultados esperados. Para isso, é importante que esse planeamento seja realizado de forma a que as intervenções de enfermagem permitam dar resposta de forma específica aos resultados que se pretendem atingir e, dessa forma eliminar ou modificar o diagnóstico de enfermagem.

A associação positiva e forte encontrada entre o indicador *pi08* “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados” e *ar04* - “mantém o plano de cuidados actualizado” e entre este e o indicador *ar05* - “utiliza os dados de avaliação”, leva-nos a inferir que a permanente validação dos problemas, intervenções e resultados esperados e sequente utilização dos dados para uma eventual modificação do plano de cuidados, permite manter o plano de cuidados actualizado e válido (Murray, M. & Atkinson, D., 2000;Alfaro-Lefevre, R., 2004; Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A., 2006) e ajuda a desenvolver nos estudantes um raciocínio orientado para a prevenção de complicações. Por outro lado, a associação positiva e moderada encontrada entre *pi08* - “valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados” e *pi04* - “ordena os problemas e acções de enfermagem em termos de precedência c/ base nos resultados esperados” permite inferir que quanto maior é a capacidade de validação de problemas, acções e resultados durante a prestação de cuidados, maior será a capacidade dos estudantes ordenarem os problemas por prioridades. Estes aspecto, é também concordante

com a literatura (Murray, M. & Atkinson, D., 2000;Alfaro-Lefevre, R., 2004; Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A., 2006), exigindo que, quer em ensino teórico, quer em ensino clínico se implementem estratégias que interpelem os estudantes a validarem os problemas e resultados esperados a par da implementação das intervenções de enfermagem planeadas e em termos dos resultados que se pretendem alcançar. Esta validação, pode ser operacionalizada através de alguns instrumentos básicos, como por exemplo, a observação, a entrevista, a comunicação, os princípios científicos e os registos. Nessa perspectiva e tendo em vista a constante validação, o docente de enfermagem pode interpelar o estudante sobre os que dados pretende colher e para quê, sobre o que está ou pode vir a observar, sobre como pensa estruturar a entrevista para colher esses dados, que tipo de perguntas pretende colocar e porquê, que hipóteses de problemas se poderão verificar e sobre como documentar o processo de validação. Esta perspectiva é reforçada pela associação positiva e moderada entre *rd01* - “realiza colheita de informação relevante para a prática de enfermagem” com o indicador *pi01*- “planeia por escrito, considerando os diagnósticos, os resultados esperados e as intervenções de enfermagem”, o que significa que quanto maior for a capacidade dos estudantes para colherem informação relevante para a prática de enfermagem, maior será a sua capacidade de planeamento de problemas, resultados e intervenções. É importante que os estudantes saibam colher informação relevante, distinguindo-a de outra não relevante, de forma a que os problemas de enfermagem sejam formulados de forma rigorosa, permitindo o estabelecimento de resultados exequíveis e consequentemente, o planeamento de intervenções de enfermagem adequadas (Murray, M. & Atkinson, D., 2000;Alfaro-Lefevre, R., 2004; Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A., 2006). Também aqui o docente, pode desempenhar um papel importante face á utilização da observação, da entrevista, dos princípios científicos, da comunicação e dos registos. Nesse sentido, o docente pode implementar estratégias que levem, a que os estudantes, saibam seleccionar dados relevantes de dados não relevantes, fundamentando com base na evidência actual ou potencial de problemas e com base na exploração dos respectivos significados. A associação positiva e moderada encontrada entre *rd01* - “realiza colheita de informação relevante para a prática de enfermagem” e *ar05* - “utiliza os dados de avaliação”, permite verificar que quanto maior for a capacidade para colher dados relevantes, maior será a capacidade de utilização dos dados de avaliação e, pelo facto de se terem obtido associações, igualmente positivas e moderadas entre *rd01* - “realiza colheita de informação relevante para a prática de enfermagem” com *ii01* - “assegura a prestação dos

cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados” e com *ar03* - “*avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada*”, permite concluir que a aprendizagem face a uma colheita de dados relevante, leva a que os estudantes prestem cuidados tendo em conta, não só ao planeado, como também, que a avaliação de resultados seja feita em conjunto com a pessoa/cliente e com os seus conviventes significativos (Murray, M. & Atkinson, D., 2000;Alfaro-Lefevre, R., 2004; Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A., 2006).

