



**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**O ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA: PROPOSTA DE UMA MATRIZ PARA O  
ACOMPANHAMENTO DOS ESTUDANTES DO CURSO DE  
LICENCIATURA**

**MENTAL HEALTH NURSING INTERNSHIP: PROPOSAL OF A  
MATRIX TO MONITOR UNDERGRADUATE STUDENTS**

Tese apresentada à UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA para obtenção do  
grau de doutor em Enfermagem, Especialidade Educação em Enfermagem

por

Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Instituto de Ciências da Saúde

2021 Lisboa





**UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**

**O ENSINO CLÍNICO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E  
PSIQUIÁTRICA: PROPOSTA DE UMA MATRIZ PARA O  
ACOMPANHAMENTO DOS ESTUDANTES DO CURSO DE  
LICENCIATURA**

**MENTAL HEALTH NURSING INTERNSHIP: PROPOSAL OF A  
MATRIX TO MONITOR UNDERGRADUATE STUDENTS**

Tese apresentada à UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA para obtenção do  
grau de doutor em Enfermagem, Especialidade Educação em Enfermagem

Por Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos

Sob orientação da Professora Doutora Lucília Rosa Mateus Nunes

Instituto de Ciências da Saúde

2021 Lisboa



## AGRADECIMENTOS

O meu primeiro agradecimento é à Professora Doutora Lucília Nunes, pelo caminho realizado, por sentir que me transmitiu a confiança, disponibilidade, apoio, amizade, momentos excelentes de partilha, pela amizade e carinho. Não consigo encontrar palavras para lhe dizer o quanto estou grato, **Obrigado**.

Aos Docentes que acederam ao nosso pedido para a participação no focus group.

Aos Orientadores de Ensino Clínico que acederam ao nosso pedido para a participação no focus group.

Aos estudantes pela colaboração e interesse no preenchimento dos questionários e pela participação no focus group.

À Universidade Católica Portuguesa e a todos os professores que integram o Programa de Doutoramento em Enfermagem, assim como os colegas doutorandos, pelas oportunidades e apoio demonstrando neste percurso.

A todos os meus colegas da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, e em particular ao Departamento de Enfermagem da ESS pela amizade, apoio e carinho que sempre me demonstraram.

Um obrigada especial ao “Grupo de Aflitos” que ao longo do tempo de construção e partilha deste meu, nosso percurso, nos fomos apoiando, aos seus membros actuais e anteriores: Ana Pires, Andreia Cerqueira, António Nabais, Armandina Antunes, Carla Damásio, Edgar Canais, Hugo Franco, Mariana Pereira, Ricardo Fernandes, Rita Costa, Rui Inês.

Ao grupo “Saúde e Bem-Estar”, meus queridos companheiros, Carolina Henriques, Prof<sup>ª</sup> Conceição Bento, Graça Vinagre, Teresa Barroso, Teresa Ferreira, Prof<sup>ª</sup> Helena Pimentel obrigado pelas partilhas e pela oportunidade, um beijo ternurento e um abraço forte e especial ao Amorim Rosa pela ajuda, suporte e disponibilidade.

Aos meus amigos de sempre , José Antonio, José Barata, Paulo Rosa, Rui Correia, Rui Lamy, Rui Teixeira, Savio, pela amizade e apoio.

A todos os que passaram pela minha vida e me ajudaram a chegar aqui...

Às pessoas mais significativas da minha vida...

**Mãe, Laurinda** obrigada pelo teu amor e carinho, pelas tuas palavras de estímulo, em especial nos momentos mais difíceis.

**Pai, Lino** obrigada por me fazeres sentir sempre alguém muito especial, pelos teus sábios conselhos, pelas nossas conversas sempre tão interessantes, pelo teu sentido de humor sempre tão contagiante.

**Carolina**, obrigado pelo teu amor, carinho, apoio, cumplicidade...és um extraordinário ser humano...És a melhor filha do mundo!

**Rita**, obrigado pelo teu amor, carinho, apoio, cumplicidade e pelo teu sorriso contagiante...és um extraordinário ser humano...És a melhor filha do mundo **vish kk**

**Clara**, companheira nos momentos desta vida, obrigado pelo apoio e ajuda nos momentos mais difíceis

Um Obrigado ao grande Eddie Vedder e aos “Pearl Jam” pela companhia musical...”Black” é sem duvida a musica da minha vida...alem de “Even Flow”; “Just Breath”; “Last Kiss”; “Alive”; “Jeremy”; “Better Man”; “Wishlist”, “Nothing as It Seems”; “Life Wasted”; “Unthought Know”; “Sirens”.....entre outras...

Obrigado Manuel Cruz e aos “Ornatos Violeta” pela companhia musical...”*O Monstro Precisa de Amigos*” definitivamente...

Obrigado Brian Molko e aos “Placebo” pela companhia musical e às suas letras, melodias e poemas dos Álbuns...Without You I'm Nothing; Sleeping with Ghosts; Meds; Battle for the Sun; Loud Like Love; A Place for Us to Dream...

Obrigado “A Naifa” e em especial a Mitó a vocalista, a tua voz embalou-me nos momentos mais solitários...”Cat People”...Esta Depressão que me anima”...”Os funerais são os Casamentos dos Mortos”...”Émulos”...enfim sabe bem viajar...

Obrigado aos Foo Fighters pelos ritmos de Times Like These...Learn To Fly...Something From Nothing...These Days ...My Hero ...Best Of You ...Everlong...

Um Obrigado a todos



## RESUMO

Nas últimas décadas, a formação dos estudantes do curso de Enfermagem tem sido alvo de várias mudanças e transformações, parecendo consensual que a formação se processa segundo momentos de ensino teórico e momentos em ensino clínico. O acompanhamento dos estudantes de Enfermagem em ensino clínico tem sido alvo de algumas investigações nos últimos anos, uma vez que a área de Saúde Mental e Psiquiatria apresenta um papel muito relevante no desenvolvimento e construção da identidade do futuro profissional.

Trata-se de um estudo quantitativo, qualitativo, exploratório e analítico, que tem como finalidade propor uma matriz de acompanhamento dos estudantes nos contextos de Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria visando facilitar a aprendizagem mais adequada às situações na saúde e doença mental.

Os objetivos específicos são: (1) identificar as crenças e valores dos estudantes de Enfermagem acerca das doenças mentais, antes e depois da realização do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; (2) perspetivar estratégias que potenciem o desenvolvimento e desempenho dos estudantes neste contexto específico, recolhendo a compreensão que orientadores, estudantes e professores têm do processo; (3) construir uma matriz de acompanhamento, com base nas etapas anteriores.

Na metodologia, recorreremos a diferentes fontes de dados e instrumentos sendo desenvolvida em duas etapas sequenciais.

A primeira etapa correspondeu a uma abordagem quantitativa e descritiva em que foi utilizado o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais de Loureiro (2008), aplicado no início do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e no final desse mesmo Ensino Clínico, seis semanas depois, aos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Foram entregues 51 questionários aos estudantes que iriam realizar o Ensino Clínico de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria no 1º dia de Ensino Clínico. Após a conclusão desse Ensino Clínico foram entregues 51 questionários dos quais recebemos 48, sendo a taxa de participação de 94%.

A segunda etapa correspondeu a uma abordagem qualitativa e descritiva, em que recolhemos a opinião dos professores, orientadores e estudantes face às situações experienciadas, que dificuldades e estratégias utilizam no Ensino Clínico. Para esta colheita de dados utilizámos entrevistas de “focus group” (grupo de discussão ou grupo focal).

Foram constituídos três grupos: (1) uma amostra de estudantes, que vivenciaram o Ensino Clínico de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria, e aos quais, na primeira etapa do estudo, foi aplicado o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais antes e depois do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; (2) um grupo de professores que vivenciaram o Ensino Clínico de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria e (3) uma amostra de enfermeiros orientadores, que vivenciaram o Ensino Clínico de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria.

Os verbatim das entrevistas de “focus group” (grupo de discussão ou grupo focal) realizadas foram sujeitos a análise crítica de discurso, sustentada pelo modelo tridimensional de Norman Fairclough.

Sustentado pelo quadro conceitual composto para este estudo, e que se constituiu como a base para a proposta de construção da matriz, estabelecemos ligação entre os componentes principais da matriz disciplinar de Thomas Kunh e os papéis propostos no modelo de Hildegard Peplau.

Palavras-chave: Ensino Clínico, Enfermagem Saúde Mental, Licenciatura em Enfermagem, Matriz de acompanhamento

## ABSTRACT

In the last decades, the nursing students education has been the subject of several changes and transformations, and it seems to be consensual that takes place according to theoretical teaching and clinical teaching. The monitoring of nursing students in clinical education has been the subject of some investigations in recent years, since the area of Mental Health and Psychiatry has a very relevant role in the development and construction of the identity of the future professional.

This is a quantitative, qualitative, exploratory and analytical study, which aims to propose a monitoring matrix for students in the context of Clinical Nursing Teaching in Mental Health and Psychiatry in order to facilitate learning more appropriate to situations in health and mental illness . The specific objectives are: (1) to identify nursing students' beliefs and values about mental illnesses, before and after the clinical teaching of mental health and psychiatry nursing; (2) to envisage strategies that enhance the development and performance of students in this specific context, gathering the understanding that supervisors, students and teachers have of the process; (3) build a monitoring matrix, based on the previous steps.

In the methodology, we use different sources of data and instruments developed in two sequential steps.

The first step corresponded to a quantitative and descriptive approach in which the Loureiro Inventory of Beliefs about Mental Illnesses was used, applied at the beginning of Clinical Teaching in Mental Health Nursing and Psychiatry and at the end of that same Clinical Teaching, six weeks later, to students of the Nursing Degree Course. 51 questionnaires were delivered to the students who were going to take the Clinical Teaching of Nursing Mental Health and Psychiatry on the 1st day of Clinical Teaching. After completing this Clinical Teaching, 51 questionnaires were again delivered, of which we received 48, with a participation rate of 94%.

The second step corresponded to a qualitative and descriptive approach, in which we collect the opinion of teachers, advisors and students in the face of the situations experienced, which difficulties and strategies they use in Clinical Teaching. For this data collection we used “focus group” interviews (focus group or focus group). Three groups were constituted: (1) a sample of students, who experienced Clinical Nursing Teaching Mental Health and Psychiatry, and to whom, in the first phase of the study, the Inventory of Beliefs

about Mental Illnesses was applied before and after Teaching Mental Health and Psychiatry Nursing Clinician; (2) a group of teachers who experienced Clinical Nursing Teaching Mental Health and Psychiatry and (3) a sample of nurse advisors, who experienced Clinical Teaching Nursing Mental Health and Psychiatry.

The verbatim interviews of focus group were made subject to critical discourse analysis, supported by the three-dimensional model of Norman Fairclough.

Supported by the conceptual framework composed for this study, which constituted the basis for the proposal to construct the matrix, we established a link between the main components of the disciplinary matrix of Thomas Kunh and the roles proposed in the model of Hildegard Peplau.

Keyword: Clinical Internship , Mental Health Nursing, Nursing Degree, Monitoring matrix

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1: Marcos Históricos da Enfermagem em Portugal.....	42
Quadro 2: Marcos Históricos da Saúde Mental e Psiquiatria em Portugal .....	61
Quadro 3: Categorias analíticas propostas no modelo tridimensional (adaptado de Fairclough, 2001).....	103
Quadro 4: Síntese de resultados ICDM .....	116
Quadro 5: Papéis terapêuticos (Peplau) e papéis em contexto pedagogicos .....	166
Quadro 6: Matriz de Competências CLE- ESS .....	174
Quadro 7: Papéis dos Intervenientes em Ensino Clínico.....	176

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Testes de diferenças entre os scores do ICDM pré e pós realização do Ensino Clínico de Saúde Mental e Psiquiatria (n=51) .....	114
---	-----

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo tridimensional de análise crítica do discurso segundo Fairclough Fairclough Adaptado de: Fairclough, N. (2001). Critical discourse analysis as a method in social scientific research. In: Wodak, R. & Meyer, M. Methods of critical discourse analysis. London, 2001, pp. 101. ....	102
Figura 2 – Representação gráfica da Matriz de Acompanhamento.....	167

## **LISTA DE SIGLAS e ABREVIATURAS**

A3ES- Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

AC – Análise de Conteúdo

ACD – Análise Crítica de Discurso

AD – Análise de Discurso

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CESE - Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem

CLE – Curso de Licenciatura em Enfermagem

CNECV – Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida

DGS – Direção Geral de Saúde

DL - Decreto-Lei

EC – Ensino Clínico

ECTS - European Credit Transfer System

ENQA – Associação Europeia para a Garantia da Qualidade no Ensino Superior

ES – Ensino Superior

ESS – Escola Superior de Saúde

ESMP - Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria

ICN - Conselho Internacional de Enfermeiros

INE – Instituto Nacional de Estatística

ICDM - Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

Pg - Página

REPE - Regulamento do Exercício dos Profissionais de Enfermagem

PNS – Plano Nacional de Saúde

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SMP - Saúde Mental e Psiquiatria

UC – Unidade Curricular

UCs – Unidades Curriculares

## ÍNDICE GERAL

	Pg
INTRODUÇÃO .....	19
PARTE I - ENQUADRAMENTO .....	25
1. A ENFERMAGEM .....	27
1.1. O Ensino de Enfermagem.....	31
1.2. A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria nos <i>curricula</i> de Enfermagem .....	43
1.3. Articulação do Ensino Teórico com o Ensino Clínico.....	45
1.4. Papel dos intervenientes em Ensino Clínico .....	48
2. SAÚDE E DOENÇA MENTAL.....	58
2.1. Breve perspetiva histórica das doenças mentais.....	59
2.2. A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria .....	64
2.3. Crenças e Valores: Conceitos e Significados.....	69
3. REFERENCIAIS E ANCORAGEM TEÓRICA .....	73
3.1. A ancoragem na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau .....	74
3.2. A Matriz Disciplinar de Thomas Kuhn.....	85
PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO.....	89
1. DESENHO DO ESTUDO .....	91
2. POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	92
3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	94
3.1. O Inventário de Crenças Acerca da Doença Mental (ICMD) .....	94
3.2. Focus Group (Grupo Focal) .....	97
4. ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO .....	98
5. PROCEDIMENTOS PARA A COLHEITA DE DADOS .....	104
6. QUESTÕES ÉTICAS .....	106
PARTE III – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO.....	111
1. APRESENTAÇÃO DOS DADOS.....	113
1.1. Discussão dos dados estatísticos.....	113
1.2. Analisando os Discursos .....	116
1.2.1. <i>Análise textual</i> .....	118
1.2.2. <i>Análise da prática discursiva</i> .....	132
1.2.3. <i>Análise da prática social</i> .....	139

1.2.4. <i>Síntese dos achados</i> .....	145
<b>2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	<b>149</b>
2.1. Do Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICMD) .....	149
2.2. Da análise crítica do discurso.....	152
<b>3. CONSTRUÇÃO DE UMA MATRIZ</b> .....	<b>160</b>
3.1. A Proposta de uma Matriz .....	162
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>180</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>187</b>
<b>BIBLIOGRAFIA GERAL</b> .....	<b>188</b>
<b>EDUCAÇÃO</b> .....	<b>197</b>
<b>HISTORIA DA SAÚDE MENTAL E DO ENSINO</b> .....	<b>201</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>205</b>
1 - Folha de rosto do questionário.....	207
2 – Carta explicativa do estudo dirigida aos estudantes participantes do focus group (grupo de discussão ou grupo focal).....	211
3 – Carta explicativa do estudo dirigida aos professores participantes do focus group (grupo de discussão ou grupo focal).....	215
4 – Carta explicativa do estudo dirigida aos orientadores de ensino clínico participantes do focus group (grupo de discussão ou grupo focal).....	219
5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (focus group).....	223

## INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi efetuado no âmbito do Curso de Doutoramento em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa, na área de Educação em Enfermagem.

Esta dissertação e a sua temática surgiram de um conjunto de interesses científicos, profissionais e pessoais, e resulta da vontade de explorar e aprofundar a área da Educação em Enfermagem, nomeadamente nos contextos de aprendizagem dos estudantes que denominamos Ensinos Clínicos.

O ensino da Enfermagem é caracterizado pela alternância entre períodos de ensino na escola, com aulas teóricas, teórico-práticas e práticas e períodos nas instituições de saúde com a realização de ensinos clínicos, na Diretiva, publicada em 2013, relativa ao reconhecimento das qualificações profissionais (2013/55/UE), foram identificadas as competências da formação de enfermeiros de cuidados gerais, tendo sido transposta para a regulação nacional na Lei n.º 26/2017 de 30 de maio. Nesta Lei, no n.º 3 do artigo 28º, define-se que "a formação de enfermeiro responsável por cuidados gerais compreende, pelo menos, três anos de estudos, que pode, complementarmente, ser expressa com os créditos ECTS equivalentes, e que deve consistir em 4600 horas de ensino teórico e clínico, devendo o ensino teórico constituir, pelo menos, um terço e o ensino clínico, pelo menos, metade da duração mínima."

As definições de ensino teórico e ensino clínico estão incluídas no n.º 5, do mesmo artigo 28º:

"a) «Ensino teórico» a vertente da formação em Enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro adquire os conhecimentos, as aptidões e as competências profissionais exigidas pelos n.os 8 e 9, sendo esta formação ministrada pelo pessoal docente de cuidados de Enfermagem, bem como por outras pessoas competentes, nas universidades, institutos de ensino superior de nível reconhecido como equivalente ou escolas de Enfermagem e através de programas de formação profissional para profissionais de Enfermagem;

b) «Ensino clínico» a vertente da formação em Enfermagem através da qual o candidato a enfermeiro aprende, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo, em bom estado de saúde ou doente, ou uma coletividade, a planear, dispensar e avaliar cuidados de Enfermagem globais, com base nos conhecimentos, aptidões e competências adquiridas, aprendendo, de igual modo, não só a trabalhar em equipa, mas também a dirigi-la e a organizar os cuidados de Enfermagem globais, incluindo a educação para a saúde destinada a indivíduos e a pequenos grupos no seio de uma instituição de saúde ou da comunidade"

Estas duas componentes educativas têm como objetivo promover a aquisição de um conjunto de conhecimentos (desde os científicos aos culturais), proporcionando o desenvolvimento de “habilidades, competências e capacidade de inovação e de análise crítica” inerentes ao exercício profissional. É a partir destas bases que o estudante irá procurar responder aos problemas reais e inesperados do dia-a-dia (Borges, 2010).

A saúde mental é uma parte integrante e essencial da saúde, como se tem expressado com a afirmação “não há saúde sem saúde mental” (Almeida J. C., 2018). A OMS (2013) afirma que saúde mental “é o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere “<sup>1</sup>.

Uma implicação importante dessa definição é que a saúde mental é mais do que a ausência de perturbações mentais ou deficiências. Saúde mental e bem-estar são fundamentais para nossa capacidade coletiva e individual, como seres humanos, para pensar, nos emocionarmos, interagirmos uns com os outros e aproveitar a vida.

Múltiplos fatores sociais, psicológicos e biológicos determinam o nível de saúde mental de uma pessoa. Por exemplo, as pressões socioeconómicas contínuas são reconhecidas como riscos para a saúde mental de indivíduos e comunidades. Uma saúde mental afetada também está associada a rápidas mudanças sociais, condições de trabalho stressantes, discriminação de género, exclusão social, estilo de vida não saudável, risco de violência, problemas físicos de saúde e violação dos direitos humanos segundo afirma a OMS (2001).

---

<sup>1</sup> Disponível em World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87232>

A Enfermagem de Saúde Mental foca-se na promoção da saúde mental e do bem-estar, na identificação dos riscos para a saúde mental, na prevenção da doença mental, no diagnóstico e na intervenção perante respostas humanas desajustadas ou desadaptadas aos processos de transição, geradores de sofrimento, alteração ou doença mental, no tratamento e reabilitação de pessoas com doença mental (OE, 2011).

A doença mental continua a ser uma problemática em que as crenças e valores emergem e se tornam presentes no quotidiano; assim, os estudantes de Enfermagem, por serem indivíduos com valores próprios e crenças, tal como a população em geral, também “rotulam” as pessoas portadoras de doença mental. Sendo que a maioria dos estudantes de Enfermagem se encontra numa faixa etária que corresponde ao final da adolescência, um período em que a identidade não está ainda completamente formada, pode, com facilidade, haver confusão de papéis.

Os cuidados prestados à pessoa com doença mental podem refletir de uma forma predominante as crenças e os valores sociais associados à percepção da saúde/doença mental, o que se torna importante na prática diária dos cuidados. Os estigmas criados sempre se mantiveram com alguma relevância, o que conseqüentemente proporcionou a criação e perpetuação de estereótipos face a determinados fatores como a incurabilidade da doença, a agressividade, entre outros. Porém, esta estigmatização que se identifica na população em geral, está também presente no pensamento dos estudantes de Enfermagem, que são não mais que cidadãos comuns, o que poderá futuramente influenciar na prática diária profissional face à prestação de cuidados de excelência (Gil, 2010).

Na base do relacionamento em Saúde Mental está a efetivação relacional, a relação interpessoal de caráter terapêutico (Martinho, Pires, Carvalho & Pimenta, 2014), sendo o estabelecimento de ligações ou conexões consigo mesmo, com a equipa de trabalho, com os estudantes, com as funções desempenhadas e com o sistema de saúde no seu todo, aspectos centrais para o sucesso supervisivo (Silva, Pires & Vilela, 2011).

O contacto e a prestação de cuidados a pessoas que têm perturbações mentais é realizada através do Ensino Clínico. Nos contextos de Saúde Mental e Psiquiatria, o estudante lida com pessoas que se encontram mentalmente doentes e por isso podem tornar-se violentas e agressivas em determinado momento, tanto contra os outros como contra si próprias.

Além disso, a exigência psicológica e mental que o cuidar de pessoas do foro psiquiátrico requer, poderá provocar mais desgaste emocional.

Durante o Ensino Clínico os estudantes necessitam de acompanhamento por parte de enfermeiros e docentes orientadores. Pretende-se que esta orientação seja uma supervisão sistemática e de qualidade, para que se possam disponibilizar as ferramentas necessárias aos estudantes para construírem o seu conhecimento pessoal e profissional. Deverá ser uma supervisão orientada para o estudante, de modo a que forneça instrumentos para que este possa lidar com os sentimentos e emoções assim como refletir sobre as suas atitudes perante a pessoa com perturbação mental (Martinho, Pires, Carvalho, & Pimenta, 2014).

Portanto, surgiu como principal questão de investigação, a seguinte: Qual o referencial de acompanhamento em Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria? tendo como finalidade a construção de uma Matriz para o acompanhamento dos estudantes do curso de licenciatura, consideramos duas sub-questões:

- (1) Quais as crenças dos estudantes acerca das doenças mentais?
- (2) Quais as estratégias usadas pelos professores, orientadores e estudantes no Ensino Clínico de Saúde Mental e Psiquiatria?

Ao realizarmos este trabalho propomo-nos elaborar uma matriz de acompanhamento dos estudantes no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria visando facilitar a aprendizagem mais adequada às situações na saúde e doença mental.

Para esta finalidade, o presente estudo tem como objetivos específicos:

- a) identificar as crenças e valores dos estudantes de Enfermagem acerca das doenças mentais, antes e depois da realização do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria;
- b) perspetivar estratégias que potenciem o desenvolvimento e desempenho dos estudantes neste contexto específico, promovendo a adequação, recolhendo a compreensão que orientadores, estudantes e professores têm do processo;
- c) construir uma matriz de acompanhamento, com base nas etapas anteriores

Considerando os objetivos definidos, este estudo encontra-se ancorado na teoria de Hildegard Peplau que define a Enfermagem como um processo terapêutico e interpessoal e refere que cada indivíduo pode ser visto como uma estrutura biológica, psicológica, espiritual sociológica única, que não irá reagir da mesma forma que outro indivíduo.

Thomas Kuhn surge neste trabalho como um referencial epistemológico, na justa medida em que afirma para compreender como funciona uma comunidade científica enquanto produtora e avaliadora de conhecimento sólido é essencial ter em conta as componentes de uma matriz disciplinar. Tendo como ponto de partida os conceitos do autor, nele se inspira a procura de sistematizar uma matriz referencial para o acompanhamento dos estudantes do curso de licenciatura no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Trata-se de um estudo quantitativo, qualitativo, exploratório e analítico.

Na metodologia preconizada para a concretização dos objetivos perspetivámos, na primeira etapa, uma abordagem quantitativa e descritiva ao utilizar o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) de Loureiro (2008), questionário traduzido e validado para a população portuguesa por Oliveira (2005) e por Loureiro (2008). Pretendemos comparar as crenças dos estudantes de Enfermagem antes e depois do ensino clínico e que relações se evidenciam com as crenças da população em geral.

Na segunda etapa, através de uma abordagem qualitativa e descritiva, recolhemos as opiniões dos professores, orientadores e estudantes face às situações experienciadas, que dificuldades e estratégias utilizaram no Ensino Clínico. Para esta colheita de dados, utilizámos as entrevistas de “focus group” (grupo de discussão ou grupo focal). Nesta etapa, a análise realizada dos tópicos discursivos assentou no uso da análise crítica do discurso de Fairclough.

A estrutura do presente trabalho inclui três partes, na parte I – **Enquadramento** em que apresentamos o enquadramento teórico deste trabalho em três capítulos: no capítulo 1 contextualizam-se os aspectos relacionados com a Enfermagem, o ensino e a formação assim o ensino clínico; no capítulo 2 abordamos a evolução histórica das doenças mentais assim como da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, apresentando os conceitos e significados teóricos de crenças e valores; no capítulo 3 destacamos a teoria das relações interpessoais de Hildegard Peplau e a matriz disciplinar de Thomas Kuhn.

Na parte II – **Percursos Metodológicos** apresentamos as abordagens metodológicas, desenho e o tipo de estudo, população e amostra, os métodos e técnicas de colheita e tratamento de dados, descrevendo e fundamentando cada uma das etapas da investigação: (1) o inventário

de crenças acerca da doença mental (ICMD); (2) o focus group (grupo focal). Salientamos a análise crítica de discurso de Norman Fairclough e as considerações éticas.

Na parte III – **Resultados da Investigação** incluem o capítulo 1, em que realizamos a apresentação e discussão dos dados estatísticos do questionário ICMD; no capítulo 2 procedemos à apresentação e discussão dos resultados das entrevistas de focus group recorrendo ao quadro conceitual que orientou o estudo e apresentam-se as principais conclusões. O capítulo 3 corresponde à nossa proposta de Matriz de acompanhamento, assente nos referências teóricas da matriz disciplinar de Kunh e os papéis propostos no modelo de Peplau.

Terminamos com uma síntese reflexiva do nosso estudo, incidindo a discussão nos resultados da investigação, e salientando o seu contributo no domínio da aprendizagem dos estudantes durante o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Apresentamos as limitações deste estudo, assim como propostas de desenvolvimento desta área de conhecimento em Enfermagem, como estímulo e ponto de partida para investigações futuras.

## **PARTE I - ENQUADRAMENTO**



## 1. A ENFERMAGEM

*“Ser enfermeiro é conhecer novas histórias todos os dias  
e fazer de tudo para que elas continuem  
com todo cuidado e atenção”*

(Moreno, 2019)

A Enfermagem, desde a sua origem, tem uma ligação muito significativa à noção do “cuidar”, a proporcionar as melhores condições à pessoa que é cuidada. No entanto, o termo Enfermagem foi empregue em variados sentidos ao longo do tempo e de acordo com o contexto, como refere Nunes (2003), desde ofício, vocação, profissão, conjunto de saberes, arte, ciência. Atualmente, a Enfermagem é a "profissão que, na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de Enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível" (nº 1, artigo 4º, Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

A Enfermagem é considerada uma arte, a “Arte do Cuidar”, de compreender e interpretar a experiência subjetiva e o desenvolvimento criativo dos cuidados de Enfermagem. Como qualquer forma de arte, é algo abstrato, é o conhecimento do particular único. Para além de arte, a Enfermagem é também uma ciência, que tem o objetivo de fornecer explicações para os fenómenos com a finalidade de os poder prever e controlar (Streubert & Carpenter, 2013).

Nos últimos anos têm ocorrido alterações muito relevantes na formação de Enfermagem, principalmente com a intenção de melhorar os processos formativos. Com a integração da formação no Ensino Superior Politécnico produziu-se uma importante mudança no ensino da Enfermagem e no exercício profissional (Barroso, 2009).

O acesso à investigação assinalou um marco importante com repercussões na conceção de cuidados com a prática clínica a constituir um alicerce para o desenvolvimento das competências. O aumento das qualificações académicas e profissionais e os processos de produção de conhecimento sobre a própria Enfermagem (Canário, 2005) e, simultaneamente, a criação da Ordem dos Enfermeiros, enquanto entidade responsável pela auto-regulação profissional, conduziram a um maior reconhecimento social da profissão. Salienta-se a importância de clarificar o que é próprio da disciplina de Enfermagem, cujo corpo é erigido a partir dos conceitos, teorias, crenças e valores inscritos nas suas concetualizações teóricas, no conhecimento edificado e na praxis clínica (Tomey & Alligood, 2004).

A concetualização do cuidar em Enfermagem é determinante para conferir visibilidade à profissão bem como sustentar um exercício ético e teoricamente robusto. Esta tendência concetual e integradora do conhecimento da disciplina, advinda da investigação e teorização da/e Enfermagem e que se contrapõe a uma lógica puramente executiva, tem sido primordial para o desenvolvimento de uma Enfermagem Avançada, no sentido de uma “Enfermagem com mais Enfermagem” (Silva, 2007, p. 12).

Basto (2009) destacou o cuidar de Enfermagem como o âmago da Enfermagem, elemento diferenciador da disciplina e que impõe o desenrolamento do saber próprio. Ato individual prestado a si próprio, cuidar é também ato recíproco, dirigido a quem carece de ajuda na satisfação das suas necessidades vitais e que consagra cuidador e pessoa alvo de cuidados (Collière, 2003), tendo por base a relação entre enfermeiro e cliente, interação imbuída de intencionalidade, visando a minimização do sofrimento da pessoa e a promoção do seu bem-estar (Basto, 2009). Assente numa abordagem holística, a pessoa assume papel central dos cuidados de Enfermagem (Watson, 1999), em que a ação e conteúdo da profissão são portadores de sentido e de ajuda para com a pessoa cuidada (Hesbeen, 2000).

O processo de aprendizagem implica a aquisição de novos conhecimentos, desenvolvimento de competências e mudança de comportamento através de experiências práticas. Só se considera que houve uma aprendizagem, se as mudanças provocadas forem relativamente permanentes. O processo ensino-aprendizagem procura desenvolver nos estudantes todos os domínios exigidos a um profissional de Enfermagem, promovendo uma sólida formação teórica, em articulação com a prática em situação, por forma a incrementar

nos estudantes uma visão integrada, crítica e reflexiva dos cuidados de Enfermagem (Barroso, 2009).

Mas ao contactar com a pessoa e com as circunstâncias contextuais da prática clínica, os estudantes apercebem-se que as dificuldades discutidas em aula não correspondem aos vividos, e surgem dúvidas, medos e ansiedades, entre as quais, o receio de cometer algum erro, de prejudicar o cliente e não serem reconhecidos por parte dos colegas e professores (Barbosa, Marques, e Queirós, 2010).

Alarcão, (2005) refere-se ao ensino clínico como um ambiente de formação interdisciplinar e contextualizado, o qual ajuda o estudante a assimilar a cultura dos cuidados de Enfermagem, a desenvolver atitudes, a integrar e mobilizar os conhecimentos adquiridos no ensino teórico assim como o desenvolvimento das competências profissionais, ao oferecer um contexto de aprendizagem que favorece o contacto com a prática na sua previsibilidade e imprevisibilidade. Nas suas práticas de cuidados os enfermeiros adotam modelos teóricos que guiam essas mesmas práticas; através da formação incorporam conceitos e pressupostos teóricos, que influenciam o seu olhar sobre a pessoa, a saúde, e os cuidados de Enfermagem.

No âmbito da saúde mental, o papel desempenhado pelo preceptor, tutor ou mentor, que assume a função de supervisionar a prática clínica do estudante, adquire particular destaque (Charleston & Happell, 2005). À semelhança dos restantes contextos clínicos, é da relação emergida entre supervisor e estudante que nascem as experiências positivas que, em saúde mental, se traduzem numa visão mais positiva sobre os cuidados de Enfermagem à pessoa com perturbação mental (Martinho, Pires, Carvalho & Pimenta, 2014).

As atitudes negativas e estigmatizantes dos profissionais face à pessoa com patologia mental têm sido amplamente identificadas na literatura, consubstanciando um elemento dificultador na efetivação de uma prática clínica que confira à pessoa um papel ativo no seu processo de saúde (Happell, Moxham & Planatia-Phung, 2011). Ainda assim, a exposição clínica foi apontada como um fator importante na promoção de uma atitude mais positiva (e favorável) para a Enfermagem em saúde mental (Happell, 2008; Happell, Robins & Gough, 2008), verificando-se uma diminuição da estigmatização em consequência daquela exposição. Importa ainda a experiência prévia de contacto com a

pessoa com doença mental como aspecto facilitador da integração no contexto da psiquiatria (Markström, 2009).

Ressalve-se que a saúde mental e psiquiatria configura um campo de ensino clínico cujo medo e apreensão surgem exacerbados face à interação com a pessoa com perturbação mental (Happell, 2008), muito assentes em ideias pré-concebidas de doença mental (Charleston & Happel, 2005), conceções estigmatizantes cuja influência no processo de aprendizagem não pode ser, de todo, descartada (Markström, 2009). De facto, o contacto com a pessoa que experiencia uma doença mental é uma forma de mudar a atitude dos futuros profissionais de saúde (Happell & Gaskin, 2013) na medida em que o contacto face a face confere a oportunidade de perceber a perturbação mental como uma condição que afeta uma pessoa real. Este aspeto levou alguns autores a salientar a importância da preparação teórica dos estudantes para a prática clínica em contexto psiquiátrico, na medida em que quanto mais preparados os estudantes se sentirem, menor será a ansiedade face ao desenvolvimento de competências no âmbito da saúde mental.

As características consideradas mais importantes pelos estudantes no desenvolvimento da prática clínica em saúde mental e psiquiatria foram o apoio e a oportunidade de participarem ativamente no cuidado à pessoa com doença mental (Happell, 2008).

Importa ainda destacar alguns dos fatores que influenciam positivamente a qualidade dos processos de formação do ensino clínico em saúde mental, sendo que estes não diferem, de facto, dos identificados para outros contextos, a saber: os recursos humanos, materiais e organizacionais disponíveis, a formação dos intervenientes no processo, as parcerias estabelecidas, os processos supervisivos, os contributos da supervisão em si, os instrumentos e momento avaliativos, assim como, o papel e qualidades do supervisor (Fernandes, Santos, Torres & Lobo 2012).

Na educação, em geral, e também no ensino de Enfermagem, em particular, o professor vai deixando de ser o ator principal, surge como um mediador de conflitos e emoções, incorpora uma prática na qual o diálogo, a escuta, o respeito às diferenças indicam a possibilidade de inverter a lógica de uma prática de transmissão de conhecimento para outra construída na perspetiva da relação. Trata-se de uma mudança paradigmática para a educação uma vez que os professores aprendem ao mesmo tempo que os educandos.

Kuhn surge neste trabalho como um referencial epistemológico, na justa medida em que afirma “para compreender como funciona uma comunidade científica enquanto produtora e avaliadora de conhecimento sólido é essencial compreender as componentes de uma matriz disciplinar” (Kuhn, 2009). Tendo como ponto de partida os conceitos do autor, neles inspiramos a procura para sistematizar uma matriz referencial para o acompanhamento dos estudantes do Curso de Licenciatura no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

### **1.1. O Ensino de Enfermagem**

A formação em Enfermagem tem sofrido alterações ao longo do tempo. Deste modo, a conceção do estudante também tem mudado. Segundo (Carvalho R., 2002); antes, a formação em Enfermagem procurava formar indivíduos conformistas, moralmente educados e disciplinados, e não tanto pessoas capazes de pensar e agir livremente. Atualmente, considera-se que as escolas promovem que o estudante de Enfermagem tenha um papel muito mais ativo na sua aprendizagem e formação.

Os primeiros passos dados na formação profissional em Enfermagem datam do século XIX - em 1881 foi criado um Curso de Enfermeiros, em Coimbra, com Costa Simões (Nunes, 2003; Silva, 2006). No Hospital de S. José, era Tomás de Carvalho, enfermeiro-mor, um Curso para Enfermeiros teve início de 26 de Janeiro de 1887, dirigido pelo Dr. Artur Ravara, sob administração do Hospital de São José. Qualquer funcionário do hospital podia inscrever-se nas 40 lições do curso e as disciplinas ministradas eram Anatomia, Fisiologia, Curativo e Higiene (Silva, et al., 2007).

No início do século XX, as escolas não dispunham de regulamentação própria sendo consideradas parte integrante dos hospitais, sem qualquer autonomia, pelo que os estudantes se podiam converter, ainda enquanto aprendentes, em empregados do hospital, sem receberem remuneração e eram sujeitos às exigências e normas comportamentais correspondentes à sua posição nas hierarquias dos serviços (Serra, 2008).

Devido ao baixo nível de instrução dos alunos e as dificuldades em assistir às aulas, associado a baixa remuneração, levou a que o primeiro curso de enfermeiro fosse encerrado em 1889 (Silva, et al., 2007). Apesar deste primeiro curso ter sido algo conturbado,

possibilitou que, onze anos após o seu encerramento, José da Câmara Curry Cabral, enfermeiro mor do hospital de São José, propusesse a criação de uma escola de enfermeiros. Assim, o Decreto de 10 de Setembro de 1901 criou a Escola Profissional de Enfermeiros, que entrou em funcionamento em 26 de Outubro de 1910 (Silva, et al., 2007). No plano de estudos deste curso foi incluída uma componente teórica e uma componente prática, regidas em duas épocas, sendo condição para frequentar a segunda ter obtido habilitação à primeira. No final do ano escolar (que decorria num período de Outubro a Agosto) os alunos eram submetidos a um exame que incluía a teoria e a prática. Esta escola dispunha de um espaço próprio, improvisado, à direita da entrada principal do Hospital de São José e lecionava dois níveis de ensino de Enfermagem o curso ordinário de enfermeiros e curso completo de enfermeiros. Este último tinha mais um ano de prática nas enfermarias (Silva, et al., 2007).

Em 1918 e através de decreto esta escola passou a denominar-se Escola Profissional de Enfermagem. Em 1922 foi publicado o seu regulamento, que reestruturou o ensino de Enfermagem e criou os órgãos de gestão da escola: diretor da escola, conselho escolar e quadro docente. Esta reorganização tentou dar resposta às necessidades de formação sentidas na época, com aplicação dos anteriores planos de estudos, mas com novas condições. Exigiam, como habilitação de entrada, a instrução primária, idade entre os 17 e os 25 anos e os candidatos tinham de se submeter a um exame médico para comprovar a robustez física e ausência de doenças contagiosas (Silva et al., 2007).

Este plano de estudos foi, à época, considerado inovador mas não teve o êxito esperado, tal deveu-se a precariedade das instalações da escola e a não assiduidade dos alunos aos estágios. Portanto, em 1930, assistiu-se à transformação em Escola de Enfermagem de Artur Ravara, tendo sido criado o curso de aperfeiçoamento com a duração de um trimestre e que era exigido para o concurso de enfermeiro chefe dos Hospitais Cívicos de Lisboa (Silva, et al., 2007).

No ano de 1947 foram criados os cursos de pré Enfermagem através do Decreto-Lei nº 36219, de 10 de Abril, estes tinham a duração de dois anos e exigiam a instrução primária e a idade de 15 anos, e o curso de Auxiliar de Enfermagem, que tinha a duração de dois anos passando a ser exigida o 1º ciclo dos liceus, ou seja, seis anos de escolaridade e idade compreendida entre 18 e 30 anos. Manteve-se o Curso de Aperfeiçoamento Complementar, cuja habilitação era o 2º ciclo dos liceus e tinha a duração de um ano letivo. O Curso de

Auxiliar de Enfermagem destinava-se a preparar para tarefas de fácil execução e pouca responsabilidade e a trabalhar sob a dependência dos médicos e enfermeiros e tinha a duração de um ano, sendo exigido o ensino primário completo (Silva, et al., 2007).

Este decreto-lei é apontado, na literatura que consultámos, como uma referência incontornável no progresso do ensino da Enfermagem. Neste Decreto-lei, foi mencionado no artigo 1 que “o Ensino de Enfermagem deve ser ministrado em Cursos Gerais e Especializados”, referida a duração mínima de dois anos e de um ano para o Curso Auxiliar de Enfermagem (artigos 13 e 14). Esta formação preparava os enfermeiros para as categorias de enfermeiro, auxiliar de Enfermagem, enfermeiros chefes e monitores. Destacar ainda que o ensino teórico, inicialmente pensado e ministrado por médicos, passou a ser também da responsabilidade dos enfermeiros (Decreto-Lei nº 36219 de 10 Abril, 1947).

No que respeita ao ensino prático, quando existia era feito por enfermeiras que pouco sabiam e não tinham tempo disponível, ou não se interessavam por orientar alunos. Amendoeira (2006) refere que inicialmente, os cursos eram lecionados por enfermeiros docentes e médicos e a formação assentava basicamente na dimensão do “saber-fazer”.

A área da saúde foi registando alterações significativas, o que trouxe novas exigências e as necessidades de formação aumentaram. Então, em 1952, pelo Decreto-Lei nº 38885, de 28 de Agosto, foi revisto o regulamento das Escolas - o Curso de Enfermagem Geral passou a ter uma duração de três anos; e o curso Auxiliar de Enfermagem de dezoito meses. Este decreto regulamentou ainda o curso de Auxiliares de Enfermagem Especializada e o curso de Enfermagem Complementar, este último com a duração de um ano que se destinava aos enfermeiros que exerciam as funções de chefia e aos monitores das escolas de Enfermagem. Esta legislação de 1952 organizou o ensino de Enfermagem nas escolas oficiais. O objetivo era formar e preparar melhores profissionais para trabalharem em serviços hospitalares e de Saúde Pública. Os monitores (enfermeiros professores) passaram a ter uma preparação específica com a criação do Curso Complementar de Enfermagem que, na prática, correspondia a uma pós-graduação em pedagogia ou em gestão de Enfermagem. O ensino passou a ser distribuído por aulas teóricas, aulas práticas e estágios com frequência obrigatória.

À época, as práticas não eram fáceis de realizar devido à carência de recursos humanos existentes nas Escolas e os monitores eram os responsáveis pelo acompanhamento dos

alunos em estágio e pelas aulas práticas. Amendoeira (2006) refere que a aprendizagem nessa época era feita por imitação e repetição das tarefas quotidianas, sem qualquer orientação e relação com os conteúdos teóricos, limitando-se muitas vezes à observação do trabalho das enfermeiras, o que se tornava numa limitação para a evolução dos cuidados e da Enfermagem.

A década de 60 ficou marcada por vários momentos importantes para a viragem no desenvolvimento da Enfermagem. Após a criação do Ministério da Saúde no ano de 1958, foi criada, em 1961, a Direção Geral dos Hospitais e, em 1962, constituída a primeira Direção do Serviço de Enfermagem Hospitalar da Direção Geral dos Hospitais, ressurgindo a preocupação da elaboração de um projeto de Estatuto de Enfermagem (Nunes, 2003).

No ano de 1965 houve nova remodelação no ensino de Enfermagem, com a publicação do Decreto-Lei nº46448 de 20 de Julho, passando as escolas oficiais de Enfermagem a gozarem de autonomia técnica e administrativa, conforme referido no Artigo nº 2. O curso de Auxiliares de Enfermagem passou a ser de um ano e o estágio de seis meses. O curso de Enfermagem Geral manteve-se com três anos, as disciplinas de Enfermagem também chamadas de "técnicas de Enfermagem" enfatizam o saber fazer e eram ministradas pelos monitores e auxiliares de monitor e passaram a ter as designações: Enfermagem preliminar, Enfermagem médica, Enfermagem cirúrgica, Enfermagem obstétrica, Enfermagem pediátrica, Enfermagem psiquiátrica e Enfermagem de saúde pública. Barroso (2009) refere que os alunos eram distribuídos pelos campos de estágio, predominantemente pelas enfermarias-escolas em serviços de saúde, dando maior ênfase ao ensino prático e a preparar os alunos para trabalhar em qualquer serviço de saúde.

Em 1967 foi publicado o Decreto-Lei 48/166 de 27 de Dezembro, com a estruturação de carreiras – a Enfermagem passou a ser constituída por três carreiras: a de saúde pública, a hospitalar e a do ensino. As carreiras de saúde pública e ensino foram valorizadas em detrimento da carreira hospitalar, ocorrendo nesta fase um dos momentos mais significativos de afastamento/ruptura entre os setores escola e hospital (Nunes, 2003).

No começo dos anos setenta e com a publicação da Portaria 34/70 de 14 de Janeiro foi definido o Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem; no artigo 2º determina que as escolas de Enfermagem têm como objetivos: o ensino de Enfermagem, nos seus diversos

ramos, com vista a formar profissionais. competentes e responsáveis; assim como o aperfeiçoamento e a investigação no campo da Enfermagem; e o trabalho coordenado com todos os estabelecimentos, serviços e instituições no interesse da saúde e assistência. No mesmo documento foi definida a composição dos órgãos de administração e de direção das escolas.

Nesta época, a maioria dos prestadores de cuidados de Enfermagem eram auxiliares. Estes iam substituindo os enfermeiros na sua prática, particularmente nos hospitais e nos Serviços Médico-Sociais da Previdência, sem as necessárias recompensas em termos de: reconhecimento formal das suas competências; nível ou estatuto remuneratório; oportunidades de formação profissional. Esta ambiência acabou por originar um movimento reivindicativo a partir de 1969 (Nunes, 2003), considerando alguma liberalização política da “Primavera Marcelista”.

Em 1972 e após a alteração da Lei de Bases do Sistema Educativo, foram estabelecidas condições para a criação do curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem, com a duração de 20 meses e cuja finalidade era o acesso à categoria de enfermeiro, sendo ministrado nas escolas de Enfermagem. Em 1973, foram inauguradas escolas de Enfermagem em todos os distritos do país, à exceção de Setúbal e Aveiro (Nunes, 2003). A partir de então, a filosofia educativa passou a considerar o estudante de Enfermagem como um ser em construção de quem se espera uma atitude crítica e construtiva face à realidade, e não um mero executor de tarefas, externamente determinadas (Serra, 2008).

Em 1974, com a revolução do 25 de Abril, ocorreram alterações políticas e sociais que se viriam a revelar muito significativas em Portugal. Nogueira (1990) refere um extenso trabalho de reflexão sobre o ensino, protagonizado pelos recém-criados sindicatos de Enfermagem, pelos representantes das escolas de Enfermagem e pela Associação Portuguesa de Enfermeiros. A partir do ano letivo de 1977/78 foram criados vários cursos de especialização em Enfermagem (Saúde Mental e Psiquiátrica, Saúde Materna, Saúde Infantil, Reabilitação e Enfermagem Médico-Cirúrgica).

Deste trabalho realizado em conjunto, na altura da criação do Serviço Nacional de Saúde, em 1979 (Lei nº 56/79 de 15 de setembro), resultou a criação de um único curso de formação inicial com a duração de três anos (Decreto-lei nº 98/79, de 6 de setembro). Para a sua frequência era exigido o curso geral dos liceus (atual 9º ano) e três anos mais tarde, em 1979, passou a ser exigido o curso complementar dos liceus (atual 11º ano). Para este

curso, foi elaborado um novo plano de estudos com uma estrutura pedagógica teórica e prática na proporção de um terço da componente teórica e dois terços na componente prática, perfazendo um total de 4250 horas de formação, indo ao encontro das orientações da instrução e formação dos enfermeiros preconizado no Acordo do Conselho da Europa.

O ensino da Enfermagem, tutelado pelo Ministério da Saúde, foi reestruturado, reforçando-se a sua autonomia e a relação escola/organizações de saúde e comunidade (Barroso, 2009). Neste novo plano de estudos deu-se uma ênfase maior à saúde e às Ciências Humanas e passou a integrar, ao longo do curso, os conceitos de saúde mental, saúde comunitária, de pedagogia, de gestão e de investigação, assim como outras exigências, e a ser lecionado por enfermeiros docentes e outros técnicos constituídos em equipas pedagógicas; a teoria e a prática foram integradas. As escolas passaram a utilizar unidades de saúde que permitiram desenvolver uma boa integração de conhecimentos assegurados pelos docentes, enfermeiros dos locais de ensino clínico e estágio (Barroso, 2009).

Em 1981, pela primeira vez, foram definidas as funções do enfermeiro, com a publicação do Decreto-Lei n.º 305/81 de 12 de Novembro. Este diploma da carreira foi considerado o verdadeiro normativo da prática de Enfermagem dos anos oitenta, contendo pressupostos e conceitos que estão na base dos caminhos percorridos na década de noventa. Neste documento constam: a) a consagração de uma carreira única para todos os enfermeiros, independentemente da área ou local de trabalho; b) as categorias de enfermeiros (enfermeiro – grau I; graduado e monitor – grau II; especialista, chefe e assistente – grau III; supervisor e professor – grau IV; técnico de Enfermagem – grau V) e respetivos conteúdos funcionais; c) a determinação que os enfermeiros só podem ser avaliados por enfermeiros.

A definição de uma carreira era considerada fundamental para potencializar, dignificar e profissionalizar a Enfermagem, porque define o que tem de fazer um enfermeiro, em qualquer das categorias, encontrando-se traçados os limites da autonomia funcional do enfermeiro. No entanto, a carreira surgiu muito hierarquizada, sendo necessárias provas escritas e orais e formações complementares para quem quisesse realizar progressão na carreira e, de certa forma, a necessidade dessas formações esteve na base da criação dos Departamentos de Educação Permanente dos hospitais. Neste sentido, emergiu a necessidade de se desenvolver a formação pós-básica em Enfermagem, na medida em que,

os cursos de Especialização passaram a ser a única maneira de progredir na carreira (Nunes, 2003).

Portanto, em 1982, e devido às novas exigências para promoção de enfermeiros especialistas, foi criado o Curso de Administração e Pedagogia com o objetivo de promoção à categoria de enfermeiro chefe e enfermeiro supervisor. Em 1983, foram criadas as três Escolas Pós-Básicas para lecionarem cursos de especialização em Enfermagem: Lisboa (Fernanda Resende), Coimbra (Dr. Ângelo da Fonseca) e Porto (Escola Cidade do Porto) (ibidem).

No ano de 1985 foi publicado um novo diploma da carreira de Enfermagem que apresentou melhorias significativas em relação aos diplomas anteriores. Nesta altura, a procura das especialidades em Enfermagem alargara-se de tal forma que se criou a Especialidade Médico-Cirúrgica, constituída por formandos enfermeiros chefes, supervisores e docentes a realizarem formação especializada. Os enfermeiros já com uma especialidade podiam realizar um acréscimo de formação, referente à Administração e Pedagogia, na medida em que, nesta altura, definia-se que: a) para ensinar era preciso ter competência em Pedagogia; b) e para gerir um serviço ou unidade era indispensável ter competências na área de Administração (Nunes, 2003).