Estes aspectos podem também serem operacionalizados pelos docentes, novamente através da entrevista, observação, comunicação, relação de ajuda, princípios científicos e registos. Relativamente a este último instrumento básico, é importante que os estudantes saibam descrever e comunicar na equipa, as avaliações que as pessoas/clientes fazem relativamente aos seus problemas. Por outro lado, a associação positiva e moderada entre *ar05* - “*utiliza os dados de avaliação*” e *pi10* - “*garante a informação e comunicação para os membros da equipa de enfermagem*” e entre este e *pi08* - “*valida continuamente problemas, acções e os resultados esperados durante os cuidados*”, permite concluir que quanto maior for a capacidade para validar continuamente problemas, resultados e intervenções e a capacidade para utilizar dados de avaliação, maior será a capacidade para prestar informação e comunicação com os outros elementos da equipa de enfermagem (Murray, M. & Atkinson, D., 2000;Alfaro-Lefevre, R., 2004; Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A., 2006).

Por último, pelo facto de se ter encontrado uma associação positiva e moderada entre *ar03* - “*avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada*” e *ar04* - “*mantém o plano de cuidados actualizado*”, permite inferir que quanto maior for a capacidade de os estudantes avaliarem os resultados com os clientes, maior será a capacidade para manter actualizado o plano de cuidados.

Este aspecto é também reforçado pela associação positiva e moderada obtida entre *ii01* - “*assegura a prestação dos cuidados de enfermagem de acordo com a orientação do plano de cuidados*” e *ar03* - “*avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada*”. Também, a associação positiva e moderada encontrada entre *pi09* - “*promove a participação na reformulação do plano de cuidados na medida da possibilidade*” e *ar03* - “*avalia conjuntamente c/os cliente e/ou cuidadores comparando a situação actual face à anterior e à esperada*”, aponta para o facto que quanto maior for a capacidade dos estudantes para promoverem a

participação na reformulação do plano de cuidados, maior a capacidade para avaliarem conjuntamente com os clientes os resultados.

A aquisição de competências relacionadas com o processo de enfermagem em estudantes do curso de licenciatura, em ligação à utilização dos instrumentos básicos que regem a profissão tem sido um aspecto pouco debatido na literatura. Nessa perspectiva, as descobertas realizadas no âmbito deste estudo, podem contribuir para a aplicação de um modelo de desenvolvimento de competências do processo de enfermagem, no contexto do ensino dos Fundamentos de Enfermagem.

Esse modelo foi designado por “*Modelo das Dez Etapas*” e integra os dez indicadores com diferenças estatisticamente significativas que foram encontrados nos quatro anos de curso da licenciatura. Este modelo pretende operacionalizar as quatro fases do processo de enfermagem - recolha de dados, planeamento das intervenções de enfermagem, implementação das intervenções de enfermagem e avaliação dos resultados - através de dez etapas: 1) a colheita de dados relevante; 2) planeamento de resultados, diagnósticos e intervenções de enfermagem; 3) ordenação das intervenções de enfermagem a partir dos resultados; 4) validação durante a prestação de cuidados de problemas e resultados esperados; 5) promoção da participação do cliente na reformulação do plano de cuidados; 6) informação e comunicação para os membros da equipa; 7) prestação de cuidados de acordo com a orientação do plano de cuidados; 8) avaliação de resultados com o cliente e cuidadores; 9) Actualização do plano de cuidados e 10) utilização dos dados de avaliação.

Em cada uma das etapas podem ser utilizados os instrumentos básicos, designadamente a entrevista, a observação, a comunicação, a relação de ajuda, os princípios científicos e os registos. Na etapa do planeamento de resultados, diagnósticos e intervenções de enfermagem pode ser utilizada uma taxonomia de enfermagem. (Ver Fig. 2). A sua aplicabilidade destina-se tanto ao ensino clínico de enfermagem, como também ao ensino teórico na área dos Fundamentos de Enfermagem, no entanto este aspecto necessita de verificação experimental.

Os resultados da presente investigação são limitados pelo método de amostragem por conveniência, que não garante a representatividade da amostra em relação aos estudantes de enfermagem doutras estabelecimentos de ensino superior, pelo que os resultados devem ser generalizados com cuidado para além do presente estudo. No futuro, são necessários estudos que pesquisem o impacto da