Em 1986, iniciou-se mais uma revisão curricular, tendo em conta alguns princípios, objetivos e orientações metodológicas idênticos aos do ensino superior, que permitissem a integração do ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional. Soares (1997) refere que a prestação da prática de cuidados de Enfermagem é influenciada por novas ideologias. Os cuidados à pessoa passam a designar-se por “cuidados globais” e o enfermeiro passa a ser inteiramente responsabilizado pelos cuidados que pratica. Neste sentido, o despacho do Secretário de Estado Adjunto da Ministra da Saúde, publicado em 24 de Setembro de 1987, introduziu novas alterações aos planos de estudos do curso de Enfermagem. Pretendia-se que o aluno fosse capaz de prestar cuidados de Enfermagem a indivíduos, famílias e comunidades a nível da prevenção primária, secundária e terciária, utilizando metodologia científica.

No ano de 1987, foi aprovado um novo plano de estudos que contemplou as orientações da directiva comunitária nº 77/453/CEE relacionadas com o ensino de Enfermagem e que Portugal passou a considerar após a sua integração na Comunidade Económica Europeia

(em 1986). A formação centralizava-se no desenvolvimento individual do aluno, estando contemplados na carga horária 30% do trabalho do aluno, individual e/ou de grupo. O curso organizava-se por semestres e por unidades de créditos, num total de 4500 horas, correspondentes a 202 créditos (Costa, 2011).

Em 1988, o ensino de Enfermagem foi integrado no Sistema Educativo Nacional pelo Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro, em que os Cursos de Enfermagem passaram a Cursos Superiores de Enfermagem, ficando sob a tutela conjunta dos ministros da Educação e da Saúde. O Curso de Enfermagem Geral passou a denominar-se Curso Superior de Enfermagem, prevendo-se um período de transição de cinco anos, para se proceder às devidas alterações em relação a equivalências, tanto no que respeitava ao Curso de Enfermagem Geral (equivalência ao bacharelato), como dos cursos de especialização em Enfermagem (equivalência à licenciatura, através do Diploma de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem) e ainda dos cursos de pedagogia e administração para enfermeiros especialistas. Decorrente deste decreto, cada escola foi responsável pela elaboração do seu próprio plano curricular, construído à luz da sua filosofia de educação e da sua filosofia de aprendizagem (Nunes, 2003).

Com a publicação do Decreto-Lei nº100/90, de 20 de Março de 1990, foi regulamentado o Curso de Bacharelato em Enfermagem assim como a regulamentação das equivalências a conceder aos titulares do Curso de Enfermagem Geral e dos Cursos de Especialização em Enfermagem, de Pedagogia e Administração para enfermeiros especialistas e de Enfermagem Complementar. Este curso tinha a duração de três anos e entre 3300 a 3600 horas de formação. Os profissionais, através da frequência de cursos de estudos superiores especializados em determinada área de especialidade, podiam obter o grau de licenciados. A organização e orientação do ensino clínico eram da responsabilidade dos docentes de Enfermagem com a colaboração de enfermeiros qualificados das organizações de saúde e procurava-se assegurar uma adequada coordenação entre a componente do ensino teórico e o ensino clínico (Barroso, 2009).

No ano de 1994, com a publicação da Portaria nº 239/94, de 16 de Abril, os Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem (CESE) passaram a conferir o grau de licenciado. Em 1995, com a publicação do Decreto-Lei nº 205/95, de 8 de Agosto, foi regulamentada a gestão e organização das Escolas Superiores de Enfermagem.

No ano de 1996, com a publicação do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), deu-se início a um novo período na profissão de Enfermagem, no sentido da construção da autoregulação.

Em 1998, a publicação do Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril criou a Ordem dos Enfermeiros e estabeleceu a consolidação da autonomia da profissão de Enfermagem. Nas funções atribuídas a OE salienta-se promover a defesa da qualidade dos cuidados de Enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão de enfermeiro e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

No ano de 1999, com a publicação do Decreto-Lei n.º 353/99 de 3 de Setembro (e as Portarias nº 799-D/99, nº 799-E/99, nº 799-F/99 e nº 799-G/99 de 18 de Setembro), modificou-se o perfil académico de formação de enfermeiros - os cursos passaram a ser de quatro anos de formação e a conferir o grau de licenciado, que passou a ser condição para ter acesso ao exercício da profissão. A alteração da duração do curso com a consequente alteração do grau académico de bacharel para licenciado, reafirmou a Enfermagem como profissão autónoma (Nunes, 2003).

O ensino de Enfermagem passou a ser ministrado, nas Escolas Superiores de Enfermagem e nas então criadas Escolas Superiores de Saúde. Conforme é referido no artigo 5º do Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de Setembro, o curso "visa assegurar a formação científica, técnica, humana e cultural para a prestação e gestão de cuidados de Enfermagem gerais à pessoa ao longo do ciclo vital, à família, grupos e comunidade, nos diferentes níveis de prevenção. O curso visa ainda assegurar a formação necessária à participação na gestão dos serviços, unidades ou estabelecimentos de saúde; à participação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde; ao desenvolvimento da prática da investigação no seu âmbito."

O Decreto-Lei nº 99/2001 de 28 de Março situou as Escolas Superiores de Enfermagem sob a tutela exclusiva do Ministério da Educação e procedeu à reorganização da rede. Nalgumas circunstâncias as escolas conservaram o estatuto de escola não integrada, promovendo-se, nesses casos, o desenvolvimento de formas de cooperação ou associação com outros estabelecimentos de ensino superior, tendo em vista, designadamente, a qualificação do pessoal docente, a utilização de recursos em comum e a ação social escolar

(Barroso, 2009). Posteriormente, o Decreto-lei 175/2004, de 21 de Julho procedeu à reorganização da rede de Ensino Superior Politécnico na área da saúde, designadamente no concernente às escolas superiores de saúde e de Enfermagem.

Atualmente, a Rede do Ensino Superior Politécnico público, no que diz respeito à formação em Enfermagem, inclui 10 Escolas integradas em Institutos Politécnicos (IPViana do Castelo; IPBragança; IPGuarda; IPViseu; IPCastelo Branco; IPSantarem; IPLeiria; IPSetubal; IPPortalegre; IPBeja), 7 Escolas politécnicas integradas em Universidades (UMinho; UAveiro; UTrás-os-Montes e Alto Douro; UEvora; UAlgarve; UMadeira; UAçores) e 3 Escolas não Integradas (ESEL; ESEnfC; ESEP).

Com esta reorganização, o Curso de Licenciatura em Enfermagem tem o objetivo de formar os futuros enfermeiros de uma forma “generalista” permitindo-lhes entender a Enfermagem como uma disciplina capaz de dar resposta às necessidades de adaptação do ser humano à saúde e à doença, entendido de uma forma integradora, ou seja, acompanhado de um olhar verdadeiramente holístico. Assim, o enfermeiro generalista sabe que este esforço de adaptação tem, concomitantemente, expressões somáticas e mentais e as suas habilidades para o desempenho têm em conta esta realidade. Porém, este corpo de conhecimentos, satisfatório para o atendimento a necessidades de base de um sujeito não é, muitas vezes, suficiente para dar resposta a populações com características especiais (Mendes, Marques, & Barroso, 2002).

Em 2002, a Portaria nº 268/2002, de 13 de Março, regulamentou os Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem, com a duração de pelo menos três semestres curriculares, exceptuando-se o Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem em Saúde Materna e Obstetrícia. Referir que no ponto 2 do artigo 7º, se prevê a tomada de decisão por parte da Ordem dos Enfermeiros no que respeita à adequação dos planos de estudos na área da prestação de cuidados de Enfermagem especializados. Salientar que o título de enfermeiro especialista atribuído pela Ordem dos Enfermeiros reconhece competências científicas, técnicas e humanas para prestar, para além de cuidados gerais, cuidados especializados no campo clínico da sua especialidade (Ordem dos Enfermeiros (OE), 2019).

No ano de 1999 deu-se início ao Processo de Bolonha, com a definição das etapas e passos a seguir tendo como objetivo definir um Espaço Europeu de Ensino Superior harmonizado (Direção-Geral do Ensino Superior, 2008). “A Europa do conhecimento é agora reconhecida por todos como um fator imprescindível ao crescimento social e humano, um elemento indispensável à consolidação e enriquecimento da cidadania Europeia, capaz de oferecer aos seus cidadãos as aptidões necessárias para enfrentar os desafios do novo milénio, a par com a consciência de partilha dos valores e de pertença a um espaço social e cultural comum” (Declaração de Bolonha, 1999, p. 1).

Como resultado do Processo de Bolonha ocorreram mudanças relevantes no Ensino Superior europeu, desde logo relacionadas com a estrutura de ciclos e graus, assim como a criação da Associação Europeia para a Garantia de Qualidade no Ensino Superior (ENQA) e, em Portugal, da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior (A3ES) em 2007.

A Enfermagem, no percurso ao longo dos tempos, passou por épocas bastante distintas e por vezes complexas, caracterizadas por um conjunto de valores, alguns já ultrapassados, outros que se mantêm atuais. Nos cuidados de Enfermagem verificaram-se mudanças notáveis, desencadeando transformações profundas no exercício da profissão, tendo esta conquistado, cada vez mais, o seu próprio espaço de responsabilidade e autonomia.

A estes factos acrescentamos outros, que tornam imperativa a reflexão sobre “o sentido de direcção para o desenvolvimento da profissão e da disciplina de Enfermagem”. Estes são a “evolução verificada no ensino em Enfermagem”, nomeadamente a conquista do grau de licenciado e a abertura de mestrados e doutoramentos em Enfermagem, a “evolução verificada no exercício profissional”, decorrente da “complexidade crescente dos cuidados e a criação da Ordem dos Enfermeiros” e a “evolução das necessidades em cuidados de saúde”, sendo este último diretamente relacionado com o aumento do envelhecimento, das doenças crónicas e, conseqüentemente, da dependência (Paiva e Silva, 2007).

Quadro 1: Marcos Históricos da Enfermagem em Portugal

<b>Data e Principais Eventos</b>
1881 – Criado a 17 de outubro, o 1º Curso para Enfermeiros, António Augusto Costa Simões, Coimbra
1887 – Criado o curso para Enfermeiros, Artur Ravara, Hospital de S. José
1901 – Criada Escola Profissional de Enfermeiros, Hospital de S. José, Lisboa
1918 – A Escola passou a denominar-se Escola Profissional de Enfermagem; Regulamento publicado em 1922.
1930 - Escola Profissional de Enfermagem passa a designar-se Escola de Enfermagem de Artur Ravara
1947 - Decreto-Lei nº 36219, de 10 de Abril, regulamenta ensino de Enfermagem
1952 - Decreto-Lei nº 38885, de 28 de Agosto, revisto o regulamento das escolas e dos cursos
1958 – Criação do Ministério da Saúde
1961 – Criação da Direcção Geral dos Hospitais
1962 – Criada a Direcção do Serviço de Enfermagem Hospitalar da Direcção Geral dos Hospitais
1967 – Reestruturação das carreiras - Decreto-Lei 48/166 de 27 de Dezembro
1970 - Portaria 34/70 de 14 de Janeiro - Regulamento Geral das Escolas de Enfermagem
1972 – Criado curso de Promoção de Auxiliares de Enfermagem
1977/78 - Cursos de especialização em Enfermagem (Saúde Mental e Psiquiátrica, Saúde Materna, Saúde Infantil, Reabilitação e Enfermagem Médico-Cirúrgica)
1979 - Decreto-lei nº 98/79, de 6 de setembro fixa as regras de admissão ao curso de Enfermagem Geral
1981 – Publicação da carreira com descrição de conteúdos funcionais (Decreto-Lei n.º 305/81 de 12 de Novembro)
1982 – Criados cursos de Administração e Pedagogia
1983- Criadas 3 Escolas Pós-Básicas para lecionarem cursos de Especialização em Enfermagem em Lisboa, Coimbra e Porto
1988 - O ensino de Enfermagem foi integrado no Sistema Educativo Nacional pelo Decreto-Lei n.º 480/88 de 23 de Dezembro
1990 - Decreto-Lei nº100/90, de 20 de Março regulamentou o Curso de Bacharelato em Enfermagem
1995 - Decreto-Lei nº 205/95, de 8 de Agosto, regulamenta a gestão e organização das Escolas Superiores de Enfermagem
1996 – Publicado o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
1998 – Criação da Ordem dos Enfermeiros
1999 – Decreto-Lei nº 353/99, de 3 de Setembro - grau de Licenciado em Enfermagem
2001 - Decreto-Lei nº 99/2001 de 28 de Março – escolas sob a tutela do Ministério da Educação
2004 - Decreto-lei 175/2004, de 21 de Julho - reorganização da rede de Ensino Superior Politécnico na área da saúde
2006 – Processo de Bolonha regulamentado em Portugal
2007 – Criação da Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior

A Enfermagem passou por mudanças, evoluções e progressos ao longo dos tempos que permitiram aos enfermeiros ganhar autonomia, valor e relevância na sociedade atual. No caso do ensino da Enfermagem em Portugal, o percurso foi por vezes complicado e até conflituoso, sendo difícil, em determinadas fases, separá-lo da prática clínica. Desde a criação do primeiro Curso e da primeira Escola de Enfermagem há mais de um século, até à sua integração no sistema educativo nacional, um longo caminho foi percorrido. A criação da Ordem dos Enfermeiros foi um contributo decisivo para o desenvolvimento do

ensino e da prática de Enfermagem. A integração no Ensino Superior sedimentou uma nova etapa da profissão em Portugal (Mendes & Mantovani, 2009, p. 377).

## **1.2. A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria nos *curricula* de Enfermagem**

A saúde tem evoluído no sentido de incluir os conhecimentos de saúde mental no cuidado integral à pessoa e a conseguir identificar os cuidados necessários em áreas especializadas, como é o caso da Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. A Enfermagem emergiu no campo da psiquiatria inicialmente enquanto saber para a clínica médica. Os primeiros psiquiatras, então preocupados com o nascimento da clínica, tinham nos enfermeiros importantes observadores e provedores das informações que iriam alimentar ou subsidiar a construção das primeiras classificações nosológicas, altamente baseadas no comportamento observável (Silva & Kirschbaum, 2010).

Mendes et al (2018), caracteriza a Enfermagem como a disciplina do cuidar que potencializa as capacidades das pessoas e grupos na procura da satisfação das suas necessidades fundamentais e de realização ao longo da vida. Defende uma compreensão global da pessoa a quem se prestam cuidados e compreende-se que corpo e mente fazem parte da mesma singularidade definidora de cada pessoa no seu processo de desenvolvimento e no contexto em que se situa. Desse modo, a Saúde Mental é componente essencial e indivisível do ser humano e permite-lhe agir e realizar-se enquanto pessoa.

A primeira recomendação para incluir nos *curricula* de Enfermagem a temática da saúde mental e psiquiatria surgiu do Conselho das Comunidades Europeias na Diretiva (77/453/CEE) de 27 de Junho de 1977, que no seu anexo nos pontos A e B, fez um conjunto de recomendações para a inclusão nos programas de estudos para os enfermeiros responsáveis por cuidados gerais. Nesta Diretiva foi referenciada a inclusão nos *curricula* da formação teórica de saúde mental e psiquiatria assim como o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Em Portugal, as principais mudanças na organização dos serviços de saúde mental aconteceram no início da década de 80 do século XX. A reforma seguiu os referenciais teóricos que são comuns à maioria dos países desenvolvidos salientando-se o principal

interesse em promover a inclusão social da pessoa doente e transferindo-se o foco de intervenção do hospital para a comunidade (Mendes et al 2018).

Atualmente, o processo de formação dos enfermeiros em Portugal rege-se pelas orientações da Ordem dos Enfermeiros, que definiu o perfil das competências necessárias para que o licenciado em Enfermagem possa exercer a profissão. Esta associação profissional de direito público rege-se também por orientações, recomendações e linhas definidas por outras organizações, a nível mundial, tais como a OMS (Organização Mundial da Saúde) ou o ICN (Conselho Internacional de Enfermeiros).

A formação inicial é adquirida por meio de Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) com a duração de quatro anos, após a escolaridade completa de 12 anos, e realizado o acesso ao Ensino Superior. Para além dos enfermeiros de cuidados gerais, em Portugal existe o título de «enfermeiro especialista» numa das áreas de especialização reconhecidas pela Ordem dos Enfermeiros (OE) entre as quais se encontra a de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (EESMP) (Mendes et al 2018).

É importante referir que todos os enfermeiros devem possuir uma formação básica em Enfermagem de Saúde Mental e que aspetos relevantes dessa área são essenciais para a compreensão e o desempenho de todas as atividades de Enfermagem. Muitos desses conteúdos e aprendizagens estão incluídos em outras unidades curriculares do curso como, por exemplo, a comunicação, que é objeto de aprendizagem desde o primeiro ano e que se integra e aprofunda em várias etapas da progressão do curso (Mendes et al 2018).

Podemos afirmar que os enfermeiros de cuidados gerais possuem uma formação que lhes permite compreender a pessoa como um todo, de forma integradora entre corpo e mente, e responder, com eficácia, às suas necessidades de cuidados globais, tendo em conta as expressões somáticas e mentais. Contudo, esse conhecimento, suficiente para o atendimento a necessidades gerais e para a compreensão de como a pessoa processa uma situação de crise, não é suficiente para responder a um grande número de problemas colocados no atendimento a populações com necessidades específicas. Assim, a formação em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria é importante como parte da formação dos enfermeiros de cuidados gerais, e, de igual modo, enquanto formação especializada para

os enfermeiros que, possuindo uma formação geral adequada, queiram especializar-se nesta importante área do cuidar.

A conceção global do curriculum em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no âmbito da formação inicial, baseia-se nas recomendações internacionais para a formação em Enfermagem integrando as principais reformas do ensino de Enfermagem em Portugal, nomeadamente a implementação do processo de Bolonha, o atual contexto de avanço do conhecimento da área científica de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e a inovação e o desenvolvimento de novas tecnologias (Mendes et al 2018).

### **1.3. Articulação do Ensino Teórico com o Ensino Clínico**

Como vimos, a formação em Enfermagem tem sofrido alterações ao longo do tempo, o que também aconteceu com a conceção do estudante de Enfermagem. Segundo Carvalhal (2002), antes a formação em Enfermagem procurava formar indivíduos conformistas, moralmente educados e disciplinados. Atualmente, considera-se que as Escolas têm um papel ativo na aprendizagem e formação sendo que do estudante de Enfermagem se espera que construa a sua própria aprendizagem sobre os conhecimentos e as experiências vividas, sendo capaz de definir metas pessoais e profissionais e alcançar os objetivos se lhe forem proporcionadas oportunidades adequadas.

Como referimos, a formação em Enfermagem caracteriza-se pela alternância entre períodos de ensino na escola com aulas teóricas, teórico-práticas e práticas e períodos de ensino clínico em diferentes instituições de saúde. O estudante confronta-se com situações novas relacionadas com o tipo de trabalho pois, estando habituado a desenvolver as técnicas na escola com modelos e situações fictícias, passa a cuidar de pessoas em situação real (Alarcão & Costa, 2008)

Na sequência dos vários conteúdos que são abordados em sala de aula e das técnicas aprendidas nas aulas práticas, após ter atingido os objetivos propostos, o estudante inicia o ensino clínico. Neste contexto tem a oportunidade de colocar em prática tudo aquilo que aprendeu e desenvolver novos conhecimentos e competências. O ensino clínico, parte essencial da formação em Enfermagem, expõe desde cedo o estudante à realidade dos

cuidados e da profissão, à medida que vai progredindo e desenvolvendo competências, vai adquirindo e desenvolvendo habilidades e capacidades para a prática de Enfermagem.

A articulação entre as Escolas e as instituições prestadoras de cuidados de saúde permite que os estudantes de Enfermagem sejam integrados nas equipas de enfermeiros, onde estabelecem relações de proximidade com os enfermeiros dos contextos clínicos, o que potencia o desenvolvimento de capacidades para a prática de Enfermagem, pois o ensino clínico “permite a consciencialização gradual dos diferentes papéis que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho” (Matos, 1997, p. 9).

A prática clínica, nomeadamente em contexto hospitalar, pode ser valiosa, ao permitir que o estudante vivencie situações quotidianas que o colocam frente a frente com a realidade concreta (Casate & Corrêa, 2006), permitindo-lhe mobilizar diversos conhecimentos, fazer a articulação e a integração entre a teoria e a prática, consolidar o ensino teórico, reconhecer e colmatar falta de conhecimentos e ultrapassar as dificuldades de estar em contexto real.

Carvalho (2003), refere que o ensino clínico realizado numa instituição de saúde permite ao estudante de Enfermagem desenvolver um saber contextualizado. Figueiredo (1995) reforça que o estágio constitui uma oportunidade única para o estudante construir o saber com base nos conhecimentos anteriores, partindo da situação real, e com a ajuda do professor e dos enfermeiros desenvolver novos conhecimentos e atitudes. Por sua vez, Abreu (2003), refere que o ensino clínico é um período de aprendizagem integrador e mobilizador de saberes e fundamental para a transformação da identidade.

Há algumas escolas em que a formação realizada em alternância ocorre desde o primeiro ano, promovendo uma aproximação entre a escola e o contexto do exercício da profissão de Enfermagem. Este tipo de formação foi defendido por Delors, et al (1996), referindo que a formação em alternância permite aos jovens complementar a sua formação, conciliando o saber com o saber-fazer, facilitando a inserção na vida activa, promovendo a tomada de consciência das dificuldades e oportunidades da vida profissional, favorecendo a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências.

A aprendizagem e o desenvolvimento de competências são realizados numa diversidade de contextos clínicos que pretendem preparar o estudante para o seu futuro profissional. O ensino clínico torna-se um ambiente de formação interdisciplinar e contextualizado, ajudando o estudante a assimilar a cultura dos cuidados de Enfermagem, a desenvolver atitudes, a integrar e mobilizar os conhecimentos adquiridos no ensino teórico e o desenvolvimento das competências profissionais, ao oferecer um contexto de aprendizagem que favorece o contacto com a prática na sua previsibilidade e imprevisibilidade (Alarcão & Rua, 2005).

O ensino clínico possibilita também ao estudante confrontar-se com novas situações, relacionadas com a prestação de cuidados e cuidar de pessoas em contexto real, que apresentam necessidades específicas e individualizadas de cuidados de Enfermagem. É esta interação em situação real que se torna uma oportunidade única para o estudante aplicar os conhecimentos adquiridos mas também para desenvolver outras áreas do saber (Carvalho, 2005). Este aspeto adquire outras dimensões como o desenvolvimento do pensamento crítico-reflexivo, a aprendizagem do trabalho em equipa, a aquisição gradual de competências, de modo a que o estudante aprenda a gerir a incerteza e a complexidade dos cuidados de Enfermagem direccionados ao cliente, família, grupo e a comunidade (Simões & Garrido, 2007).

A par desta dimensão de socialização há outras competências adquiridas em contexto de ensino clínico: o trabalho em equipa, a organização individual do trabalho, as relações interpessoais, a partilha de responsabilidades, aprender a aprender com as novas situações, a comunicação e a decisão individual ou em grupo perante situações novas. Só com plena interação entre o indivíduo, a formação e o contexto de trabalho os processos formativos desenvolvem capacidades de resolução de problemas e de pensamento criativo (Silva & Silva, 2016).

Happell (2008) refere que o aumento da componente de experiência clínica em Saúde Mental e Psiquiatria, é susceptível de produzir atitudes mais positivas em relação às pessoas com doença mental.

Por sua vez, Moir e Abraham (1996) e Charleston e Happell (2005) mencionam as diferenças essenciais entre os contextos de saúde em geral e os de saúde mental em

particular. Estes autores apontam que o ambiente geral da saúde é normalmente mais estruturado, com tarefas específicas orientadas, principalmente, para a pessoa com necessidades de cuidados físicos, nos quais os estudantes têm mais facilidade de se concentrar em tarefas definidas e na aquisição de competências clínicas específicas, sendo que a natureza das suas intervenções envolve todos os domínios; no entanto, salientamos a forte componente de execução de procedimentos, com reflexo na aquisição de competências no âmbito das habilidades instrumentais.

Charleston e Happell (2005) referem que o ambiente em SMP é muito menos estruturado, com uma maior dependência da abordagem multidisciplinar, onde a própria natureza do papel da Enfermagem pode ser perturbador para os estudantes, exigindo que estes sejam obrigados a ajustar-se ao facto de muitos doentes serem admitidos numa base involuntária e, portanto, são mais propensos a serem hostis aos cuidados.

Por outro lado, Martinho et al (2014) referem que o processo de formação em contexto da SMP exige um conjunto de dispositivos que permitam ao estudante o desenvolvimento da criatividade, da comunicação terapêutica, da sua sensibilidade para o cuidar, de escuta, de empatia, e da capacidade de relacionamento interpessoal com o cliente, com a equipa pluridisciplinar, a família e a comunidade e, fundamentalmente, o desenvolvimento de capacidades crítico-reflexivas e de pensamento crítico, que lhes permitam a integração dos saberes. Para que se atinja este desiderato, o ensino clínico em SMP requer ser integral, interdisciplinar, pautado em referenciais que permitam a assimilação de competências que assegurem uma ação holística e solidária, que contemple a integralidade do ser humano.

#### **1.4. Papel dos intervenientes em Ensino Clínico**

Fundamental na apreensão de saberes e desenvolvimento de aprendizagens e competências dos estudantes de Enfermagem, o Ensino Clínico consubstancia-se central no acesso ao mundo real da prática clínica e construção da identidade profissional (Abreu, 2003, 2007; Alarcão & Rua, 2005; Carvalhal, 2002; Charleston & Happell, 2005; Cunha et al., 2010; Silva, Pires & Vilela, 2011; Simões, Alarcão & Costa, 2008), configurando uma “dimensão estruturante da qualidade dos cuidados de saúde” (Abreu, 2003, p. 12) e da contínua melhoria da qualidade em saúde (Abreu, 2007; Cunha et al., 2010).

É no encontro e confronto entre teoria e prática que os saberes se transformam, se fundamenta o conhecimento e se erige a competência, concretização “em espiral”, onde os processos de assimilação se ancoram em aprendizagens anteriores plenas de significado (Abreu, 2007).

O cruzamento de diferentes perspectivas e práticas do cuidar entre colegas, profissionais de outras áreas e entre instituições traduz a vida profissional e é parte integrante do percurso formativo do estudante de Enfermagem (Abreu, 2003, 2007; Alarcão & Rua, 2005; Cunha et al., 2010; Martinho, Pires, Carvalho & Pimenta, 2014; Simões, Alarcão & Costa, 2008).

Considerando aprendizagem enquanto “processo de resolução de problemas” (Alarcão & Tavares, 2003, p. 47) e competência como "capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para fazer face a situações singulares" (Perrenoud, 1996, cit. por Nunes, Martins, Cruchinho & Freitas, 2007, p. 52), subjaz a exigência da reflexão como competência substancial e intrínseca na prática de Enfermagem (Abreu, 2007; Alarcão & Rua, 2005; Carvalhal, 2002; Simões, Alarcão & Costa, 2008), na medida em que a prática clínica "implica a ação e reflexão" sobre o mundo, num movimento de permanente questionamento e do recurso à problematização como metodologia (Gomes, et al., 2010, p. 392)

Visando a qualidade dos cuidados de Enfermagem prestados, a segurança e proteção da pessoa cuidada e o incremento da satisfação profissional (Abreu, 2003, 2007), a supervisão clínica consiste num processo mediador, interpessoal, dinâmico e formal de acompanhamento, desenvolvimento e suporte de competências profissionais, mediante o apoio, a orientação e monitorização, bem como a promoção da análise reflexiva (Abreu, 2007; Alarcão & Rua, 2005; Silva, Pires & Vilela, 2011; Simões, Alarcão & Costa, 2008). Segundo Abreu (2007), a supervisão configura ainda a “única forma de garantir” uma rápida integração dos profissionais recém-chegados e o cumprimento, por parte destes, dos “requisitos considerados fundamentais pelos serviços nacionais de saúde” (Abreu, 2007, p. 177).

A supervisão surge como um processo cuja principal função passa por “fomentar ou apoiar contextos de formação que, traduzindo-se numa melhoria da escola, se repercutem num desenvolvimento profissional dos agentes educativos (...) e na aprendizagem dos alunos

que nela encontram um lugar, um tempo e um contexto de aprendizagem (...)” (Alarcão, 2001, p.19). O sucesso de todo este complexo processo que envolve “formação, suporte profissional, desenvolvimento do sentido de responsabilidade e focalização na segurança dos cuidados, exige a intervenção de profissionais com preparação específica” (Borges, 2010, p. 37). Esta autora refere três processos de supervisão: supervisão clínica, *mentorship* e *perceptorship*. Transpondo estes conceitos para a Enfermagem, a supervisão clínica designa o acompanhamento e desenvolvimento das competências profissionais fomentando a qualidade dos cuidados prestados, a segurança dos próprios clientes e concludentemente a realização e satisfação profissional, sendo desenvolvidas pelos pares. A supervisão do desenvolvimento dos estudantes em contexto clínico, por sua vez, denomina-se *mentorship*. Já o “acompanhamento que envolve o apoio de um profissional experiente a outro menos experiente, durante um período limitado de tempo, no mesmo contexto ou área de actuação” é designado por *perceptorship* (Borges, 2010, p. 36).

Abordando o Processo de Supervisão *mentorship*, importa referir que na prática clínica esta aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional têm de ser supervisionados por profissionais experientes. O *mentorship* refere-se “ao processo através do qual um profissional de Enfermagem qualificado facilita a aprendizagem, supervisa e avalia os estudantes em contexto clínico” (English National Board/ Department of Health, 2001 citado por (Borges, 2010, p. 38). Esse referido profissional, designado por mentor, orienta o estudante supervisionando o seu desenvolvimento pessoal e profissional. De acordo com (Borges, 2010, p. 38), este mesmo modelo de supervisão “carateriza-se pelo estabelecimento de uma relação intensa de proximidade e envolvimento, durante um período de tempo longo, entre um profissional experiente, mais velho e que se responsabiliza pela aprendizagem do outro (mentor), o formando”.

O tutor (como é frequentemente denominado em Portugal) desempenha, assim, um papel preponderante no desenvolvimento pessoal e profissional dos estudantes, com influência direta na aquisição de competências, atitudes, valores e percepções. Simultaneamente criam-se relações positivas entre os estudantes e tutores, adquirindo assim uma identidade profissional influída pelo papel de modelo transmitido (Vidinha, 2004).

Também Abreu (2007, p. 217), afirma que ao longo deste processo, “o trabalho de acompanhamento deve ser um trabalho de construção de identidade, de competências, de integridade ética e de responsabilidade”, em que as actividades de um tutor incluem

escutar, aconselhar, fornecer uma perspectiva diferente perante uma situação problemática, partilhar as suas experiências profissionais, motivar o estudante e fornecer feedback. Abreu (2007, p. 19) refere que através deste processo de acompanhamento, o estudante, a partir das experiências que vai tendo ao longo do ensino clínico, aprende a compreender de “uma forma mais consistente” e mais “compreensiva” (Borges, 2010).

Também Sales (2015) partilha desta opinião, pois afirma que transpondo o conceito de *mentorship* para a Enfermagem, a Supervisão Clínica passa a visar o acompanhamento dos profissionais e desenvolvimento das suas competências profissionais, fomentando a qualidade dos cuidados prestados, a segurança dos próprios clientes e, conseqüentemente, a realização e satisfação profissional, sendo desenvolvida pelos pares (Sales, 2015).

Rodrigues & Baía (2012), defendem que a supervisão clínica deve seguir o processo de “Mentoring a ideia de orientação”, que se define pelo facto de o mentor/tutor desempenhar um papel de expertise, modeling, ou seja, de uma figura capaz de ajudar o protegido, gerindo experiências e cargas emocionais intensas e de oferecer novas aprendizagens que promovam a prática reflexiva e a partilha de valores entre o orientador e o estudante orientado.

A relação é central na execução do mentoring, que visa ensinar menos e acompanhar mais, sendo por isso não uma intervenção ‘sobre’ mas uma relação ‘com’ o estudante. Este define ainda uma diferença entre a utilização dos termos tutoria e mentoring, afirmando que o mentoring é mais centrado na orientação e na relação entre duas pessoas e a tutoria nas estratégias de ensino e aprendizagem, enquanto o tutor está mais centrado na transmissão de conhecimentos e numa lógica de imitação, recorrendo à pedagogia do incidente.

Conjuntamente com o processo de mentoring, Rodrigues & Baía (2012) acrescentam a vertente do Coaching que se prende com a existência de um foco e inspiração provocado pelo orientador no estudante, encorajando-o a reflectir e melhorar cada vez mais as suas intervenções, permitindo alcançar a eficácia e excelência. Estes autores defendem também um outro conceito, o de Assessoria pedagógica e a ideia de aprendizagem e desenvolvimento dos projetos pessoais, que integra, complementarmente, os pressupostos de diferentes modelos, em particular mentoring e coaching, e desenvolve-se numa dinâmica transversal e longitudinal ao longo do currículo e processo de aprendizagem, seguindo uma filosofia de investigação-ação.

O Método de Assessoria Pedagógica dos Projetos Pessoais traz vantagens conjugadas de desenvolvimento pessoal e profissional, quer do assessor quer do assessorado e constitui um desafio para ambos no que concerne aos processos pedagógicos e didáticos e à natureza dos recursos a mobilizar (Rodrigues & Baía, 2012).

Barroso (2009) defende a supervisão baseada em modelos de tutoria de quatro tipos, onde para além da inclusão do *mentorship*, surgem ainda outros modelos, como o “preceptorship”, “multitutor” e “integrativo”. Neste modelo, à semelhança do anterior, a figura de mentor representa o profissional mais experiente que terá a responsabilidade da aprendizagem do estudante. O preceptor, por sua vez, trata-se do profissional a quem fica confinada a responsabilidade de ensinar e de apoiar o estudante, enquanto o multitutor envolve um conjunto de tutores. Por fim, o integrativo pressupõe uma interatividade entre o ensino teórico e o prático (Barroso, 2009).

Alguns estudos que tiveram como problemática de base a formação dos estudantes em contexto clínico, vieram reforçar a importância da figura e ação do tutor/enfermeiro orientador, considerando que este, para além de promover o desenvolvimento das capacidades técnicas e a prática reflexiva, auxilia a aprendizagem de novas experiências, apoia e incentiva os estudantes na tomada de decisões, incita o trabalho em equipa, propicia novos desafios e oportunidades (Borges, 2010). Trata-se de um facto também defendido por (Martinho, Pires, Carvalho, & Pimenta, 2014, p. 2), pois estes autores consideram que para que ocorra uma formação reflexiva, devem contemplar-se no ensino clínico situações onde o estudante possa praticar sob a supervisão de um profissional competente que, simultaneamente orientador, conselheiro (coach) e companheiro, lhe faz a integração e ajuda a compreender a realidade.

No seu estudo Rigby, et al. (2012) desenvolveram um modelo de supervisão, baseado no modelo de Proctor (1986), um modelo de três funções interativo de supervisão para facilitar a autoconsciência e prática reflexiva, denominado de “making your experience count” (MYEC), que visa incorporar um elemento de e-learning. O objetivo principal deste estudo visava proporcionar aos estudantes a oportunidade de integrarem as suas experiências e conhecimentos clínicos usando um modelo reflexivo dentro de um modelo pedagógico de "aprendizagem mista". Os resultados do estudo identificaram que os estudantes

aparentavam ver a implementação deste modelo de forma positiva, uma vez que demonstrava atender aos diversos estilos de aprendizagem dos estudantes. Todavia, o método de e-learning sem o acompanhamento de apoio face-a-face adicional, demonstrou-se não ser o mais aprovado e rentável para os estudantes, uma vez que se mostrava como necessária a incorporação de um elemento de "aprendizagem combinada", isto é, de um elemento que incorpore tanto a componente das sessões presenciais com facilitadores experientes como o "e-Learning" on-line. De acordo com o mesmo estudo, esta abordagem seria a mais aprovada entre os estudantes e, também a que lhes permitia alcançar os seus resultados académicos e de desenvolvimento clínico da maneira mais eficiente e eficaz (Rigby, et al., 2012).

Por sua vez, Ekebergh (2011), refere que no processo de aprendizagem dos estudantes, houve necessidade de se criarem estratégias de aprendizagem para que o conhecimento científico abstrato pudesse ser usado na realidade vivida em contexto de ensino clínico, para que os estudantes pudessem interiorizar os conhecimentos científicos que sejam válidos para o uso em contexto clínico (Ekebergh, 2011). Este progresso e novos modelos de produção de conhecimento desafiam as instituições, de educação e de saúde, a desenvolverem práticas pedagógicas que respondam às exigências de uma vida profissional em mudança (Koskinen & Aijo, 2013).

Para Ekebergh (2011), esta estratégia passou pela implementação de um modelo de supervisão, com 4 princípios que formam a base do desenvolvimento do modelo:

- A integração da teoria da ciência do cuidar em ensino clínico é conseguida através de reflexão consciente e sistemática;
- A ciência do cuidar, em teoria, sobressai através de narrativas de clientes que se baseiam em experiências vividas;
- O ponto inicial para a reflexão e aprendizagem do estudante começa em contexto de ensino clínico;
- A reflexão pode ser estimulada através de simulações (Ekebergh, 2011).

Já Haggman-Laitila, Elina, Riitta, Sillanpaa, & Leena (2007) apresentaram a ideia de que a prática clínica supervisionada é a alternativa para o desenvolvimento do estudante de Enfermagem. Seguindo a mesma linha de pensamento, Borges (2010) defendeu que, realmente, a aprendizagem e desenvolvimento pessoal e profissional têm de ser

supervisionados por profissionais experientes designando-se o próprio processo de acompanhamento por “*mentorship*”, como referido anteriormente.

Poderemos afirmar que neste processo estão incluídos três atores: o estudante, o professor e o enfermeiro do serviço/mentor, em que o último assume, desta forma, o papel de tutor orientando a aprendizagem dos formandos, promovendo o desenvolvimento e consequentemente a socialização destes. Assim, à responsabilidade pelo desempenho das suas funções enquanto enfermeiro, acresce a função de orientação dos estudantes em ensino clínico. Simultaneamente, a integração tanto do estudante como do professor no serviço é por ele facilitada (Borges, 2010). Relativamente ao professor, as suas atribuições devem passar por promover apoio direto ao enfermeiro orientador, que juntos tenham uma visão clara sobre o percurso do estudante (Haggman-Laitila, Elina, Riitta, Sillanpaa, & Leena, 2007). Sales (2015), partilha da mesma opinião, defendendo a articulação entre as escolas e os serviços de saúde como uma necessidade, em que deve ser valorizada a interligação dos saberes teóricos com saberes práticos.

Sales (2015) refere que os estudantes chegam às unidades de cuidados com um conjunto de saberes teóricos, necessitando das oportunidades que surgem nos ensinamentos clínicos para os mobilizar e colocar em prática. Defende que na tríade (docente, tutor e estudante), terá lugar uma relação de supervisão, em que o docente se constituirá como um recurso na área do saber teórico, colaborará com o tutor (enfermeiro da prática clínica) na partilha de informações e na implementação de estratégias, estando o estudante no centro do processo de formação.

Note-se que o enfermeiro orientador (mentor) desempenha um papel crucial como promotor do desenvolvimento dos estudantes. As opções e orientações por ele assumidas têm implicações nas oportunidades proporcionadas e consequentemente na aprendizagem destes (Borges, 2010). Acrescenta que as atividades de um mentor incluem a supervisão de um estudante, enquanto concomitantemente desempenha as suas funções como enfermeiro e, paralelamente, incluem escutar, aconselhar, fornecer uma perspetiva diferente perante uma situação problemática, partilhar as suas experiências profissionais, motivar o estudante e dar feedback (Heartfield, Gibson e Nasel, 2005; Borges, 2010). Além do referido, um enfermeiro orientador, para ser de sucesso, deve promover a aprendizagem, apoiar o estudante nas suas dificuldades procurando estratégias para ultrapassá-las e

ensinar ao estudante o conhecimento que possui sobre a profissão. É ainda importante que o enfermeiro orientador tenha a capacidade de explicar e justificar as suas decisões (Haggman-Laitila, Elina et al, 2007).

Carvalho (2005) refere que a participação dos enfermeiros na educação dos estudantes de Enfermagem, integrando um estatuto de mentor, e o seu importante papel na avaliação do desempenho do formando estão intimamente relacionadas com o sucesso ou insucesso do estudante no processo de ensino/aprendizagem.

Já outros autores assumem que o enfermeiro orientador tem o dever de reconhecer as necessidades e dificuldades do estudante de modo a que os objetivos estabelecidos sejam realistas. Deve haver um desenvolvimento do estabelecimento de uma boa relação de ajuda, aplicação da teoria na prática, promoção de situações de aprendizagem, devendo estes objetivos ser modificados quando necessário havendo também uma divulgação dos mesmos para os restantes membros da equipa de modo a promover o desenvolvimento do estudante (Haggman-Laitila, Elina et al, 2007). Estes autores incorporam ainda uma outra visão, que se prende com o facto de os enfermeiros orientadores terem como responsabilidade o aumento da autonomia do estudante, isto é, de um modo gradual proporcionarem mais autonomia, visando assim o aumento da sua responsabilidade.

No que concerne à avaliação do estudante, esta deve ser contínua, com avaliações no meio e no fim da prática clínica. O enfermeiro deve ser um modelo para o estudante enquanto representante da profissão de Enfermagem (Haggman-Laitila, Elina et al, 2007). Deste modo, os ensinamentos clínicos na formação inicial em Enfermagem tornam-se momentos relevantes, imprescindíveis e importantes, proporcionando ao estudante oportunidades para se desenvolver em todas as dimensões da vida profissional (Borges, 2010).

Para Sales (2015) a função do enfermeiro supervisor pode ser desempenhada de diferentes formas, que denomina por:

- Estilo prescritivo – trata-se de um estilo em que o supervisor assume um papel ativo, isto é, e que este se preocupa de forma acentuada com as competências técnicas e com a quantidade e solidez dos conhecimentos adquiridos pelos estudantes, sugerindo e apoiando as ações do estudante;

- Estilo interpretativo - pressupõe por parte do supervisor, uma valorização das ideias e opiniões do estudante. Este estilo permite assim que o estudante tome consciência do seu próprio percurso através do questionamento e, simultaneamente, ajuda-o ao nível da prática através da reformulação e exemplificação de comportamentos ou atitudes;
- Estilo apoiante - o supervisor assume um papel de cooperação com o supervisionado, mantém com ele uma relação empática, afetiva e de encorajamento ao longo de todo o processo de aprendizagem demonstrando abertura para aceitar os seus pontos de vista, ações e ideias – estilo que se relaciona com a ideia concebida pelo *mentorship*.

Na área da SMP a supervisão durante o ensino clínico deverá ser orientada para o estudante e, deverá fornecer instrumentos para que este possa, também, conseguir lidar com os sentimentos e emoções, assim como, refletir sobre as suas atitudes perante a pessoa com perturbação mental (Martinho, Pires, Carvalho, & Pimenta, 2014).

O estudo realizado por Fernandes, Santos, Torres, & Lobo (2012) fornece um acréscimo de informação ao que foi referido, na medida em que estes autores concluíram, tendo em conta a opinião dos entrevistados, a necessidade de existência de uma formação aos profissionais responsáveis pela orientação, por parte das instituições de ensino, estes defendem que “A supervisão terá muito a evoluir se houver um maior investimento das instituições em formar pessoas com capacidades de supervisão e pessoas com capacidades de tutoria para serem elementos de maior referência e com padrões de acompanhamento mais estruturados para os alunos” (Fernandes, Santos, Torres, & Lobo, 2012, p. 4).

Parece-nos importante afirmar que o Ensino Clínico pretende ser um campo de experiências onde o estudante simultaneamente desenvolve conhecimentos e competências que conduzem a uma intervenção refletida. Na medida em que é fundamental que o estudante em Ensino Clínico de Saúde Mental seja capaz de demonstrar capacidade para refletir, analisar e aplicar os conceitos de saúde mental e psiquiátrica às diferentes situações clínicas, o supervisor assume neste âmbito um papel preponderante para a evolução deste processo (Fernandes, Santos, Torres, & Lobo, 2012, p. 7).

Os orientadores que sabem como gerir o tempo, organizar o trabalho, valorizar a relação com o utente, que possuem uma boa relação de proximidade, que são bons profissionais, seguros das suas capacidades e competências, que mantêm o entusiasmo, que são amigos,

com sentido de humor, que são atenciosos, pacientes e compreensíveis são vistos pelos estudantes como um modelo profissional (Abreu, 2007). Deste modo, os supervisores devem adoptar atitudes corretas e comportamentos saudáveis num objetivo primário de uma eficaz relação e integração dos princípios, uma vez que são o exemplo a seguir pelos aprendizes (Simões & Garrido, 2007).

É necessário disponibilizar ao estudante oportunidades para o desenvolvimento de competências que lhe permitam uma decisão facilitada, uma perceção positiva de si, uma segurança nas atitudes e comportamentos. Tudo isto será facilitado se o estudante estiver acompanhado pelo seu mentor e possibilitará uma crescente segurança na execução prática do estudante (Abreu, 2007).

Não obstante as diferenças conceituais que encontramos e referimos, neste trabalho adotamos a utilização do termo «orientador» para o enfermeiro que participa na prática clínica dos estudantes em ensino clínico, assumindo um papel proeminente, uma vez que facilita a integração dos estudantes e supervisiona a sua aprendizagem, tendo sempre em conta a promoção de uma prática de cuidados com o máximo de qualidade. As atitudes do enfermeiro orientador têm repercussões na formação e desempenho do pré-graduado, estando assim intimamente relacionadas com o seu sucesso ou insucesso (Cunha et al., 2010).

No decorrer do ensino clínico, o estudante desenvolverá um saber contextualizado, construído através da análise das práticas quotidianas dos enfermeiros e fruto das interações com os profissionais de saúde. O enfermeiro representa, assim, um modelo para o estudante, e, neste sentido, deverá adoptar atitudes correctas e comportamentos saudáveis com o objetivo primário de promover uma eficaz relação, que proporcione um ambiente facilitador de aprendizagem e o desenvolvimento profissional e pessoal do estudante (Cunha et al., 2010).

## 2. SAÚDE E DOENÇA MENTAL

*“O segredo da saúde mental e corporal está em não se lamentar pelo passado,  
não se preocupar com o futuro,  
nem se adiantar aos problemas,  
mas viver sabiamente e seriamente o presente”*

Buda

A saúde mental é fundamental ao ser humano para manter uma boa qualidade de vida, para conseguir enfrentar os problemas com que se depara, para ser um elemento produtivo da sociedade e para se conseguir auto-realizar.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde mental define-se como “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere.”<sup>2</sup> (WHO, 2014).

Assim, considera-se que a saúde mental dos indivíduos é essencial para alcançar saúde na sua plenitude. Aponta-se como principal causa da ausência de saúde mental a interação com factores ambientais e genéticos em certos períodos da vida, verificando-se que é essencial a adoção de medidas preventivas e promocionais nesse âmbito, no sentido de reduzir o impacto dessas doenças sobre o indivíduo e a sociedade (WHO, 2002).

O conceito de saúde mental tem sofrido modificações ao longo dos anos, podendo ser definida como ausência de doença mental ou como um estado em que o indivíduo funciona num ambiente associando factores biológicos, psicológicos e sociais. No entanto, outras definições estendem-se para além desta visão, incluindo o desenvolvimento intelectual, emocional, espiritual, auto percepção positiva, auto-estima, saúde física e harmonia

---

<sup>2</sup> “Mental health is defined as a state of well-being in which every individual realizes his or her own potential, can cope with the normal stresses of life, can work productively and fruitfully, and is able to make a contribution to her or his community.” (WHO, 2014).

interpessoal. (Manwell, et al., 2015) Portanto, é consensual que qualquer definição inclua a ideia de bem-estar subjectivo, de auto-eficácia, de autonomia, de competência, de auto-realização do potencial intelectual e emocional, tornando este conceito como algo mais do que a ausência de perturbações (Contente, 2012).

Os determinantes da saúde mental não se reduzem aos fatores relacionados com as ações dos indivíduos (como os comportamentos, estilos de vida, a sua capacidade de adaptação e a presença de boas relações interpessoais), mas também incluem os fatores sociais e ambientais (tais como o status social, o nível de instrução, o emprego, habitação, condições de trabalho, o acesso a cuidados de saúde de qualidade e uma boa saúde física). Os objetivos da promoção da saúde mental e a prevenção das perturbações mentais são fomentar as qualidades individuais, sociais e ambientais, que irão ser desenvolvidas posteriormente (WHO, 2013).

## **2.1. Breve perspetiva histórica das doenças mentais**

A história das doenças mentais apresenta uma forte ligação a história das civilizações, dos povos e das culturas. Lazaro (2005) refere que perante a “realidade do adoecer mental”, a cultura em geral e a medicina em particular elaboram ideias, conceitos e saberes ou teorias que nos ajudam a compreendê-la e a dar uma resposta terapêutica.

As doenças mentais desafiaram, ao longo dos tempos, as Filosofias, as Religiões e as Ciências e presentemente continuam a constituir um desafio para as Ciências Humanas. Nesta perspetiva, Foucault (2007) considerou como facto inquestionável que a doença mental esteve sujeita, mais do que qualquer outra doença, às regras políticas e sociais, aos costumes, aos interesses económicos, à história. Deste modo, cada período histórico acentua a complexidade de atitudes e de conceções que coexistem e que dão sentido ao fenómeno da loucura e da doença mental.

Berrios (1996) refere que as designadas doenças mentais têm uma história, podendo aparecer, sofrer mudanças e desaparecer, mas muitas vezes há poucas semelhanças entre os conceitos e os termos, havendo continuidade nas palavras que as designam, que podem também ser substituídas por outras, mas os conceitos vão sofrendo alterações marcadas.

Porter (2002) realça que a loucura é tão antiga como a própria humanidade, atendendo às trepanações encontradas em achados arqueológicos que se referem a um eventual tratamento da loucura. Por outro lado Pereira (2020), refere que nenhuma doença corresponde apenas a um facto natural ou biológico, todas são acontecimentos culturais e biográficos, e também históricos. Isto é mais evidente nas doenças mentais. Quanto maior é o peso dos fatores biológicos, maior estabilidade histórica tendem a apresentar as doenças; quanto mais importantes os fatores psicossociais, mais variações apresentam ao longo do tempo. Os estudos sociológicos e transculturais das doenças mentais evidenciam a grande relatividade e variedade que estas perturbações apresentam em distintas culturas e contextos sociais. São as perturbações neuróticas, e a histeria em particular, que maior sensibilidade parecem ter aos diferentes meios socioculturais e em diferentes períodos históricos.

Após o fim da Segunda Guerra Mundial, iniciou-se uma nova abordagem a partir das Ciências Sociais, que ganhou enorme importância nos finais das décadas de 1950 e de 1960 (Pereira, 2020). Lucien Bonnafé refere que este movimento se caracterizou pela libertação e renovação geral da psiquiatria asilar. Esta corrente preconizava a transferência do centro de atividade do hospital para a comunidade, bem como a adoção de técnicas baseadas numa diversidade de intervenções terapêuticas, evitando, assim, a segregação e o isolamento do doente. A continuidade no tratamento pós-hospitalar seria assegurada por instituições pós-cura, com a função de ressocialização e reinserção do doente levando a psiquiatria à comunidade (Gil, 2010).

A esta nova dimensão veio aliar-se a necessidade de prevenção, em que a manutenção da saúde mental é promovida a nível das comunidades instaurando-se uma "nova era na psiquiatria" (Alves, 2008).