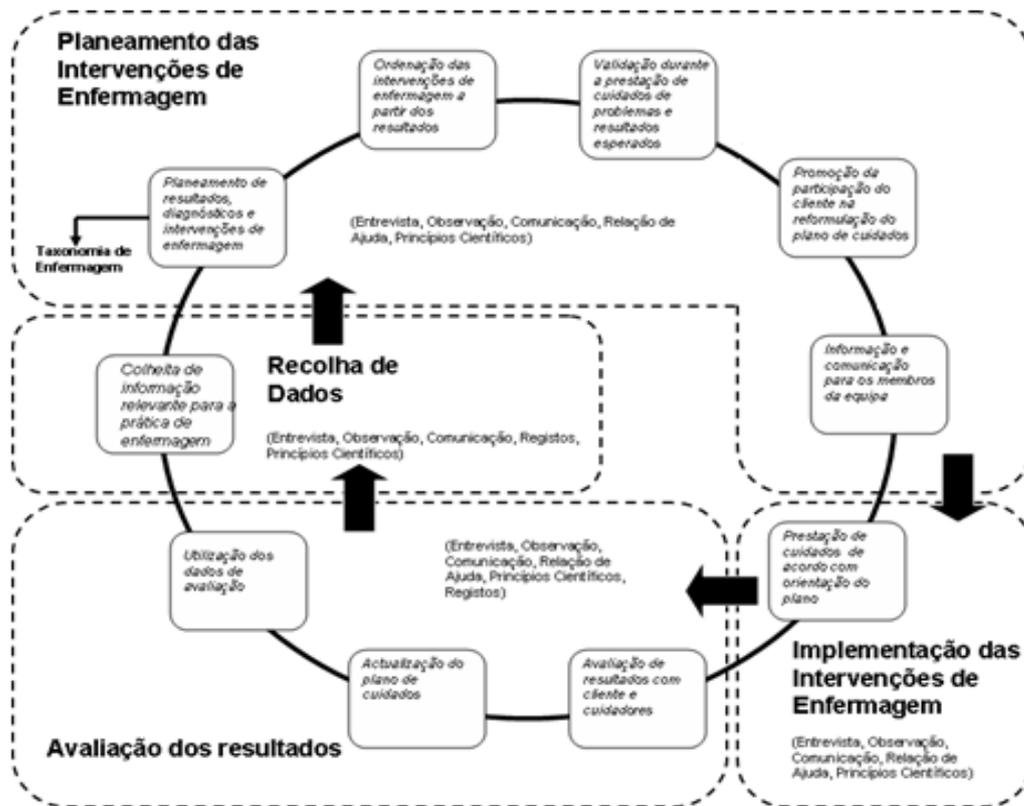


Fig. 2 – Modelo de Desenvolvimento de Competências do Processo de Enfermagem – Modelo das Dez Etapas.

utilização do *Modelo das Dez Etapas* em grupos de estudantes dos diferentes anos e estudos que pesquisem a aplicabilidade do modelo a estudantes de pós-graduação. São também necessários estudos que integrem no modelo a fase da formulação diagnóstica.

Em conclusão, os resultados deste estudo permitiram conhecer os índices de indicadores de competência em cada um dos anos do curso de licenciatura e obter um modelo para o desenvolvimento de competências do processo de enfermagem que utiliza os instrumentos básicos que regem a profissão.

Referências

Alfaro-Lefevre, R. (2000). *Critical Thinking and Clinical Judgment*. 3rd Edition. Saunders: United States of America. ISBN 0-7216-9729-1, p. 54-91.

Conrick M., (2005). *The international classification for nursing practice: a tool to support nursing practice?* *Collegian*. 2005 Jul;12 (3):9-13.

Doenges, M., Moorhouse, M. & Murr, A.(2006). *Diagnoses Prioritized, Interventions and Rationales*. 10^o Edition. ISBN-13: 9780-8036-1480-2. F.A. Davis Company: Philadelphia, p. 1-6.

Hollingworth S. (1985). *Preparation for Change*. Royal College of Nursing, London.

Judge N. (2007). *Assessing and managing patients with musculoskeletal conditions*. *Nursing standard*. Sep 12-18;22(1):51-7.

Marin, H., Rodrigues, R., Delaney, C., Nilsen, G. & Yan, J. (2001). *Building standard-based nursing information systems*. PAHO: Washinton, ISBN 92 75 12364 0, p. 17-23.

McCloskey, J.C., & Bulechek, G.M. (2002). *Nursing interventions classification (NIC) – Overview and current status*. In N. Oud (Ed.), *Proceedings of the Special Conference of the Association of Common European Nursing Diagnoses, Interventions and Outcomes* (pp. 31-44). Amsterdam: Verlag Hars.

Murray, M. & Atkinson, D. (2000). *Understanding The Nursing process In a Change Care Environment*. 6^o Edition. McGraw - Hill, 2000.

Nunes, L., Martins, L., Freitas, A. Cruchinho, P. (2007). *Uma matriz de competências para a licenciatura em enfermagem*. *Revista Percursos*, ISSN 1676 – 5077, 2 (6), p. 1- 64,

Ordem dos Enfermeiros, (2003). *Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Lisboa: Ed. do autor: Lisboa.

Thoroddsen A, Ehnfors M. (2007). Putting policy into practice: pre- and post-tests of implementing standardized languages for nursing documentation. *Journal of Clinical Nursing*. Oct;16(10):1826-38.

Yura, H. & Walsh, M. (1978). *The Nursing Process*. Appleton-Century-Crofts, New York.