Na segunda metade do século XX estabeleceu-se mais firmemente a ideia de equipa multidisciplinar. Ao médico e ao enfermeiro juntaram-se o assistente social, o psicólogo, o terapeuta ocupacional. Mais recentemente, em serviços como hospitais de dia ou unidades de reabilitação, podem participar outros técnicos e colaboradores, dada a maior descentralização e ligação com serviços na comunidade, centros de emprego, entre outros. O desenvolvimento da psicofarmacologia na década de 1950, com os primeiros neuroléticos, seguidos dos antidepressivos e dos ansiolíticos, inauguraram uma nova era

que modificou o ambiente hospitalar, possibilitando tratamentos e altas médicas mais precoces, facilitando a integração social dos doentes (Pereira, 2020).

Na atualidade, a assistência é baseada na prevenção e reinserção com a finalidade de anular o estigma das doenças mentais, consciencializando para os problemas da saúde mental mediante o estabelecimento de leis protetoras dos direitos das pessoas que sofrem de doenças psiquiátricas (Alves, 2008).

Quadro 2: Marcos Históricos da Saúde Mental e Psiquiatria em Portugal <sup>3</sup>

<b>Data e Principais Eventos</b>	<b>Observações</b>
1763 - Reconstrução pós-terramoto da enfermaria S. João de Deus, destinada aos alienados. Transferência para o Hospital de São José das enfermarias de S: Teotónio e Santa Eufémia em 1775.	Enfermarias de S. Teotónio e Santa Eufémia destinadas aos alienados
1822 – Fundada a Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa	
1835 – Primeiro estudo estatístico elaborado por Joaquim Bizarro, incluía o número de doentes entre 1824 e 1836, classificando-os em Mania, Monomania, Melancolia, Demência e Idiotismo.	Foi publicado no jornal da Sociedade das Ciências Médicas de Lisboa em 1837.
1848 – Inauguração do Hospital de Rilhafoles, depois Manicómio Bombarda (a partir de 1911), Asilo Psiquiátrico Miguel Bombarda (1945) e Hospital Miguel Bombarda (1948). Cessou atividade clínica em 2011.	1º hospital dedicado ao tratamento das doenças mentais
1853 - Inaugurado o Balneário D. Maria II, na Quinta de Rilhafoles, primeiro edifício construído de raiz em Portugal para terapêutica psiquiátrica	Variados tipos de banhos nas terapêuticas psiquiátricas prescritas
1883 – Inauguração do Hospital do Conde Ferreira, mandado construir pelo testamento do benemérito e administrado pela Santa Casa da Misericórdia do Porto	Primeira construção de raiz feita para a psiquiatria
1884 - Júlio de Matos publicou o “Manual das Doenças Mentais”, constituindo um marco histórico no ensino.	Manual reeditado em 1911, sob o título “Elementos de Psychiatria”
1884 - 1885 - “Os Alienados em Portugal”, de Júlio de Matos e Magalhães Lemos representa o primeiro grande estudo nacional	
1887 – 1889 – Bettencourt Rodrigues organizou o primeiro curso livre de Neuropatologia e Psiquiatria, lecionado em Rilhafoles	
1888 e 1889 - Revista de Neurologia e Psiquiatria dirigida por Bettencourt Rodrigues.	
1889 - Publicada a Lei de 4 de Julho de 1889, dividiu o serviço de alienados no continente e ilhas em quatro círculos, autorizou o Governo a construir diversos estabelecimentos e a dar novo	Chamada Lei Sena, 1ª lei portuguesa de assistência psiquiátrica

<sup>3</sup> Os documentos que serviram de suporte a elaboração deste quadro encontram-se nas Referências Bibliográficas no tópico História da Saúde Mental e Psiquiatria em Portugal.

destino ao Hospital de Rilhafoles e criou o fundo de beneficência pública dos alienados.	
1892 - Miguel Bombarda nomeado diretor do Hospital de Rilhafoles.	
1893 - P. Benito Menni mandou construir a Casa de Saúde do Telhal onde a ordem começou a prestar assistência aos doentes mentais. Em 1895, abriu a Casa de Saúde de Idanha para assistir os alienados do sexo feminino.	
1898 - Miguel Bombarda publicou “A consciência e o livre-arbítrio”.	
1911 –Publicada nova reforma “Lei da Assistência aos Alienados” (chamada Lei Júlio de Matos) que autorizava o governo da República a edificar sete novos manicómios e a criar dez colónias agrícolas, uma por cada província (Decreto nº 116 de 11 de Maio de 1911, Diário do Governo n.º 111/1911 de 13 de maio)	Criou o Curso de Enfermagem Psiquiátrica e regula o ensino oficial da Psiquiatria
1917 – Egas Moniz abordou as perturbações neuropsiquiátricas associadas à Primeira Guerra Mundial e desenvolveu o método de angiografia cerebral.	
1924 – Sobral Cid publicou a “Classificação e Sistemática Geral das Psicoses”.	
1932 - Luíz Cebola publicou o 1º manual de Enfermagem Psiquiátrica em Portugal - "Enfermagem de Alienados"	Manual destinado ao Curso de Enfermagem da Casa de Saúde do Telhal
1935 - Egas Moniz realizou a primeira leucotomia pré-frontal.	
1942 - Inauguração ao público a 2 de Abril do Hospital Júlio de Matos, ruptura com a tradição psiquiátrica portuguesa, instituindo inovações terapêuticas, bem como novas conceções da doença mental	Grupo de 14 enfermeiros suíços vieram para a abertura dos serviços - foco na ergoterapia
1944 - Publicada a Lei do Estatuto de Assistência Social (Lei nº 1998 de 15 de abril)	
1945 - Regulação da assistência psiquiátrica impulsionada por António Flores - publicação da lei nº 2006/1945 que permitiu a divisão do país em três zonas (Centro de Assistência da Zona Norte, Centro e Sul) e os dispensários nos principais centros urbanos.	Previa a colocação familiar dos doentes como complemento da assistência psiquiátrica.
1947 – Elísio de Moura publicou a “Anorexia Mental”.	
1948 – Abertura do Hospital Sobral Cid, hospital psiquiátrico em Ceira, Coimbra.	Hospital criado pelo decreto-lei 34.547 de 28 de abril de 1945, estruturado como se fosse uma aldeia
1952 - Psicofármacos - primeiro neurolético (Clorpromazina)	Lançado no mercado em 1953
1952 – João dos Santos, em colaboração com a enfermeira Rosélia Ramos, criou Secção de Higiene Mental no Centro de Assistência Materno-Infantil de Campo de Ourique (Centro Sofia Abecassis)	

1953 - OMS iniciou estudo comparativo das legislações de assistência psiquiátrica (publicado em 1955).	Portugal foi um dos 40 países que respondeu à solicitação da OMS
1958 - Criado o Instituto de Assistência Psiquiátrica	D.L. nº 41759, de 25 de Julho de 1958
1962 - Inauguração do Hospital Magalhães Lemos em Outubro (em Janeiro de 1970 foram internados os primeiros doentes).	
1963 - Publicação da Lei 2118/1963 de 3 de abril – Lei da Saúde Mental. Criou os Centros de Saúde Mental nos diferentes distritos, bem como Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil, de âmbito regional, em Lisboa, Porto e Coimbra.	
1965 - João dos Santos cria o Centro de Saúde Mental Infantil de Lisboa, tendo sido nomeado diretor (cargo que ocupou até à jubilação).	
1968 - Criadas três Escolas de Enfermagem Psiquiátrica para funcionarem em Lisboa, Porto e Coimbra (junto das respetivas delegações do Instituto de Assistência Psiquiátrica)	
1969 - Criado o Hospital Psiquiátrico do Lorvão, no concelho de Penacova, onde existia uma colónia agrícola.	
1973 – João dos Santos, Francisco Alvim e Pedro Luzes, fundam a Sociedade Portuguesa de Psicanálise	
1975 – João dos Santos cria um novo Serviço no Centro de Saúde Mental Infantil, A Casa da Praia (Externato de Pedagogia Terapêutica Experimental)	
1984 - Publicação do Decreto-lei 74-C/1984, que integrou a Direção de Serviços de Saúde Mental na Direção de Cuidados Primários do Ministério da Saúde.	
1984 - Barahona Fernandes publicou "A Psiquiatria em Portugal" dividindo a história da Psiquiatria em 6 períodos	
1992 - Extinção dos Centros de Saúde Mental e a transferência das respetivas atribuições para hospitais gerais, centrais e distritais, bem como dos Centros de Saúde Mental Infantil e Juvenil para os hospitais pediátricos.	Decreto-Lei n.º 127/92, de 3 de Julho
1998 – Publicação da Lei de Saúde Mental (Lei n.º 36/98 de 24 de julho).	
1999 – Publicação do Decreto-lei nº 35/99 de 25 de fevereiro estabeleceu a organização dos serviços de Psiquiatria e Saúde Mental	
2006 - Criada a Comissão Nacional para a Reestruturação dos Serviços de Saúde Mental	
2007 - Criado o Centro Hospitalar Psiquiátrico de Coimbra, resultando da fusão do Hospital Psiquiátrico de Lorvão, do Hospital Sobral Cid e do Centro Psiquiátrico de Recuperação de Arnes.	Portaria n.º 1580/2007, de 12 de Dezembro
2007 – Criação do Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa, por fusão dos hospitais Júlio de Matos e Miguel Bombarda	Portaria nº 1373/2007 de 19 de Outubro

2013 – Publicação do “Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1º Relatório” (coordenado por Caldas de Almeida e Miguel Xavier)	
2007-2016 (extensão até 2020) Plano Nacional de Saúde Mental	

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) nos dados estatísticos de 2015 na Europa, 27% da população adulta (entre os 18 e os 65 anos) teve, pelo menos, um episódio de perturbação mental no último ano. A OMS refere que estes dados apresentam uma subavaliação dessas perturbações, uma vez que não abarcam toda a população, deixando de fora algumas idades características de grupos vulneráveis (Mendes et al, 2018).

Dos países europeus, Portugal é o que apresenta a taxa de prevalência de perturbações psiquiátricas mais elevada, cerca de 23% (DGS, 2014). Além disso, as pessoas com perturbações psiquiátricas não têm o mesmo acesso aos cuidados de saúde quando comparadas com os doentes portadores de outras patologias e 33,6% acabam por não receber qualquer tratamento (Alonso, et al., 2007).

O Estudo Nacional de Saúde Mental, realizado no âmbito do World Mental Health Survey Initiative, evidenciou os seguintes dados: em Portugal, existe uma das mais elevadas prevalências de doenças mentais da Europa; uma percentagem importante das pessoas com doenças mentais graves permanece sem acesso a cuidados de saúde mental; muitos dos que têm acesso a cuidados de saúde mental continuam a não beneficiar dos modelos de intervenção (programas de tratamento e reabilitação psicossocial), hoje considerados essenciais (Caldas de Almeida, et al., 2013)

As temáticas da saúde mental e a morbilidade psiquiátrica serão os grandes desafios dos sistemas de saúde do século XXI, tornando urgente a formação básica dos profissionais de saúde e em particular a dos enfermeiros, para que estes estejam capacitados a dar respostas articuladas e congruentes às necessidades das pessoas e das comunidades.

## **2.2. A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria**

A saúde mental é uma parte integrante do estado de saúde do indivíduo e, portanto, não se podendo dissociar da sua situação de saúde. A OMS refere que, sem saúde mental, não há

saúde e assim, saúde pode ser definido como estado de bem-estar em que a pessoa põe em ação as suas capacidades, consegue fazer face ao stress normal da vida, desenvolver uma atividade laboral de forma produtiva e frutífera e dar contributos para a comunidade em que está inserido. Portanto, a saúde mental não é só a ausência de doença, sendo determinada por vários fatores biológicos, socioeconómicos e ambientais. É a saúde mental que permite aos cidadãos a realização intelectual e emocional, a integração no ensino, no trabalho e na sociedade em geral. Esta subsidia a prosperidade, solidariedade e justiça social das comunidades onde estamos inseridos (Comissão das Comunidades Europeias, 2005).

A Enfermagem tem procurado oferecer uma assistência mais humanizada e fundamentada nos princípios das principais reformas da psiquiatria. Reconhece-se a necessidade dos enfermeiros repensarem os seus saberes e as suas práticas, proporcionando cuidados centrados no ser humano, que tem direito a ser assistido sem exclusão. Desta forma, o enfermeiro deve planear a sua atuação para a compreensão da pessoa dentro do seu contexto social e familiar, assistindo-a dentro da sua multidimensionalidade Terra et al. (2006).

O ensino da Enfermagem psiquiátrica em Portugal data do mesmo ano da formalização do ensino da Psiquiatria - o decreto de 22 de Fevereiro de 1911 criou um curso para enfermeiros e ajudantes, no Manicómio Bombarda; este curso tinha 2 trimestres, o primeiro dedicado a aspetos gerais (Pequena cirurgia, Medicina e Higiene elementar) e o segundo aos cuidados especiais (aos “alienados e nevropatas”).

Sequeira (2006) refere que a formação de enfermeiros psiquiátricos teve início na Suíça, no início do século XX sendo criado um curso devidamente estruturado que conferia diploma e habilitava os enfermeiros para prestar cuidados aos doentes nos asilos psiquiátricos.

Em Portugal, a abertura dos hospitais psiquiátricos marcou o início da formação em Enfermagem psiquiátrica, deois, na década de 40, com a vinda de enfermeiros suíços para Portugal e, posteriormente, com a abertura das Escolas de Enfermagem Psiquiátrica das zonas Sul (Hospital Júlio de Matos), Centro (Hospital Sobral Cid) e Norte (Hospital de Conde Ferreira).

Silva (2008) menciona que a primeira formação de Enfermagem de Saúde Mental, ocorreu em 1911 no Hospital Conde Ferreira e destinava-se a todos aqueles que exerciam a profissão de enfermeiro/a ou que já tivessem trabalhado em manicómios ou clínicas oficiais ou privadas de Saúde Mental. Por sua vez, Ilharco (2006), preocupado com a carência de enfermeiros psiquiátricos, logo após a implementação da Lei 2006/45, que criou o Centro de Assistência Psiquiátrica da zona Sul, em 1945, e em que foi empossado diretor, propôs e colocou em funcionamento a Escola de Enfermagem Psiquiátrica da Zona Sul.

Estes cursos para enfermeiros psiquiátricos tinham uma vertente física, sendo lecionadas disciplinas do curso Enfermagem Geral (patologia médica e cirúrgica, anatomia e fisiologia) e uma vertente psiquiátrica (Enfermagem psiquiátrica teórica e prática e, ainda, deontologia). Nos serviços de psiquiatria, o lema era que todo o trabalho que pudesse ser feito pelos doentes, os enfermeiros deveriam consentir e estimular. Os enfermeiros promoviam a vertente ocupacional e, até mesmo lúdica, mas paralelamente, desenvolviam na sua prática diária as técnicas de Enfermagem nos cuidados e tratamentos clássicos estimular (Redondo e Sequeira, 2005).

O Decreto-lei n.º 265/83, de 16 de Junho criou em Lisboa, Porto e Coimbra as Escolas de Enfermagem Pós-básicas, para ministrar, entre outros cursos, a o Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica O Decreto-lei n.º 305/81, de 12 de Novembro, relativo à carreira de Enfermagem, integrou a categoria de enfermeiro especialista.

No ano de 1994, foram criados os Cursos de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem, pela Portaria n.º 239/94, de 16 de Abril, que vieram substituir os extintos Cursos de Especialização conferindo o grau de licenciado em Enfermagem. Como é referido por Silva (2008), a Portaria n.º 268/2002 regulamentou os Cursos de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem e a Portaria n.º 1420/2006 de 20 de Dezembro homologou o Curso de Pós-licenciatura de Especialização de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Em 2006, foi aprovado o Plano de Estudos do Curso de Pós-licenciatura em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria pelas normas de Bolonha (Gil, 2010).

Após análise realizada pela Direção-Geral do Ensino Superior, visando a avaliação da satisfação dos requisitos fixados pela lei, designadamente pelos artigos 16º, 18º e 57º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 107/2008, de 25 de Junho ficou autorizada a entrada em funcionamento dos ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre constante do anexo do despacho do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, de 29 de Julho de 2009, prevendo-se, entre outras, a formação de mestres em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria (Gil, 2010).

Para Carvalho (2007) o DL n.º 74/2006, de 24 de Março, concretizou o “Processo de Bolonha” como oportunidade para incentivar a frequência do ensino superior, melhorar a qualidade e a relevância das formações oferecidas, fomentar a mobilidade dos estudantes e diplomados e a internacionalização das formações, veio orientar o ensino superior para o desenvolvimento de competências. E, por conseguinte, reforçou a importância do ensino clínico na formação em Enfermagem como oportunidade para promover situações educacionais adequadas de simulação e em contextos reais de prestação de cuidados de enfermagem nas organizações prestadoras de cuidados de saúde. Neste sentido, o modelo educativo baseado no desenvolvimento de competências, não é só atual, como vital para as instituições de ensino superior.

O Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, no seu Art.º 15 definiu que o mestre deve demonstrar determinadas competências:

- a) "Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
  - i)Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
  - ii)Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;
- d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

- e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo”.

Existe um conjunto de competências que todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização, têm de ter adquirido ou demonstrarem (no caso de certificação de competências): as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, que recaem sob os domínios explanados no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019, DR, 2.ª série, N.º 26, de 6 de Fevereiro de 2019 (OE, 2019, p.4745):

- a) ) Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b) Melhoria contínua da qualidade;
- c) Gestão dos cuidados;
- d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Os enfermeiros constituem-se como um grupo profissional privilegiado no que concerne à temática da tomada de decisão, pelo contacto direto que têm com as pessoas de quem cuidam ao longo das várias etapas do ciclo vital, declarando o seu compromisso de cuidado de modo a promoverem o bem-estar e a qualidade de vida daqueles de quem cuidam (Nunes, 2016)

Na sua formação, o enfermeiro aprende novas competências e conhecimentos, treina habilidades e atitudes que, com o recurso aos instrumentos de Enfermagem, lhe permitem atuar perante as necessidade do utente no sentido de prevenir, atenuar ou corrigir as perturbações mentais (Gil, 2010). A intervenção dos enfermeiros em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica é fundamentalmente baseada nos cuidados de Enfermagem que envolvem as relações interpessoais com os doentes, familiares, com os elementos da equipa e com a sociedade em geral, através das variadíssimas interações e transações que diariamente desenvolvem nas suas atividades (Bagagem, 1992).

A relação enfermeiro/doente só é verdadeiramente terapêutica quando é intencional, isto é, quando promove no doente uma experiência que ajude a ultrapassar as suas dificuldades, num processo de adaptação eficaz. Mas, para que esta intencionalidade se desenvolva, a dinâmica da relação tem de assentar num conhecimento profundo do doente. Este tem de

ser compreendido no seu todo e, para isso, há que ir à génese dos seus problemas e contextualizar as razões da sua doença (Gil, 2010).

### **2.3. Crenças e Valores: Conceitos e Significados**

Nos primeiros trabalhos realizados por Allport (1954), sobre a noção de preconceito, este define como uma atitude negativa em relação a uma pessoa baseada na crença de que ela tem as características negativas atribuídas ao seu grupo de pertença. Devine (1989), aponta para que a combinação do estereótipo negativo e das crenças pessoais resulta em atitudes preconceituosas.

Partindo deste noção Lacerda, Pereira e Camino (2002), refere que o preconceito também pode ser entendido como uma forma de relação intergrupar, onde no quadro específico das relações de poder entre grupos, desenvolvem-se e expressam-se atitudes negativas e depreciativas, além de comportamentos hostis e discriminatórios em relação aos membros de um outro grupo.

Se pensarmos no grupo de pessoas com doença mental, podemos referir que existe estereótipo e preconceito atribuídos a estes (Maciel et al., 2011; Silva, 2014) mencionam que existe também alguma distância relacional e exclusão destas pessoas.

A aparência e comportamento dos doentes mentais acabou por gerar ao longo de vários séculos crenças depreciativas sobre esse grupo social (Maciel, et al, 2011). No sentido de diminuir o preconceito e a discriminação contra os doentes mentais, foram criadas em diversos países um conjunto de leis de proteção destas pessoas com o objetivo de diminuir o preconceito e promover a diminuição do estigma. No entanto observa-se que o preconceito ainda existe como um problema atual (Maciel, et al., 2011; Silva, 2014; Sousa, 2014).

O estigma existente sobre os doentes mentais e a doença mental leva a colocar rótulos, mesmos nos grupos sociais com maior grau de escolaridade. O preconceito pode ter origem na falta de informação, mesmo nas pessoas com maior nível de escolaridade, gerando o estereótipo de que uma pessoa com doença mental é perigosa e agressiva (Cândido et al, 2012).

Para além da falta de informação, o preconceito contra o doente mental, tem as suas bases nas crenças construídas para a origem desse grupo. Crenças negativas sobre o doente mental, como periculosidade e incurabilidade, demonstram que mesmo com o conhecimento de como surgem as doenças mentais, as pessoas costumam elencar

estereótipos de que os doentes mentais são perigosos ou agressivos. Isso deve-se, na maior parte, das crenças enraizadas dentro de uma cultura e sociedade a respeito dos doentes mentais (Loureiro; Dias; Aragão, 2008).

Ao longo da história, nem sempre a loucura foi tida como doença mental (Carvalho et al, 2009). As primeiras ideias a respeito da doença mental eram atribuídas a entidades externas, coisas sobrenaturais, espíritos e possessões. Varias são as crenças atribuídas atualmente a etiologia da doença mental, como crenças orgânicas ou biológicas e as psicológicas. O papel das crenças sobre a origem da doença mental é de grande importância, na medida em que os indivíduos utilizam as crenças para basear as suas atitudes e comportamentos diante dos doentes mentais (Oliveira et al, 2011).

As crenças organizam e orientam o indivíduo em seu cotidiano. Goffman (1988) salienta que o estereótipo quando associado a sentimentos de aceitação ou rejeição produz, uma combinação entre as crenças e atitudes, preconceito e discriminação. Schlier et al (2014), referem que as crenças elencadas sobre as origens de determinados grupos sociais, acabam por impulsionar a manifestação de discriminação e preconceito contra estes grupos.

As crenças que qualquer ser humano cria tanto sobre si como sobre fatores externos que o rodeiam, desenvolvem-se desde a infância, e influenciam conseqüentemente o cotidiano vivenciado ao longo de todo o ciclo vital. Podemos definir crenças enquanto “estruturas cognitivas que filtram, codificam e avaliam permitindo que a pessoa seja capaz de categorizar e interpretar experiências de modo significativo”. (Beck, 1979 cit. por Gil 2010). Importa salientar que estas crenças, que vão sendo estabelecidas ao longo do tempo, modelam as atitudes dos indivíduos, atuando como mediadoras entre o pensar e o agir (Gil, 2010).

A doença mental continua a ser uma problemática em que as crenças e valores estão diariamente inseridas, entendendo-se doença mental enquanto “conceito que pode associar uma confluência de variáveis biológicas, psicológicas, sociais, culturais e até mesmo espirituais” (Gonçalves, 2004, p. 162). Assim sendo, os estudantes de Enfermagem, por serem indivíduos com valores próprios e crenças atribuídas à sua predisposição antes de serem enfermeiros, tal como a população em geral, também eles “rotulam” as pessoas portadoras de doença mental.

Pedrão et al (2003) afirmam que as grandes mudanças que ocorreram relativamente à Saúde Mental e Psiquiatria iniciaram-se a partir do final dos anos 60, quando a ação principal de Enfermagem começou a assentar na relação terapêutica, tanto por influência da psiquiatria social como pela comunidade terapêutica em si. Esta mudança assentou essencialmente na perspectiva da criação de um ambiente na qual a saúde mental pudesse emergir e, conseqüentemente, desenvolver-se no sentido da boa prestação de cuidados e do bem-estar do doente. É neste sentido que muitos autores concordam com o facto de o enfermeiro ser considerado como sendo o principal agente terapêutico e que as suas ações têm na base a relação terapêutica com o doente através da compreensão e aceitação dos seus comportamentos.

Para que tal possa acontecer, implica que o enfermeiro, bem como o estudante de Enfermagem, tenham determinado tipo de conhecimento científico que lhes permita desempenhar adequadamente o seu “papel”. Aliado a este conhecimento é também fundamental que exista habilidade, principalmente relacional. Assim sendo, torna-se necessário que os cursos de graduação de Enfermagem, nomeadamente as unidades curriculares relacionadas com esta temática, estejam voltadas e direcionadas para estes aspectos, de forma a capacitar os estudantes e também os enfermeiros no desenvolvimento destas competências. Importa também referir que atualmente, para que esta prática seja possível, um dos aspectos fulcrais e basilares deste processo centra-se exactamente num melhor conhecimento do enfermeiro/estudante face a si próprio como uma ferramenta de trabalho no âmbito interpessoal (Pedrão et al, 2003).

Alguns estudos demonstram que a formação académica no âmbito da saúde mental e psiquiatria tem influência na modificação dessas crenças. Vários trabalhos desenvolvidos ao longo dos últimos anos têm vindo a demonstrar que as perturbações do foro psiquiátrico e os problemas no âmbito da saúde mental se tornaram na principal causa de incapacidade e numa das principais causas de morbilidade da sociedade actual. Ainda assim, para além desta incapacidade gerada nos indivíduos com doença mental, causa também sofrimento tanto para estes como para a sua família e comunidade (DGS, 2008).

Costa (2009), salienta que, para além das crenças sociais de saúde e de doença, também os profissionais de saúde desenvolvem as suas próprias crenças relacionadas com a natureza específica dos problemas clínicos, a incidência e prevalência de cada problema de saúde

assim como a gravidade e a possibilidade de tratamento ou, ainda, sobre o próprio doente e as razões que o levam a recorrer aos serviços de saúde.

Os estereótipos podem assumir um papel preponderante no processo de tomada de decisão no que concerne à intervenção terapêutica. Estes estereótipos poderão, pois, surgir como problemáticos e diretamente responsáveis por equívocos no processo de tomada de decisão. Ao estudar as crenças e representações sociais dos técnicos de saúde mental e a sua influência nas práticas terapêuticas, Costa (2009) concluiu que os técnicos desta área podem incorrer em erros representacionais, atribucionais e ao nível da intervenção terapêutica que decorrem da influência dos seus próprios modelos de referência.

Quartilho (2001) refere que as crenças são consideradas como preposições falsas que separam o conhecimento comum, popular, do conhecimento científico; aponta ainda que as “crenças culturais” são muitas vezes invocadas para justificar a “ignorância” das pessoas sobre as questões que estão diretamente associadas à sua saúde obrigando à tomada de posições no sentido de proceder à necessária correção destas crenças erróneas, nomeadamente no âmbito dos programas de saúde pública

Por outro lado, o estigma associado às doenças mentais apresenta-se como o maior obstáculo na prestação de serviços de saúde às pessoas com estas perturbações. Este estigma não se limita à doença marcando as pessoas que estão doentes, as suas famílias durante várias gerações, as próprias instituições que prestam os cuidados de saúde (Serafim et al, 2017).

Frequentemente, a sociedade parece estar consciente do que pode ser feito tanto no aspeto médico, psicológico e social pelos doentes mentais. Porém percebe-se ainda a manutenção de certos preconceitos, estigmas e atitudes negativas contra este grupo de pessoas, tanto de forma subtil como de forma mais evidente (Loureiro, Dias, & Aragão, 2008).

Realizar estudos que investiguem tanto as crenças como as atitudes e as representações sobre os doentes e as doenças mentais, parece-nos importante e necessário afim de apresentar evidências e prevenir (ou impedir) propagações que desvirtuem as noções das doenças mentais de modo ofensivo, abusivo, acabando por sustentar mitos a respeito dessas doenças.

### 3. REFERENCIAIS E ANCORAGEM TEÓRICA

*“Pode parecer óbvio, pode mesmo ser difícil, mas é muito importante. Tudo o que chega, chega sempre por alguma razão”.*

Fernando Pessoa

A Enfermagem tem desenvolvido a sua *práxis* por meio de conhecimentos baseados em referenciais teóricos e metodológicos, que lhe conferem visibilidade científica, transcendendo a dimensão meramente tecnicista. Os aportes epistemológicos, que buscam determinar a construção do conhecimento e orientar a prática profissional, demonstram, a professores e estudantes, a maneira como modelos teóricos de Enfermagem podem orientar o pensamento crítico e a tomada de decisão nesta atividade (Tomey & Alligood, 2004).

Ao longo do tempo, tanto a formação teórica quanto a prática da Enfermagem passaram a exigir conceitos, valores, crenças e conhecimentos das diversas áreas do saber, encontrando modelos teóricos próprios e desenvolvendo conceitos do homem, ambiente e Enfermagem, a fim de serem usados nos cuidados de Enfermagem. O caminho do conhecimento, que agrega o pensamento crítico e a criatividade profissional, permitiu o desenvolvimento das teorias de Enfermagem (McEwen & Wills, 2015).

A importância na evolução da profissão consistiu no afastamento do caráter empírico para a adoção da prática profissional baseada em conhecimento científico. Assim, as teorias apresentam propostas para a assistência, revelando propósitos e limitações, direcionando as relações de cuidado (McEwen & Wills, 2015).

Nesta vertente, as teorias constroem parâmetros e modelos de assistência para o desempenho da profissão. São referenciais imprescindíveis na composição disciplinar da profissão, com relevância para as áreas do ensino, investigação e prática assistencial; permitem que sejam reveladas nuances e tendências desta área do saber,

salientando a sua importância enquanto disciplina ou conteúdo transversal nos cursos Enfermagem (Tomey & Alligood, 2004).

### **3.1. A ancoragem na Teoria das Relações Interpessoais de Hildegard Peplau**

Hildegard Peplau teve uma grande importância para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, sendo atualmente reconhecida como a “mãe da Enfermagem Psiquiátrica”, uma vez que em 1952 criou a Teoria das Relações Interpessoais, que enfatiza a importância da relação estabelecida entre o Enfermeiro e a pessoa/cliente (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005).

Peplau <sup>4</sup> definiu a “Enfermagem como uma relação humana entre um indivíduo que está doente ou precisa de serviços de saúde e uma enfermeira especialmente treinada para reconhecer e responder à necessidade de ajuda. Na interação do doente com a enfermeira, o esforço é em primeiro lugar direcionado para a compreensão do problema; as condições necessárias para resolver a dificuldade podem ou não incluir o uso de procedimentos e dispositivos técnicos, mas estes por si só não ajudariam o doente a crescer”<sup>5</sup>. Mais considerou que “A Enfermagem é um processo interpessoal significativo, terapêutico. Funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para os indivíduos nas comunidades. A Enfermagem é um instrumento educativo, uma força de amadurecimento, que visa promover o avanço da personalidade na direção de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária”.

Os pressupostos da Teoria das Relações Interpessoais foram os conceitos de desenvolvimento e de crescimento, já abordados nos estudos de Erick Fromm e Harry Sullivan, assim como a Teoria das Motivações de Maslow e a Psicosexualidade de Freud

---

<sup>4</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “Nursing is a human relationship between an individual who is sick, or in need of health services, and a nurse especially educated to recognize and to respond to the need for help. In the interaction of patient and nurse effort is first directed toward understanding the problem; the conditions required for resolving the difficulty may or may not include the use of technical procedures and devices but these in and of themselves would not aid the patient to grow” (pg 6).

<sup>5</sup> Idem, tradução livre de: “Nursing is a significant, therapeutic, interpersonal process. It functions cooperatively with other human processes that make health possible for individuals in communities. Nursing is an educative instrument, a maturing force, that aims to promote forward movement of personality in the direction of creative, constructive, productive, personal, and community living” (pg 16).

com a descoberta do inconsciente (Tomey & Alligood, 2004) (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005).

Peplau refere que “a teoria das relações interpessoais abrange um conjunto de construtos inter-relacionados e formulados para explicar fenômenos de interação que ocorrem quando duas ou mais pessoas estão em relacionamento. É uma estrutura teórica muito útil, iluminando o trabalho que as enfermeiras fazem com os doentes. Além disso, a teoria auxilia os enfermeiros no seu crescimento pessoal e na promoção do crescimento e compreensão dos seus doentes. Desde 1948, quando essa teoria foi ensinada pela primeira vez a enfermeiras, muitos avanços na Enfermagem surgiram a partir desse ponto inicial”<sup>6</sup>. Reforça que a “teoria das relações interpessoais também tem sido a base de conhecimento para um sistema de psicoterapia ensinado e praticado por enfermeiros (Field, 1978). A partir desse esforço, iniciado em 1948, a terapia de grupo (Armstrong & Rouslin, 1963) e a terapia familiar também foram desenvolvidas, dirigidas a enfermeiras e praticadas por enfermeiras (Smoyak, 1975). A Enfermagem psiquiátrica avançada ganhou impulso considerável com essa teoria, assim como o movimento dos especialistas clínicos, particularmente na Enfermagem psiquiátrica (Burd & Marshall, 1963). Embora a teoria interpessoal tenha sua aplicabilidade mais relevante na prática da Enfermagem psiquiátrica, ela também é útil em relação aos problemas psicossociais e às relações enfermeiro-doente em todas as áreas clínicas da Enfermagem”.<sup>7</sup>

Para Peplau, “a relação enfermeiro-doente é sempre única quanto ao processamento e ao resultado. É dependente tanto do estilo do enfermeiro quanto dos conceitos teóricos que o

---

<sup>6</sup> Peplau, H. (1992). *Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice*. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 13–18. <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>. (tradução livre) “The theory of interpersonal relations consists of a grea many interrelated constructs formulated to explain interaction phenomena that occur when two or more people are in a relationship. It is a most useful theorehcal framework, illuminating the work which nurses do with patients. Additionally, the theory assists nurses in their personal growth and in the promotion of growth and understanding in their patients. Since 1948 when this theory was first taught to nurses, there have been many advances in nursing that have stemmed from this beginning point” (pg. 18).

<sup>7</sup> Idem, tradução livre de: “The interpersonal relations theory has also been the knowledge base for a system of psychotherapy taught to and practiced by nurses (Field, 1978). From this effort, initiated in 1948, group therapy (Armstrong & Rouslin, 1963) and family therapy were also developed, mught to nurses and practiced by nurses (Smoyak, 1975). Advanced psychiatric nursing gained considerable impetus from this theory, as did the clinical specialist movement, particularly in psychiatric nursing (Burd & Marshall, 1963). While the interpersonal theory has its most relevant applicability in psychiatric nursing practice, it is also useful in relation to psychosocial problems and nurse-patient relationships in all clinical areas of nursing” (pg. 18).

enfermeiro possui, bem como das competências intelectuais e interpessoais que são empregadas. É o contexto principal em que os enfermeiros auxiliam os doentes no trabalho que devem realizar para recuperar a saúde e o bem-estar. A teoria das relações interpessoais é uma estrutura de conceitos relevantes para a prática de Enfermagem. As principais características da prática profissional incluem grande trabalho intelectual, ampla variação no conteúdo do trabalho e a aplicação da teoria, discricção e julgamento. Não há nada de rotina nas relações enfermeiro-doente.”<sup>8</sup>

Peplau refere que “a característica central da prática de Enfermagem é a relação enfermeiro-doente. Na interação do enfermeiro com o doente, é realizado um trabalho em que o doente faz, ou deve fazer para contribuir para a solução dos seus problemas de saúde. Esse esforço conjunto inclui a identificação dos problemas apresentados, a compreensão dos problemas e suas variações no padrão e a avaliação, aplicação e teste de medidas corretivas a fim de produzir resultados benéficos para os doentes. O objetivo do trabalho é promover mudanças favoráveis nos doentes. Todos os eventos de doença são oportunidades de aprendizagem experiencial. A doença geralmente força a uma avaliação por parte da pessoa doente que os enfermeiros podem usar para promover a aprendizagem, o crescimento e a melhoria das competências de vida. O âmbito deste trabalho e da interação inclui, mas não está limitado a relação das pessoas envolvidas. Além da enfermeira e do doente, familiares, outros profissionais e pessoal do serviço de saúde podem estar envolvidos”<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Peplau, H. (1997). Peplau’s Theory of Interpersonal Relations. *Nursing Science Quarterly*, 10(4), 162–167. <https://doi.org/10.1177/089431849701000407>. (tradução livre) “The nurse-patient relationship is always unique as to process and outcome. It is dependent upon both the nurse’s style and the theoretical concepts the nurse has, as well as the intellectual and interpersonal competencies which are employed. It is the primary context in which nurses assist patients in the work they must do in order to regain health and well-being. Interpersonal relations theory is a framework of concepts relevant to nursing practice. The main characteristics of professional practice include major intellectual work, wide variation in the contents of the work, and the application of theory, discretion, and judgment. There is nothing routine about nurse-patient relationships” (pg.167).

<sup>9</sup> Peplau, H. (1992). *Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice*. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), 13–18. <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>. (tradução livre) “The central feature of nursing practice is the nurse-patient relationship. Within the interaction of nurse with patient, the work which the patient does, or must do to contribute toward the solution of the patient’s health problems, is accomplished. This joint effort includes identification of the presenting problems, understanding the problems and their variations in pattern, and appreciating, applying, and testing remedial measures in order to produce beneficial outcomes for patients. The aim of the work is to promote favorable changes in patients. All illness events are opportunities for experiential learning. Illness generally forces a stock-taking by the sick person which nurses can use to promote learning, growth, and improved competencies for living. The scope of this work and of the interaction includes, but is not limited to, the relationship of the persons

Peplau menciona que “quando o ensino experimental é usada como um método, o papel do professor é rico e variado e é limitado apenas pelos limites da dotação, da formação e das políticas da instituição de ensino. O professor tem duas funções principais - como *auditor crítico* e como *facilitador*. Ele ouve com inteligência as descrições das experiências dos estudantes e usa as suas próprias capacidades e habilidades para encorajar a aprendizagem, ou seja, o reconhecimento do que pode ser generalizado a partir dessas descrições. O professor deve ser sensível às capacidades criativas latentes, ou parcialmente reconhecidas, nos outros e ser capaz de observar e de se relacionar com esses aspectos construtivos. Um viés otimista na expectativa de que o estudante pode e vai aprender é particularmente útil quando combinada com observações sensíveis da interação entre professor e estudante. A intenção do estudante de aprender torna-se uma característica central do tipo de situações educacionais descritas. O conhecimento útil e prático, relevante para a situação de trabalho, é um resultado inevitável. Ajudar os estudantes a descobrir o que eles sabem intuitivamente, ou o que eles podem saber mais inteiramente, da sua experiência e participação com os doentes é, em princípio, o objetivo do professor, mas os estudantes reconhecem isso e fazem disso o seu objetivo também”<sup>10</sup>.

Nesta relação de cuidados “vários papéis são exigidos as enfermeiras. Os doentes atribuem papéis às enfermeiras que lhes parecem necessários para enfrentar um problema. Os enfermeiros definem papéis nos quais desejam actuar ou que consideram desempenhos

---

involved. In addition to the nurse and patient, family members, other professionals, and health service personnel may be involved” (pg.13).

<sup>10</sup> Peplau, H. (1957). What Is Experiential Teaching? *The American Journal of Nursing*, 57(7), 884-886. doi:10.2307/3417485. (tradução livre) “When experiential teaching is used as a method, the role of the teacher is rich and varied and is limited only by the boundaries of endowment, training, and the policies of an educational institution. The teacher has two principal functions-as a critical auditor and as facilitator. She listens intelligently to students' descriptions of experience, and uses her own capacities and skills to encourage learning that is, the recognition of what can be generalized from these descriptions” (pg.885).

The teacher must be sensitive to latent, or partially recognized, creative capacities in others and be able to observe and to relate herself to these constructive aspects. An optimistic bias-an expectation that the student can and will learn-is particularly helpful when coupled with sensitive observations of the interaction of teacher and students. The intention of the student to learn becomes a central feature of the kind of educational situations described. Knowledge that is useful and practical, relevant to the work situation, is an inevitable outcome. Helping students to find out what they know intuitively, or what they can know more fully, of their experience and participation with patients is at first the aim of the teacher, but the students soon recognize this and make it their aim, too” (pg.886).

desejáveis. A sociedade tem opiniões sobre como os enfermeiros devem funcionar e essas concepções variam nas comunidades e grupos económicos”<sup>11</sup>.

Peplau descreve seis papéis de Enfermagem, que emergem no decorrer da relação entre o enfermeiro e a pessoa/cliente. Estes papéis são: papel **de estranha** (relacionado com a fase inicial do estabelecimento da relação); **de pessoa de recurso** (relativo ao fornecimento de informação que vai de encontro com as necessidades da pessoa); **de professora** (orientando a pessoa, através do ensinamento, no sentido da supressão dos seus problemas de saúde); **de líder** (relacionado com a orientação da pessoa/cliente no processo de saúde-doença); **de substituta e de conselheira** (Tomey & Alligood, 2004).

No seu texto, Peplau define “o **papel de estranha** como um indivíduo que outro indivíduo não conhece. Quando dois estranhos se encontram, não têm nada em comum de que tenham conhecimento. Não importa se o estranho chega a própria casa da enfermeira ou no hospital, o princípio é o mesmo: respeito e interesse positivo concedido a um estranho é inicialmente impessoal e inclui as mesmas cortêsias comuns que são concedidas a um novo hóspede que foi colocado em qualquer situação. Este princípio implica: (1) aceitar o doente como ele é; (2) tratar o doente como um estranho emocionalmente capaz e relacionar-se com ele nessa base até que a evidência mostre que ele não é.”<sup>12</sup>

No caso do **papel de recurso**, Peplau afirma que “os enfermeiros têm funcionado como recurso para as pessoas em situações em que são necessárias informações sobre saúde. Nessa função, eles vêm-se como uma fonte de suprimento de conhecimentos e procedimentos técnicos e ensinavam muito do que era necessário para melhorar a saúde do

---

<sup>11</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “many roles are demanded of nurses. Patients cast nurses into roles that seem necessary for meeting a problem as they view it. Nurses define roles in which they wish to function or that are thought to be desirable performances for a nurse. Society has views on how nurses should function, and these conceptions vary in communities and economic groupings” (pg. 43).

<sup>12</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “A stranger is an individual with whom another individual is not acquainted. When two strangers meet, they have nothing in common of which they are aware. It doesn't matter whether the stranger arrives in the nurse's own home or in the hospital, the principle is the same: respect and positive interest accorded a stranger is at first nonpersonal and includes the same ordinary courtesies that are accorded to a new guest who has been brought into any situation. This principle implies: (1) accepting the patient as he is; (2) treating the patient as an emotionally able stranger and relating to him on this basis until evidence shows him to be otherwise” (pg. 44).

doente e da comunidade. Os enfermeiros sempre interpretaram os planos e procedimentos de tratamento para esclarecer os "cuidados definitivos" prestados aos doentes.”<sup>13</sup>

Não deixa de ser curioso que Peplau considere que o **papel do professora** na Enfermagem parece ser uma combinação de todos os papéis. “O ensino sempre fez parte do que o doente sabe e se desenvolve em torno de seu interesse em querer ser capaz de usar informações médicas adicionais. Os métodos tradicionais de ensino implicam a aquisição de conhecimentos transmitidos por outra pessoa e aceites por autoridade. O desenvolvimento de hábitos semelhantes aos de autómatos costuma ser o resultado. Aprender por meio da experiência, que é o tipo que os enfermeiros desejam promover, requer o desenvolvimento de novos planos e situações que podem-se desdobrar e levar a resultados abertos (ou seja, resultados que são produtos únicos dentro dessa situação) que são frutíferos para o enfermeiro e o doente. Um método que desenvolve hábitos de lutar contra as dificuldades que se repetem ao longo da vida, uma abordagem na resolução de problemas de Enfermagem, requer uma variedade de funções, todas elas constituem um aspecto do ensino que é amplamente concebido.”<sup>14</sup>

No que diz respeito ao **papel de líder**, Peplau afirma que “o esforço humano, assim como a Enfermagem, devem retractar a liderança como uma característica da vida democrática. As funções de liderança são exigidas aos enfermeiros em situações locais, nacionais e internacionais. Em situações clínicas, os grupos de doentes frequentemente atribuem aos

---

<sup>13</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “Nurses have functioned well as resource persons in situations where health information was needed. In this role, they viewed themselves as a source of supply on knowledge and technical procedures and they have taught much that was necessary for improving patient and community health. Nurses have always interpreted treatment plans and procedures in order to clarify "definitive care" rendered to patients” (pg. 47).

<sup>14</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “The role of teacher in nursing situations seems to be a combination of all of the roles discussed in this chapter. Teaching always proceeds from what the patient knows, and it develops around his interest in wanting and being able to use additional medical information. Traditional teaching methods imply the acquisition of knowledge handed down by someone else and accepted on authority. The development of automatonlike habits is often an outcome. Learning through experience, which is the kind that nurses wish to promote, requires development of novel plans and situations that can unfold and lead to open-ended outcomes (i.e. outcomes which are unique products within this situation) that are fruitful for nurse and patient. A method that develops habits of grappling with difficulties that recur throughout life, a problem-solving approach in nursing, requires a variety of roles all of which constitute an aspect of teaching that is broadly conceived” (pg. 48).

enfermeiros o papel de líder; doentes individuais identificam-se com os enfermeiros e esperam que eles ofereçam orientação durante a dificuldade atual.”<sup>15</sup>.

Considera que a “liderança é uma função em todas as situações. Há momentos em que esse papel é desempenhado por outros profissionais, ou um doente pode intervir no momento apropriado e ajudar um grupo a ver novos rumos para as actividades em curso. É mais frequentemente em situações de Enfermagem, porém, é o enfermeiro cuja habilidade profissional pode ser utilizada para indicar novas possibilidades e passos necessários para a sua actualização. A maneira como podem ser identificadas, exploradas e conduzidas a novas ações, muitas vezes depende de como a enfermeira vê esse papel e a si mesma nele.”<sup>16</sup>

Em relação ao **papel de substituto** Peplau refere que com alguma frequência, mais do que os enfermeiros imaginam, “são colocados em papéis substitutos pelos doentes. Ou seja, fora da sua consciência, o doente vê a enfermeira como outra pessoa; não a vê como uma pessoa à sua maneira. A enfermeira pode simbolizar uma figura materna, pode representar um irmão, pode ainda personificar outra figura fora do espaço familiar - como uma professora, outra enfermeira que conheceu antes e assim por diante. Em vez de se relacionar com a enfermeira quando a encontra, o doente provavelmente relacionar-se-á com ela em termos do relacionamento mais antigo”<sup>17</sup>.

---

<sup>15</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “Human endeavor, such as nursing, must portray leadership as a characteristic of democratic living. Leadership functions are demanded of nurses in local, national, and international situations. In clinical situations patient groups often cast nurses in the role of leader; individual patients identify with nurses and expect them to offer direction during the current difficulty” (pg. 49).

<sup>16</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “Leadership is a function in all situations. There are times when this role is fulfilled by other professional workers, or a patient may step in at an appropriate moment and aid a group to see new directions for activities under way. More often in nursing situations, however, it is the nurse whose professional skill can be utilized to indicate new possibilities and steps required for their actualization. The way in which these new directions can be identified, explored, and lead to new actions often depends upon how the nurse views this role and herself in it” (pg. 51).

<sup>17</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “More frequently than is realized nurses are cast into surrogate roles by patients. That is, outside of his awareness the patient views the nurse as someone else; he does not see her as a person in her own way. One nurse may symbolize a mother figure, another may stand for a sibling, still another may personify some other cultural figure outside the family constellation-such as a teacher, another nurse met earlier in life, and the like. Instead of relating to the nurse as he finds her the patient is likely to relate to her in terms of the older relationship” (pg.51).

No que diz respeito ao **papel de conselheira** Peplau menciona que “os processos de auto-renovação, auto-reparação e auto-consciência surgem dentro do indivíduo. O propósito destes comportamentos e o que os torna possível são iniciados pelo self. As condições interpessoais na situação podem muitas vezes ser melhoradas, de modo que o doente deseje descobrir os seus problemas e revelar as dificuldades que enfrenta, para si mesmo e para os outros, em vez de suprimi-las ou distorcê-las. Como Wertheimer apontou, os indivíduos aprendem apenas à medida que recriam as etapas, experimentam novamente os sentimentos e vêem as suas dificuldades numa nova perspectiva. Facilitar essas acções auto-dirigidas são funções de aconselhamento. Todas as funções de aconselhamento em Enfermagem são determinadas pelo objetivo de todas as relações enfermeiro-doente, ou seja, a promoção de experiências conducentes à saúde. Esse propósito é alcançado por meio de uma série de objetivos mais imediatos”.<sup>18</sup>

Em síntese, Peplau afirma que “os papéis exigidos ao enfermeiro surgem durante as relações interpessoais com indivíduos ou comunidades, o mais específicos foram apresentados anteriormente. Outras funções, tais como consultor, tutor, agente de segurança, mediador, administrador, registrador, observador e pesquisador ou criador de estudos, serão abordados noutros trabalhos a desenvolver”<sup>19</sup>.

Anotemos que alguns desses papéis “são sempre determinadas pela situação; os princípios orientadores podem ser formulados com antecedência e expandidos no processo de assumir vários papéis em situações. Os enfermeiros muitas vezes simbolizam papéis não racionais para os doentes, isto é, eles representam os doentes mas não são suas mães, e assumem

---

<sup>18</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “The processes of self-renewal, self-repair, self-awareness arise within the individual. The purposeful behavior these processes make possible are initiated by the self. Interpersonal conditions in the situation can often be improved so that the responding patient will want to discover his problems and reveal the difficulties he faces, to himself and others, rather than to suppress or distort them. As Wertheimer has pointed out, individuals learn only as they re-create the steps, reexperience the feelings, and view their difficulties in new perspective. Facilitating these self-directed actions are counseling functions. All counseling functions in nursing are determined by the purpose of all nurse-patient relationships, namely, the promotion of experiences leading to health. This purpose is achieved through a series of more immediate objectives” (pg. 61).

<sup>19</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “Roles that are demanded of nurses arise during interpersonal relations with individuals or communities. Some specific ones have been discussed. Other roles, such as consultant, tutor, safety agent, mediator, administrator, recorder, observer, and researcher or study-maker have been left to the intelligence and imagination of the reader” (pg. 69).

esses papéis ao mesmo tempo ajudando o doente a esclarecer os seus preconceitos e a torná-los consciente da enfermeira como pessoa, no seu próprio direito. Os relacionamentos pessoa-a-pessoa dependem dessas etapas anteriores do processo de Enfermagem. Embora alguns doentes possam desenvolver imediatamente relações pessoais com os enfermeiros, sabendo com consciência o que esperam deles, muitos deles passam por uma série de papéis à medida que o relacionamento se desenvolve.<sup>20</sup>

Os papéis que são desempenhados pela enfermeira surgem no decorrer da relação, interpessoal, que se estabelece com a pessoa/cliente. Esta mesma relação desenvolve-se segundo quatro fases, que passamos a explicitar.

A primeira fase, **Orientação**, é aquela em que a pessoa/cliente “sente necessidade e desejo de procurar ajuda” (Neeb, 2000, p. 5); Peplaufere que “durante o período de orientação, o doente esclarece sua primeira e completa impressão de seu problema; as suas facetas são expandidas e detalhes relacionados tornam-se claros à medida que as pessoas na nova situação psicológica agem em relação ao doente. O doente participa do processo de orientação fazendo perguntas, tentando descobrir o que ele precisa saber para se sentir seguro e observando as formas como os profissionais respondem com ele. Ao pedir ajuda, ao receber assistência, o doente começa a sentir-se em casa, por assim dizer, sabendo que é permitida a expressão das suas vontades e que serão atendidas”<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “Some of these roles are always determined in the situation; guiding principles can be formulated in advance and expanded in the process of taking various roles in situations. Nurses often symbolize nonrational roles to patients, that is, they stand for but are not mothers of patients, and they take on these roles at the same time helping the patient to clarify his preconceptions and to become aware of the nurse as a person, in her own right. Person-to-person relationships depend upon these prior steps in the nursing process. While some patients may immediately develop person to person relations with nurses, knowing in awareness what they expect of them, many of them move through a series of roles as the relationship develops” (pg. 70).

<sup>21</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “ During the period of orientation the patient clarifies his first, whole impression of his problem; facets of it are expanded and details connected with it become clear as the people in the new psychological situation act in relation to the patient. The patient participates in the orienting process by asking questions, by trying to find out what he needs to know in order to feel secure, and by observing ways in which professional people respond with him. By asking for help, in receiving assistance, the patient soon begins to feel at home, so to speak, knowing that his wants will be permitted expression and taken care of” (pg. 30).

A segunda fase, **Identificação**, é relativa, tal como o próprio nome indica, à identificação das “expectativas e percepções relativas à relação que se está a desenvolver” (Neeb, 2000, p. 5).

Peplau menciona que quando é prestada Enfermagem de qualidade, “o doente pode ser nutrido por eventos que o remetem psicologicamente aos hábitos da infância. Foram identificadas três maneiras pelas quais os doentes respondem durante esta fase: (1) com base na participação ou relações interdependentes com uma enfermeira; (2) com base na independência ou isolamento de uma enfermeira; (3) por impotência ou dependência de uma enfermeira. As fases de orientação e identificação são essencialmente como as fases de receptividade-passividade e identificação observadas durante a infância ou na fase oral inicial do desenvolvimento da personalidade”<sup>22</sup>.

A fase da **Exploração**, terceira fase, é caracterizada pelo início da “motivação pelo processo de resolução de problemas” (Neeb, 2000, p. 5), Peplau refere que “quando o doente se identifica com uma enfermeira que pode reconhecer e compreender as relações interpessoais na situação, o doente passa por uma fase em que faz uso pleno dos serviços que lhe são oferecidos. De várias maneiras, ele tenta extrair todo o valor do relacionamento, de acordo com a sua visão da situação. Todos os vários bens e serviços à sua disposição, como ele passou a conhecê-los, serão explorados com base no interesse próprio e na necessidade”<sup>23</sup>.

---

<sup>22</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “During the period of identification, when quality nursing is provided, the patient may be renourished by these events that psychologically take him back to childhood ways. Three ways in which patients respond during this phase have been identified: (1) on the basis of participation or interdependent relations with a nurse; (2) on the basis of independence or isolation from a nurse; (3) on the basis of helplessness or dependence upon a nurse. The phases of orientation and identification are essentially like those stages of passive receptivity and identification noted during infancy or the early oral stage of personality development” (pg. 33).

<sup>23</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “When a patient has identified with a nurse who can recognize and understand the interpersonal relations in the situation, the patient proceeds through a phase where he makes full use of the services offered to him. In various ways he attempts to derive full value from the relationship, in accordance with his view of the situation. All of the various goods and services at his disposal, as he has come to know them, will be exploited on the basis of self-interest and need” (pg. 37).

Por último, surge a fase da relação, sendo esta denominada por **Resolução**, em que a pessoa/cliente se centra na “capacidade de auto-responsabilização e revela crescimento pessoal” (Neeb, 2000, p. 5).

Peplau menciona que “à medida que as antigas necessidades são plenamente satisfeitas, elas são gradualmente postas de lado voluntariamente, pelo próprio doente, e as aspirações são adaptadas aos novos objetivos que foram formulados enquanto o doente explorava o uso do serviço de Enfermagem. O doente sente-se revigorado porque, no período de dificuldades e desamparo, a ajuda estava realmente a chegar; este é um grande medo de muitas pessoas que podem em algum momento estar desamparadas e outras não se vão importar”<sup>24</sup>.

Relevamos que Peplau refere que “explorar o que uma situação oferece dá origem a novas abordagens do problema e ao desenvolvimento e aperfeiçoamento da habilidade nas relações interpessoais. Novos objetivos serão alcançados por meio de esforços pessoais que podem ser planeados”<sup>25</sup>.

Os papéis do Enfermeiro vão-se modificando de acordo com as diferentes fases da relação interpessoal. Os dois primeiros fazem parte da primeira fase da relação, a fase de orientação, na qual o Enfermeiro e a pessoa/cliente são estranhos e portanto, este deve tratar a pessoa com cortesia, sem pré-julgamentos e como sendo emocionalmente capaz. Representa um papel de recurso, na medida em que atenua a ansiedade da pessoa/cliente relativamente ao seu tratamento, respondendo a questões sobre a doença e o tratamento. O papel de professor e líder surge quando o enfermeiro desenvolve na pessoa “a capacidade de querer e de usar”, ajudando-a a cooperar e a participar activamente no seu restabelecimento (Tomey & Alligood, 2004).

---

<sup>24</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “As old needs are fully met, they are gradually put aside willingly, by the patient himself, and aspirations are adapted to the new goals that were formulating while the patient was exploring and exploiting the use of nursing service. The patient feels refreshed that in his time of troubles and helplessness, aid was actually forthcoming; this is a great fear of many people-that they may at some time be helpless and others will not care” (pg. 39).

<sup>25</sup> Peplau, H. (1988). *Interpersonal Relations in Nursing - A Conceptual Frame of Reference for Psychodynamic Nursing*. London: British Library. (tradução livre) “Exploiting what a situation offers gives rise to new differentiations of the problem and to the development and improvement of skill in interpersonal relations. New goals to be achieved through personal efforts can be projected” (pg. 42)

Os papéis de substituto e conselheiro surgem por fim na última fase do processo inter-relacional, na qual pela definição dos objetivos pessoais da pessoa/cliente em detrimento de antigos objetivos, o Enfermeiro é colocado num papel de substituto. Assim, o aconselhamento tem o propósito de ajudar a pessoa a lembrar e compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação actual, para que possa integrar e não dissociar as experiências vividas (Tomey & Alligood, 2004).

Pode-se afirmar que a teoria de Peplau sobre as relações interpessoais criou uma forma única de compreensão do relacionamento que se estabelece entre o enfermeiro e a pessoa/cliente, pois este relacionamento faz parte da própria natureza da Enfermagem, representando assim a visão holística, na qual a experiência, expectativas, valores e crenças do sujeito devem ser valorizadas (Almeida, Lopes, & Damasceno, 2005) (George, 2000)

O núcleo da teoria de Peplau é o processo interpessoal, parte integrante da Enfermagem da atualidade, e especialmente na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, em que se procura a humanização dos cuidados da pessoa em sofrimento mental. A relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa/cliente, numa perspetiva de ação recíproca, permite conhecer as singularidades de cada cliente, as suas relações sociais, os ambientes em que vive e que é influenciado, fragilidades, surgindo como um instrumento terapêutico que possibilita o autoconhecimento e reinserção do cliente na sociedade e de volta ao seu quotidiano.

### **3.2. A Matriz Disciplinar de Thomas Kuhn**

Na Enfermagem têm acontecido várias mudanças nas práticas de cuidados. Silva (2002) refere que da tecnicidade centrada na doença, no início deste século, passou-se para uma corrente de valorização da relação entre quem presta e quem recebe cuidados e para uma corrente orientada para o desenvolvimento moral. Os cursos de Enfermagem de hoje procuram dar uma formação que permita aos enfermeiros conhecer melhor a pessoa e desenvolver uma intervenção terapêutica a nível individual e familiar. Também no ensino de Enfermagem, o professor vai deixando de ser o ator principal, surge como um mediador de conflitos e emoções, incorpora uma prática na qual o diálogo, a escuta, o respeito às diferenças e às emoções indicam a possibilidade de inverter a lógica de uma prática de transmissão de conhecimento para outra construída na perspetiva da relação. Trata-se de

uma mudança paradigmática para a educação: os professores aprendem ao mesmo tempo que os educandos (Valente & Viana, 2009).

Afiliámo-nos neste trabalho ao paradigma emergente, aceitando que um ensino de Enfermagem centrado no cuidado, onde existe o compromisso em ajudar o outro a desenvolver-se e onde professores e estudantes se sentem valorizados, é promotor de uma maior motivação para aprender e facilitador da integração dos valores de cuidado na relação com aqueles que são objeto do cuidado profissional da Enfermagem (Waldow, 2009).

A teoria de Thomas Kuhn surge neste trabalho como referencial epistemológico, na medida em que afirma para compreender como funciona uma comunidade científica enquanto produtora e avaliadora de conhecimento sólido é essencial compreender as componentes de uma matriz disciplinar (Kuhn, 1989) (Cerqueira, 2015).

Thomas Kuhn configura disciplinar por referência “àquilo que os que põem em prática uma disciplina determinada possuem em comum; matriz porque corresponde a uma ordenação de elementos de índole variada, cada um deles exigindo especificação ulterior” (Kuhn, 2009, p.245). Este conceito só foi definido numa fase posterior<sup>26</sup>, quando Kuhn considerou que “o termo paradigma é inapropriado” (Kuhn, 2009, p. 226) e “os constituintes da matriz disciplinar incluem a maior parte ou todos os objetos do empenhamento do grupo” (Kuhn, 1989, p.350).

Os principais componentes da matriz disciplinar são:

- **As generalizações simbólicas:** Expressões aceites e usadas em consonância e harmonia pelo grupo. Formais ou facilmente formalizáveis. Funcionam em parte como leis, em parte como definições;
- **Os modelos:** Fornecem ao grupo as analogias e metáforas preferidas ou permissíveis ou soluções de problemas e quando profundamente defendidos, uma ontologia;

---

<sup>26</sup> Está incluído no “Pós-fácio” da edição de 1969 da obra “Estrutura das Revoluções Científicas”.

- **Os valores:** Mais largamente partilhados, determinantes do comportamento do grupo, mesmo quando não aplicados de igual forma pelos diferentes membros, contribuindo para o sentimento de comunidade.
- **Os exemplares:** Exemplos padronizados, soluções de problemas concretos, aceites pelo grupo como paradigmas. O estudante soluciona habitualmente um problema, fazendo uma analogia com um problema solucionado anteriormente. Estes problemas concretos são designados por Kuhn como exemplares ou exemplos padronizados de uma comunidade. “A aquisição de um arsenal de exemplares, tal como aprender muitas das generalizações simbólicas, é parte integrante do processo pelo qual o estudante ganha acesso às realizações cognitivas do seu grupo disciplinar” (Kuhn, 1989 p.350). (Kuhn, 2009).

Kuhn considera que “precisamos entender a maneira pela qual um conjunto determinado de valores compartilhados entra em interação com as experiências particulares comuns a uma comunidade de especialistas, de tal modo que a maior parte do grupo acabe por considerar que um conjunto de argumentos é mais decisivo que outro.” (2009, p. 246).

Tendo como ponto de partida os conceitos do autor, nele se inspira a procura de sistematizar uma matriz referencial para o acompanhamento dos estudantes do curso de licenciatura no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.



## **PARTE II – PERCURSO METODOLÓGICO**



*Educar é semear com sabedoria e colher com paciência.*

Augusto Cury

Apresentamos os elementos que permitem compreender o percurso delineado e a forma como foi executado este estudo e com que meios e instrumentos se procurou responder às questões de investigação que deram origem a este trabalho.

A fase metodológica é aquela em que se delineiam os métodos que serão utilizados para se alcançar as respostas procuradas, para as questões de investigação previamente colocadas, na fase conceptual (Fortin, 2009). Esta é uma fase extremamente importante, já que, a partir das decisões tomadas na fase metodológica pode consolidar-se a fiabilidade e qualidade dos resultados encontrados na aplicação dos instrumentos utilizados e das conclusões que deles se poderão retirar.

Com este estudo pretendemos contribuir de forma positiva que os estudantes, aquando da realização do ensino clínico nos contextos de saúde mental e psiquiatria, possam potencializar o seu desenvolvimento e desempenho.

## **1. DESENHO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo quantitativo, qualitativo, exploratório e analítico.

Na metodologia preconizada para a concretização dos objetivos perspetivámos, na primeira etapa, uma abordagem quantitativa e descritiva ao utilizar o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) de Loureiro (2008), traduzido e validado para a população portuguesa por Oliveira (2005) e por Loureiro (2008).

Este questionário foi aplicado no início do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e no final desse mesmo Ensino Clínico, seis semanas depois, aos estudantes do Curso de Licenciatura de Enfermagem.

Pretendemos comparar as crenças dos estudantes de Enfermagem antes e depois do Ensino Clínico e que relações se evidenciam com as crenças da população em geral. Esta comparação decorre do reconhecimento que os estudantes de Enfermagem partilham atitudes estigmatizantes semelhantes à população em geral e que poderão influenciar a sua

prestação de cuidados enquanto futuros profissionais de saúde bem como objetivar se existem efetivamente diferenças após a experiência clínica em contexto de saúde mental e psiquiatria.

Na segunda etapa, através de uma abordagem qualitativa e descritiva, recolhemos as opiniões dos professores, orientadores e estudantes face às situações experienciadas, que dificuldades e estratégias utilizaram no decorrer do Ensino Clínico. Para esta colheita de dados, utilizámos entrevistas de “focus group” (grupo de discussão ou grupo focal), que consistem na discussão organizada com um grupo selecionado. Constituímos três amostras, com professores, enfermeiros orientadores e estudantes, que vivenciaram o Ensino Clínico de ESMP no presente ou anterior ano letivo.

## **2. POPULAÇÃO E AMOSTRA**

As características da população definem o grupo de sujeitos que serão incluídos no estudo e tornam os critérios de selecção objetivos e precisos (Fortin, 2009).

Na primeira etapa deste estudo a amostragem foi de conveniência a partir da população acessível de estudantes, que vivenciaram o Ensino Clínico de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP) no ano letivo (2017/2018) de uma Escola da Região Sul de Portugal Continental.

Foram entregues 51 questionários aos estudantes que iriam realizar o Ensino Clínico de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria no 1º dia de ensino clínico. Após a conclusão do Ensino Clínico foram novamente entregues 51 questionários dos quais recebemos 48, sendo a taxa de participação de 94%.

No total foram validados 48 questionários que estavam corretamente preenchidos.

A amostra ficou constituída com 48 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, sendo a maioria do género feminino 43 (90%) e 5 (10%) do género masculino.

Na segunda etapa, para a realização do Focus Group, constituímos três grupos de focus group: (1) uma amostra de estudantes, que vivenciaram o Ensino Clínico de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP) no ano letivo (2017/2018) de uma Escola da Região

Sul de Portugal Continental, e aos quais na primeira etapa do estudo foi aplicado o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) antes e depois do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria; (2) um grupo de professores que vivenciaram o Ensino Clínico de ESMP no presente ou anterior ano letivo e (3) uma amostra de enfermeiros orientadores, que vivenciaram o Ensino Clínico de ESMP no presente ou anterior ano letivo.

Para a constituição dos Grupos Focais foram estabelecidos critérios para cada um dos grupos.

Para o Focus Group com os estudantes, numa amostra probabilística, estabelecemos como critérios de inclusão:

- 4 estudantes com diferenças estatisticamente significativas entre os scores obtidos no pré e pós frequência do Ensino Clínico (média pré > média pós;  $p < 0.05$ ) – melhoria das crenças
- 4 estudantes onde não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os scores obtidos no pré e pós frequência do Ensino Clínico (média pré  $\leq$  média pós;  $p > 0.05$ ) – as crenças mantiveram-se ou pioraram.

A selecção destes estudantes foi realizada a partir da análise dos outputs do SPSS resultante do preenchimento do Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM), através de análise estatística das diferenças entre os scores Pré e Pós. A diminuição do score traduz uma melhoria das crenças; a manutenção ou aumento do score significa que não se verificaram alterações ou que as crenças pioraram.

A selecção dos estudantes foi realizada de forma aleatória, com recurso ao software *random.org*, utilizando o número do código atribuído a cada estudante aquando do preenchimento do questionário. Os estudantes seleccionados para cada um dos grupos foram os quatro primeiros da listagem aleatória.

Para o Focus Group dos Orientadores de Ensino Clínico, o critério de inclusão foi terem orientado estudantes em diferentes contextos clínicos, com enfoque na pessoa adulta e idosa com processos de saúde/doença mental, considerando-se incluir experiência comunitária com enfoque na pessoa adulta e idosa com problemáticas da área da adição. Assim, foram integrados no Focus Group, orientadores de Equipas Técnica Especializada de Tratamento (2), de Serviços de Internamento de Doentes Agudos de Psiquiatria (2), de

Comunidades Terapêuticas na área da Recuperação de Comportamentos Aditivos (2) e de Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) (2).

Para o Focus Group dos docentes de Enfermagem, os critérios dizem respeito, cumulativamente, a qualificação docente (serem Doutorados em Enfermagem ou Especialistas do Ensino Superior), ao título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica bem como experiência de mais de três anos de lecionação no Curso de Licenciatura em Enfermagem. Assim, foram integrados no Focus Group, 8 docentes das Escolas de Saúde de Setúbal, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Escola Superior de Saúde de Beja, Escola Superior de Saúde de Portalegre e Escola Superior de Saúde de Castelo Branco.

### **3. INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS**

Apresentam-se o instrumento e as técnicas utilizadas: o Inventário de crenças acerca da doença mental (ICMD), focus group e a análise crítica do discurso.

#### **3.1. O Inventário de Crenças Acerca da Doença Mental (ICMD)**

O Inventário de Crenças acerca da Doença Mental de Loureiro et al. (2006) é um instrumento construído de raiz para a população portuguesa. Constituído por 45 itens em formato de resposta tipo likert de 1 (discordo completamente) a 6 (concordo completamente) pontos, apontando para seis fatores. Em seguida, descrevemos as características psicométricas do mesmo.

Há dois procedimentos de avaliação de instrumentos (ou escalas) que são a análise da fidelidade (realibility) e a análise da validade (adequacy) – a primeira é feita através do alfa de Cronbach e a segunda através do Kaiser-Meyer-Olkin (KMO).

O estudo de fidelidade consiste na confiança de obter (a partir do mesmo instrumento) resultados semelhantes em diferentes momentos. Existem dois procedimentos para estudar a fidelidade: alfa de Cronbach (para a análise da consistência interna) estuda a fidelidade interna do instrumento; a análise das correlações teste re-teste estuda a fidelidade externa do instrumento (que consiste em correlacionar os valores do instrumento quando este é

aplicado em dois ou mais momentos – se a correlação for forte e significativa indica que existe uma boa fidelidade do instrumento nos 2 momentos de estudo). Relativamente à análise de consistência interna, realizada para os 45 itens da escala, revelou um valor global do alpha de Cronbach = .820, valor considerado bom. As correlações entre os itens e o total da escala cifraram-se todas num valor > .30.

O estudo de validade refere-se à avaliação do grau em que determinada medida mede efectivamente o que se quer medir. Hill & Hill (2008) referem três tipos principais de validade: validade de conteúdo; validade teórica e validade prática. Os itens dos questionários apresentam validade de conteúdo adequada se os itens constituírem uma amostra representativa de todos os itens disponíveis para medir aquilo que o investigador quer avaliar. Na impossibilidade de calcular um valor numérico para a validade de conteúdo, o investigador deverá recorrer à literatura para elencar todos os aspectos adequados, mencionando itens positivos e negativos. Os itens dos questionários apresentam validade teórica adequada se apresentarem uma medida da variável que o investigador pretenda medir. A validade teórica subdivide-se, por sua vez, em validade convergente, validade discriminante e validade fatorial. Salientamos a validade fatorial, a qual pode ser avaliada através de técnicas estatísticas como a análise fatorial. Esta técnica estuda, basicamente, as correlações entre as várias variáveis para encontrar um grupo de factores latentes que representam o que as variáveis analisadas têm em comum.

O teste de esfericidade é um dos meios de se verificar a adequação Bartlett da aplicação da análise fatorial. O teste identifica a presença de correlações não nulas entre variáveis. Este testa a hipótese nula de que a matriz de correlação é uma matriz identidade. Se essa hipótese for rejeitada, então a análise fatorial pode ser aplicada. O teste examina a matriz de correlação interna, e fornece a probabilidade estatística de que a matriz de correlações possui correlações estatisticamente significativas entre pelo menos um par de variáveis, sendo que o teste torna-se mais eficiente em detectar as correlações na medida em que se aumenta o tamanho da amostra. O critério de Kaiser-Meyer-Olkin – KMO é outra forma para identificar se o modelo de análise fatorial que está sendo utilizado está adequadamente ajustado aos dados, isto se dá testando a consistência geral dos dados. O método verifica se a matriz de correlação inversa é próxima da matriz diagonal, consiste em comparar os valores dos coeficientes de correlação linear observados com os valores dos coeficientes de correlação parcial (Maroco, 2006)

Assim, o indicador Kaiser-Meyer-Olkin KMO é uma medida de adequação da amostra e fundamenta-se na comparação dos valores dos coeficientes de correlação observados com os coeficientes de correlação parcial. Varia entre 0 e 1; perto de 1 indica coeficientes de correlação parciais pequenos, enquanto valores próximos de zero indica que a análise fatorial pode não ser válida visto que existe uma correlação fraca entre as variáveis (Pestana & Gageiro, 2014). O Teste de Esfericidade de Bartlett testa a hipótese da matriz das correlações ser a matriz da identidade, cujo determinante é igual a 1.

No caso do ICMD, foi previamente calculada a medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) que revelou um valor de .800 e o teste de Bartlett  $2(990) = 11902.015$ ;  $p = .000$ . Os valores permitiram prosseguir com a Análise Fatorial em Componentes Principais que revelou uma estrutura assente em 6 fatores (crenças) que explicam na totalidade 42.2% da variação explicada e que foram designadas de Incurabilidade (INC); Reconhecimento da Doença (RD); Perigosidade (PER); Doença como Causa Estigma e Discriminação (DCED); Perigosidade (PER); Responsabilidade Pessoal (RP) e Doença como Condição Médica (DCM) (Loureiro, Dias, & Ferreira, 2006). No nosso estudo utilizamos os 6 fatores (crenças) do ICMD.

O ICMD foi utilizado por Isabel Gil na sua tese de mestrado intitulada “*Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*”<sup>27</sup>. Foi também usado por Paula Campos na sua tese de mestrado “*Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica*”<sup>28</sup>

Os autores destes trabalhos referem, em relação aos pressupostos dos testes, ter procedido à sua verificação, e que a análise efetuada reforçou a validade dos dados permitindo, para a amostra estudada, tirar conclusões robustas. Destacamos a publicação de vários artigos que referem a utilização do ICMD salientando o artigo com o título “*ICDM – Um Inventário*

---

<sup>27</sup>Gil, I. M. (2010). *Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Obtido de FMUC Medicina - Teses de Mestrado: <http://hdl.handle.net/10316/18217>.

<sup>28</sup>Campos, P. (2017). *Crenças, opiniões e atitudes dos enfermeiros de saúde mental, face à doença psiquiátrica*. Obtido de ESEP - Dissertações de Mestrado: <http://hdl.handle.net/10400.26/18192>.

*de Crenças acerca da Doença Mental*”<sup>29</sup> em que se descreve o percurso de desenvolvimento e validação do inventário.

### **3.2. Focus Group (Grupo Focal)**

O Focus Group (grupo focal) define-se como uma técnica de investigação de recolha de dados através da interação do grupo sobre um tópico apresentado pelo investigador. É um método de investigação consolidado na forma de uma discussão estruturada que envolve a partilha progressiva e a clarificação dos pontos de vista e ideias dos participantes. Morgan (1998) refere que o grupo focal é uma técnica de natureza qualitativa, que consiste em promover um espaço grupal, com a finalidade de recolha da opinião dos participantes relativamente a determinada problemática.

O grupo focal torna assim possível reunir, simultânea ou sequencialmente, diferentes parceiros ou partes interessadas e envolvidas num programa e recolher uma vasta quantidade de informação qualitativa num espaço de tempo relativamente curto. Ao partilhar e comparar as suas experiências e pontos de vista, os participantes geram novos conhecimentos e entendimentos.

Em relação a problemática do nosso estudo, esta técnica de recolha de dados apresenta algumas vantagens comparativas. Todavia, apresenta riscos, tais como, se no decorrer da realização do grupo focal emergir um ou mais sujeitos que possam assumir posição dominante no grupo, uma situação inerente à dinâmica grupal (Morgan, 1998). Krueger (2000) faz referência a que a dimensão do grupo focal deve contemplar em média entre seis a dez elementos. Um grupo em número reduzido favorece um contributo mais aprofundado de todos os participantes envolvidos, uma abrangência maior dos dados recolhidos face às diferentes dimensões do próprio grupo focal.

---

<sup>29</sup>Loureiro, L.; Dias, C.; Ferreira, P. (2006). ICDM – Um Inventário de Crenças acerca da Doença Mental. Revista de Investigação em Enfermagem (2006) nº14 – Agosto. p36-44. [https://www.researchgate.net/publication/272165468\\_Loureiro\\_Luis\\_Dias\\_Carlos\\_Ferreira\\_Paulo\\_2006\\_ICDM\\_Um\\_Inventario\\_de\\_Crenças\\_acerca\\_da\\_Doença\\_Mental\\_Revista\\_de\\_Investigacao\\_em\\_Enfermagem\\_114\\_36-44](https://www.researchgate.net/publication/272165468_Loureiro_Luis_Dias_Carlos_Ferreira_Paulo_2006_ICDM_Um_Inventario_de_Crenças_acerca_da_Doença_Mental_Revista_de_Investigacao_em_Enfermagem_114_36-44).

A metodologia de grupo focal tem sido usado na Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria como se verifica na tese de mestrado de Sónia Alves com o título “*Criação e Validação de um Programa Promotor de Saúde Mental Positiva em Adolescentes*”<sup>30</sup>; na tese de doutoramento de Amorim Rosa intitulada “*Literacia em Saúde Mental em Adolescentes. Desenvolvimento de um Instrumento de Avaliação*”<sup>31</sup>.

Salientamos a publicação de artigos que referem a utilização do grupo focal enquanto metodologia como é o caso de “*Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório*”<sup>32</sup> e “*Modelo de Intervenção Psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios Orientadores para a Implementação na Prática*”<sup>33</sup>

#### 4. ANÁLISE CRÍTICA DO DISCURSO

A análise de discurso, nas suas variadas vertentes, apresenta-se como um recurso de grande importância na investigação de processos sociais, dada a sua potencialidade para investigar questões, que envolvem aspectos subjectivos para a sua compreensão. Os objetos estudados no âmbito das Ciências Sociais necessitam de processo investigativo que considere os aspectos subjetivos como características essenciais à compreensão de fenómenos e por isso a citada análise torna-se de grande valor académico (Chaves, 2016).

A expressão análise de discurso tem suscitado uma série de equívocos em função da diversidade de significados atribuídos ao termo “discurso”. Tem sido comum a uma variedade de campos da Linguística que utilizam a expressão para identificar seu objeto de análise. Em 1950, Harris escreveu “Discourse Analysis”, texto que apontou para uma análise transfrástica da língua, propondo uma análise que parte da frase para o texto, descrevendo os fenómenos sintáticos-semânticos, e as relações que se estabelecem entre frases e períodos, formando uma unidade com sentido próprio. Esta perspectiva de

---

<sup>30</sup> Alves, S. (2018). Criação e validação de um programa promotor de saúde mental positiva em adolescentes. Obtido de ESEP - Dissertações de Mestrado: <http://hdl.handle.net/10400.26/25777>.

<sup>31</sup>Rosa, A. (2019). Literacia em Saúde Mental em Adolescentes. Desenvolvimento de um Instrumento de Avaliação.

<sup>32</sup>Rosa, A., Loureiro, L., & Sequeira, C. (2014). Literacia em saúde mental de adolescentes: Um estudo exploratório. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (spe1), 125-132. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S164721602014000100020&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S164721602014000100020&lng=pt&tlng=pt)

<sup>33</sup> Sampaio, F., Sequeira, C., & Canut, T. (2018). Modelo de intervenção psicoterapêutica em Enfermagem: Princípios orientadores para a implementação na prática clínica. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (19), 77-84. <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0205>.

abordagem rompeu com o modelo estruturalista vigente. Nesse período, Roman Jakobson (com a Teoria da Comunicação) e, principalmente, Émile Benveniste (apresenta a Teoria da Enunciação) introduziram novos paradigmas à concepção de análise da língua, o primeiro percebendo os fatores de condição da produção linguística, no que concerne à comunicação e o segundo investigando a natureza constitutiva da linguagem através do processo enunciativo (Melo, 2009). Sobretudo a Teoria da Enunciação de Benveniste redimensionou o olhar dado à língua. Para este teórico, a linguagem só ganha possibilidade na enunciação e nesta o sujeito deixa rastros discursivos; noção que foi frutífera para o limiar do que, em 1969, com a publicação de “Análise Automática do Discurso” (Analyse automatique du discours) de Michel Pêcheux, se passou a denominar de Análise do Discurso.

A Análise do Discurso consiste numa corrente desenvolvida maioritariamente em França e que trata a língua no seu processo histórico, atende a uma perspetiva não-imanentista e não-formal da linguagem e privilegia as condições de produção e receção textual, bem como os efeitos de sentido. O lexicólogo Jean Dubois e o filósofo Michel Pêcheux foram os primeiros grandes nomes da Análise do Discurso e vislumbravam a possibilidade de desenvolver investigações sobre as relações de poder que se estabeleciam politicamente no cenário social da época (Melo, 2009). Muitas pesquisas sociolinguísticas nesta época foram destinadas a descrever e explicar as variações de linguagem, mudança de idioma e as estruturas de interação comunicativa, com atenção limitada às questões de hierarquia social e poder. Neste contexto a atenção aos textos, sua produção e interpretação e sua relação aos impulsos e estruturas sociais, sinalizava uma diferença muito significativa no tipo de interesse. Os trabalhos de Fowler (1979), van Dijk (1985), Fairclough (1989) e Wodak (1989) serviram para explicar e ilustrar os principais pressupostos, princípios e procedimentos do que se tornaria conhecido como análise de discurso (Wodak & Meyer, 2001).

O princípio norteador da Análise Crítica do Discurso suporta-se na noção de que o discurso constitui e é constituído por práticas sociais, sobre as quais se podem revelar processos de manutenção e de abuso de poder; por isso, é função do analista crítico do discurso difundir a importância da linguagem na produção, na manutenção e na mudança das relações sociais de poder e aumentar a consciência de que a linguagem contribui para a dominação de uma pessoa sobre a outra, tendo em vista tal consciência como o primeiro passo para a emancipação (Melo, 2009).

Carvalho (2000) refere que a análise de discurso é uma designação comum a múltiplas formas de analisar a relação entre o sentido e a linguagem, bem como as suas repercussões sociais e políticas. Várias correntes têm sido desenvolvidas no âmbito das ciências sociais e no domínio da linguística.

A **análise do discurso** consiste em analisar a estrutura de um texto e, a partir desta análise, compreender as construções ideológicas presentes. O processo de análise discursiva tem a pretensão de interrogar os sentidos estabelecidos em diversas formas de produção, que podem ser verbais e não verbais, bastando que a sua materialidade produza sentidos para interpretação (Caregnato & Mutti, 2006). A análise de discurso trabalha com o sentido do texto, um sentido que não é traduzido, mas produzido.

A análise de discurso preocupa-se basicamente com o modo como a linguagem constrói o conhecimento, os objetos, os sujeitos, a subjectividade e o self, sendo a forma mais conhecida de análise de discurso o uso de fontes tais como os textos escritos, poemas, livros, transcrição de entrevista, artigos de jornais (Xavier, 2013, p. 67). Para Potter & Wetherell (1999) a análise do discurso proporciona relevantes desafios à investigação, fornecendo uma metodologia importante na interpretação de significados e descrições fornecidas pelos atores face aos seus próprios comportamentos. Contudo, não existem manuais com indicações que especifiquem ‘como fazer’ e ou ‘como interpretar’ as práticas discursivas. O domínio da análise de discurso é vasto e complexo, pelo que se percebe a difícil tarefa de se encontrar uma definição única e simples, surgindo diferentes perspetivas teóricas e diferentes orientações.

Fairclough (2001) referiu que o discurso é um conceito difícil devido à existência de várias definições formuladas a partir de diversas teorias e pontos de vista disciplinares, as quais ora entram em conflito, ora se sobrepõem. O discurso corresponde à dimensão textual, a qual tradicionalmente denominamos tópico, assunto, conteúdo. Contudo o conceito de discurso deverá ser considerado de modo a construir uma área de conhecimento que possa salientar que a sua participação no texto é mediada por construções particulares dessas mesmas áreas.

Fairclough (2001) no seu modelo tridimensional refere uma dimensão de análise textual (o foco no próprio texto, a forma como está construído), uma segunda dimensão associada à prática discursiva (o foco encontra-se no significado pertencente ao texto) e uma última

dimensão associada à prática social (o foco encontra-se na forma como o discurso reflete uma particular moldura social, cultural, política).

Na análise textual do discurso deverá considerar-se o significado em forma de palavras escritas ou faladas, tendo em conta o específico do texto: estilos particulares que produzam significado. A prática discursiva consiste na análise da produção, distribuição e consumo do texto. O discurso como prática social pretende averiguar como o texto é parte de uma ampla, estrutura social, sendo a linguagem entendida com a análise dos níveis práticos, sociais e culturais, que encerra o significado do conteúdo do texto. (Fairclough, 2001) (Xavier, 2013). A análise crítica de discurso não se resume apenas à análise de textos para se perceber as relações de poder, mas principalmente encontrar uma forma de análise que conecte a análise textual a contextos sociais mais amplos, mostrando que a linguagem participa em processos sociais (Xavier, 2013).

O modelo apresenta um caráter dinâmico possibilitando uma análise menos rígida, no entanto é importante ter algumas diretrizes de análise. O método de análise crítica do discurso como prática de texto, prática discursiva e prática social não requer a aplicação de guias rígidos. A escolha e sua aplicação dependerá das questões de pesquisa e do propósito do projeto. Na maioria dos discursos, as abordagens analíticas na investigação de caráter qualitativo não têm um procedimento fixo para a produção de material ou para a análise, o projeto de pesquisa deve ser adequado para corresponder às características especiais da investigação (Fairclough, 2001).

A **análise crítica do discurso** preocupa-se com a relação entre o discurso e a forma como as pessoas pensam ou sentem (subjetividade), o que podem fazer (práticas) e as condições dentro das quais ocorrem tais experiências (Nogueira, 2008). A ACD analisa uma prática social, interessando-se por problemas que as pessoas vivenciam no seu dia-a-dia em sociedade, procurando estratégias/recursos para que as pessoas consigam ultrapassar esses problemas (Cerqueira, 2015).

O nosso estudo centra-se no acompanhamento dos estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem no Ensino Clínico de Saúde Mental e Psiquiatria visando facilitar a aprendizagem mais adequada às situações na saúde e doença mental. Na perspectiva de Fairclough, o nosso problema social encaixa nas questões relacionadas com a educação em Enfermagem e onde se produz e desenvolve a vida social, designado de prática social.

A Análise Crítica Discurso dos verbatins das entrevistas dos focus group realizada aos estudantes, docentes e orientadores de ensino clínico do fenómeno em estudo, fomenta a formulação de significados grupais, contribuindo para a construção de uma matriz capaz de responder adequadamente ao problema identificado.

Apresentamos na figura seguida o modelo tridimensional da análise crítica do discurso proposto por Fairclough (2001) e aplicado à atual investigação.

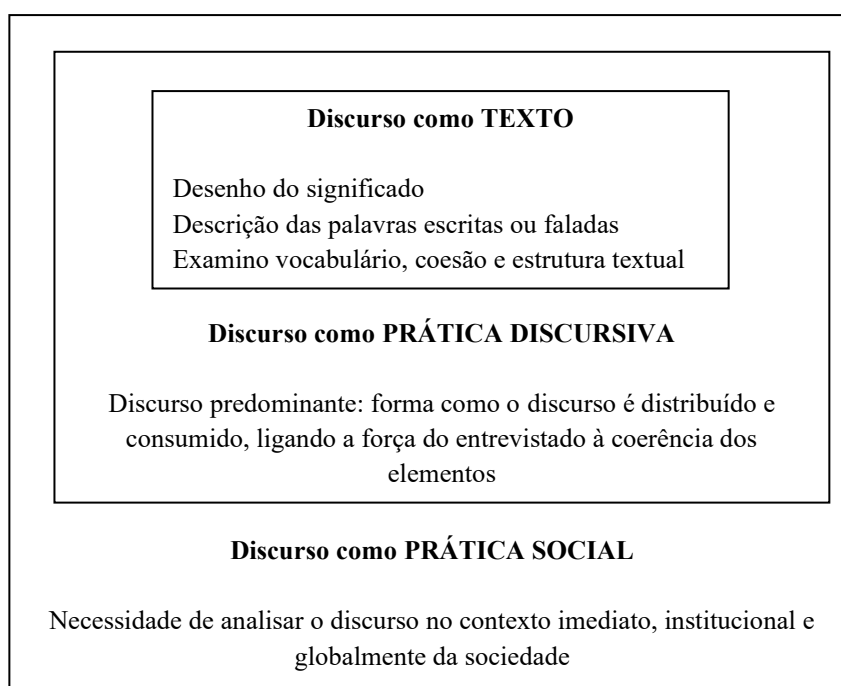


Figura 1 - Modelo tridimensional de análise crítica do discurso segundo Fairclough Fairclough Adaptado de: Fairclough, N. (2001). Critical discourse analysis as a method in social scientific research. In: Wodak, R. & Meyer, M. Methods of critical discourse analysis. London, 2001, pp. 101.

O modelo de análise do texto é pormenorizado em categorias. São categorias da análise textual: o vocabulário, a gramática, a coesão e a estrutura textual. O estudo do vocabulário trata das palavras individuais – neologismos, lexicalizações, re-lexicalizações de domínios da experiência, super-expressão, relações entre palavras e sentidos – e a gramática, das palavras combinadas em frases. A coesão trata das ligações entre as frases, através de mecanismos de referência, palavras de mesmo campo semântico, sinónimos próximos e conjunções. A estrutura textual refere-se às propriedades organizacionais do texto em larga escala, às maneiras e à ordem em que elementos são combinados (Fairclough, 2001).

Na análise das práticas discursivas, participam as atividades cognitivas de produção, distribuição e consumo do texto. Analisam-se também as categorias força, coerência e intertextualidade. A força dos enunciados refere-se aos tipos de atos de fala desempenhados; a coerência, às conexões e inferências necessárias e seu apoio em pressupostos ideológicos; a análise intertextual refere-se às relações dialógicas entre o texto e outros textos (intertextualidade) e às relações entre ordens de discurso (interdiscursividade) (Fairclough, 2001).

A análise da prática social está relacionada com os aspectos ideológicos e hegemônicos na instância discursiva analisada. Na categoria ideologia, observam-se os aspectos do texto que podem ser investidos ideologicamente, como os sentidos das palavras, as pressuposições, as metáforas, o estilo. Na categoria hegemonia, observam-se as orientações da prática social, que podem ser orientações económicas, políticas, ideológicas e culturais. Procura-se investigar como o texto se insere em focos de luta hegemónica, colaborando na articulação, desarticulação e rearticulação de complexos ideológicos (Fairclough, 2001).

As categorias analíticas propostas para cada uma das dimensões da Análise de Discurso podem ser agrupadas conforme o quadro seguinte.

Quadro 3: Categorias analíticas propostas no modelo tridimensional (adaptado de Fairclough, 2001)

<b>Texto</b>	<b>Prática discursiva</b>	<b>Prática Social</b>
Vocabulário	Produção	<b>Ideologia</b>
Gramática	Distribuição	Sentidos
Coesão	Consumo Textual	Pressuposições
Estrutura textual	Força	Metáforas
	Coerência	<b>Hegemonia</b>
	Intertextualidade	Orientações económicas, políticas, culturais, ideológicas

## **5. PROCEDIMENTOS PARA A COLHEITA DE DADOS**

Antes de iniciar a recolha de dados, foi solicitada autorização para a utilização do Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM), tendo os autores consentido na sua utilização, ficando salvaguardados os direitos de autor.

Foi solicitada revisão ética e parecer a Comissão de Ética de uma Escola da Região Sul de Portugal Continental, dando a conhecer a nossa investigação, o que se pretendia realizar na 1ª etapa e garantindo o cumprimento de todos os pressupostos éticos relativos a uma investigação científica, incluindo a confidencialidade das respostas e o anonimato dos participantes.

Após a obtenção das devidas autorizações por escrito, deu-se início à aplicação do Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICDM) que decorreu no período compreendido entre 19 de Fevereiro e 22 de Julho de 2018. O questionário é de auto-preenchimento, tendo sido solicitado na 1ª fase deste processo aos estudantes que tomassem nota do código que constava do instrumento para ser novamente utilizado aquando do preenchimento do questionário na 2ª fase, isto é, no final do ensino clínico.

Para a realização do Focus Group, foi solicitado parecer adicional à Comissão de Ética, dando a conhecer o que se pretendia realizar na 2ª etapa, sendo garantidos o anonimato e a confidencialidade bem como o respeito pelos princípios éticos em investigação.

Aos enfermeiros orientadores e aos professores foi fornecida informação e solicitado o preenchimento do Consentimento informado, livre e esclarecido, entregue antes do momento do Focus Group, garantindo que os dados seriam utilizados única e exclusivamente para o objetivo deste estudo, o anonimato dos participantes e a confidencialidade das respostas individuais, uma vez que, como em todos os processos de análise deste estudo, os dados serão agregados.

Após a análise dos dados do ICMD e através dos outputs produzidos, foi realizada uma análise estatística utilizando o test-t para amostras emparelhadas que na parte III (análise dos dados - apresentação e discussão dos dados estatísticos) do nosso trabalho explicitamos de forma mais detalhada, que nos permitiu identificar as diferenças estatisticamente

significativas entre os dois momentos de avaliação nas dimensões do instrumento e a ligação com os fatores do mesmo.

Os grupos focais foram realizados com cada um dos grupos de sujeitos, com a finalidade de discutir os resultados da primeira etapa, tendo sido colocadas duas questões abertas para comentarem o porquê desta mudança em ligação com os seguintes fatores:

- Pergunta 1: Que fatores podem estar subjacentes à mudança das crenças antes e após o Ensino Clínico, quanto aos fatores seguintes?

O 1.º fator, designado de incurabilidade, aponta para a crença da doença mental como tendo um carácter crónico e incurável, dependente da medicação, necessária para o controlo do doente. Indica a incapacidade desses doentes em desenvolver tarefas com alguma responsabilidade, pois são consideradas com tendo um reduzido nível de aptidões sociais, ao nível do trabalho e da responsabilidade face à família. No 2.º fator, designado de reconhecimento da doença, indica a crença numa visão não estigmatizante do doente mental, dado que estão associados à sua aceitação (qualquer pessoa pode sofrer de doença mental), à crença no tratamento (a doença mental tem tratamento), baseado na medicação como sendo eficaz e de sucesso se o diagnóstico for atempado e a intervenção feita precocemente, bem como na eficácia da reabilitação.

O 4.º fator, designado de perigosidade, que corresponde à crença nos doentes mentais como pessoas perigosas, dado o seu comportamento ser imprevisível e propenso à criminalidade.

- Pergunta 2: O que sugerem para ser mudado em ligação aos seguintes fatores:

No 3.º fator, designado de doença como causa de estigma e discriminação, está associada a crença pessoal do estigma e preconceito produzido pela doença nos circuitos sociais próximos do indivíduo portador dessa doença (família, amigos, colegas de trabalho).

O 5.º fator, designado de responsabilidade individual, remete para a crença na responsabilidade que o indivíduo tem pela manutenção da sua saúde.

No 6.º fator, designado como crença na doença como condição médica, como outras doenças, apelando para o uso de medicamentos no seu tratamento.

Foram realizadas 23 entrevistas a estudantes (8), a docentes (8) e a orientadores (7), às quais se seguiu a transcrição para verbatins.

Na identificação dos excertos das entrevistas de focus group que apresentamos e analisamos adiante, indicamos entre parêntesis qual o grupo a que pertence o entrevistado (estudantes, docentes, orientadores).

O verbatim das entrevistas foi objeto de Análise de Discurso, considerada simultaneamente teoria e método, representando “um conjunto relacionado de abordagens ao discurso, abordagens que acarretam não só práticas de recolha de dados e análise (questões metodológicas) mas também um conjunto de assunções metateóricas e teóricas” (Nogueira, 2008 p. 236). Temos em conta que a análise crítica de discurso trabalha com o sentido do discurso, heterogêneo, marcado pela história e pela ideologia, reconhecendo a sua relevância na construção da vida social. Procura captar a marca linguística, relacionando-a com o contexto nas suas diferentes dimensões (Caregnato, et al., 2006).

Para efectuar a análise crítica do discurso, existem diretrizes de vários autores representativos da análise crítica do discurso, dos quais referimos Potter & Wetherell (1999) e fundamentalmente Fairclough (2003), uma vez que estes autores centram a análise crítica no estudo das dimensões textuais das unidades linguísticas maiores do que a frase.

Nesta investigação procurámos perspetivar estratégias, no discurso dos participantes, que potenciem o desenvolvimento e desempenho dos estudantes neste contexto específico, recolhendo a compreensão que orientadores, estudantes e professores têm do processo, e entendendo-se como resultado esperando a identificação, caracterização e análise de estratégias utilizadas no processo de acompanhamento dos estudantes em ensino clínico, possibilitando a construção de uma matriz de acompanhamento, em ensino clínico de saúde mental e psiquiatria,

## **6. QUESTÕES ÉTICAS**

As considerações éticas adotam uma ordem crítica em investigação. Nesse sentido, os estudos devem ser forçosamente estruturados do ponto de vista ético e moral. A ética pode ser entendida como conjunto de aprovações e interditos que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para orientar a sua conduta (Fortin, 2009).

A responsabilidade ética é inerente à investigação científica. O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação. A pertinência do problema, a validade dos resultados para o desenvolvimento do conhecimento, a escolha da metodologia adequada aos instrumentos e processos de colheita de dados e as regras de publicação e divulgação dos resultados são todas etapas que em conjunto podem contribuir para o avanço dos conhecimentos científicos (Nunes, 2014).

Os investigadores têm a responsabilidade profissional de conduzir investigação que defenda princípios éticos sólidos e proteja os seres humanos. Os investigadores têm de obter o consentimento informado e a participação deve ser voluntária, portando apoiando o princípio do respeito pela autonomia. Devem assegurar aos participantes que a confidencialidade e o anonimato serão salvaguardados e que serão tratados com dignidade e respeito (Streubert & Carpenter, 2013).

Para a realização deste estudo foram tidos em conta diversos aspectos éticos, conforme descritos nos documentos que dirigimos a Comissão Especializada de Ética em Investigação nomeadamente, na Carta Convite aos participantes (Apêndice I) e o Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice II).

Cono guias do nosso estudo tivemos em conta o princípio da beneficência, para o próprio participante e para a sociedade; a avaliação da maleficência, avaliando os riscos possíveis e previsíveis; o princípio da fidelidade, estabelecendo confiança entre os participantes do estudo e os investigadores; o princípio da justiça, procedendo com equidade no tratamento de todos os participantes do estudo, sendo que todos os participantes tiveram acesso à natureza, finalidade e duração da entrevista; o princípio da veracidade, dizendo sempre a verdade e informando os participantes sobre os riscos e benefícios, neste caso fornecemos a todos os participantes uma carta convite e um consentimento livre e esclarecido, via email. Por fim o princípio da confidencialidade salvaguardando toda a informação recolhida durante o estudo e garantindo o anonimato dos participantes, os dados (áudio e verbatim) encontram-se na posse do investigador e preservados em lugar seguro (Nunes, 2020).

Na primeira etapa metodológica do estudo - Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) de Loureiro (2008), foi solicitado ao autor a utilização deste questionário

tendo o mesmo autorizado (Apêndice III). Nesta etapa, tivemos em consideração o respeito pelos direitos de autor, tendo sido importante o consentimento livre e esclarecido por parte dos estudantes, assim como garantimos o anonimato e a confidencialidade dos dados obtidos.

Na segunda etapa metodológica do estudo - focus group, durante a realização os participantes não foram tratados pelo nome de forma a não serem identificados na transcrição da entrevista ou na publicação dos resultados. Foi realizada uma codificação da seguinte forma: Ae (participante A – focus group estudantes); Ad (participante A – focus group docentes); Ao (participante A – focus group orientadores), não correspondendo a fase temporal em que decorreram. É de referir que nos excertos, colocamos a página e as linhas correspondentes a cada participante [ex: Ad 2(página); 14-18 (linhas)].

É importante salientar que todos os participantes tiveram a liberdade de desistir da participação do estudo a qualquer momento.

Realizámos a transcrição total das entrevistas de focus group e fomos fiéis ao que foi referido pelos participantes. Mostrámos disponibilidade para esclarecer quaisquer dúvidas e/ou dificuldades por parte dos participantes. Realizámos somente questões com interesse para o estudo, respeitando a não resposta de alguns parceiros e o não envio de alguns documentos inacessíveis. Assegurámos o sigilo, quer relativamente aos participantes, quer relativamente às instituições. Garantimos a divulgação dos resultados, quer no decorrer da investigação, quer no seu término. Optámos pela não colocação dos verbatins das entrevistas de focus group em apêndice dada a probabilidade dos entrevistados poderem ser identificados.

Numa perspetiva global do nosso estudo tivemos em conta os princípios éticos de

### ***Respeito pela autonomia da pessoa***

A pessoa seleccionada a participar na investigação tem o direito de decidir livre e esclarecidamente, de participar ou não do estudo em causa. O consentimento livre e esclarecido implica que a pessoa previamente tenha sido informada sobre a investigação, com toda a informação essencial, tendo a garantia que compreendeu bem o que a sua participação envolve, podendo em momento algum cessar de participar no estudo, sem qualquer prejuízo para o próprio (Fortin, 2009).

De forma a cumprir este princípio, respeitámos os direitos dos participantes, garantindo o respeito pela autodeterminação, tendo tido os participantes o direito de decidir se queriam ou não participar no estudo, foi solicitada a participação voluntaria através do envio de um e-mail para os participantes, sobre qual o objetivo do estudo e quais os fins do mesmo. Foi expresso que poderiam abandonar o estudo a qualquer momento e a forma de o fazerem

### ***Respeito pela vida privada e pela confidencialidade das informações pessoais***

Este princípio envolve os direitos à intimidade, ao anonimato, à privacidade e à confidencialidade. O direito à reserva da vida privada confere à pessoa o poder de decidir sobre a informação de natureza pessoal, relativas às atitudes, valores, crenças ou opiniões, que o mesmo deseja tornar público. Qualquer transmissão destas informações a terceiros sem o consentimento da pessoa é uma violação dos seus direitos (Fortin, 2009).

Em virtude do direito à reserva da vida privada, o participante tem o direito ao anonimato, devendo o investigador salvaguardar que as informações prestadas se manterão confidenciais, e que a identidade do participante não poderá ser descoberta por nenhum meio. A garantia da confidencialidade, relaciona-se com a gestão das informações providenciadas, sendo da obrigação do investigador manter as informações confidenciais durante todo o processo de investigação e após o mesmo (Fortin, 2009).

A confidencialidade e o anonimato foram assegurados através da ocultação dos dados dos participantes, sendo que todas as variáveis estudadas foram analisadas e apresentadas de forma agregada, de modo a não permitir a identificação dos participantes. No que diz respeito ao tratamento da informação foi igualmente, assegurada a confidencialidade e o anonimato.

### ***Respeito pela justiça e pela equidade***

Este princípio remete para o tratamento justo e equitativo dos participantes, antes, durante e após a investigação, o que remete para a obrigação de não estabelecer nenhuma discriminação entre os participantes, bem como a sua escolha deve estar ligada a investigação em si e não fundada por questões de conveniência. O investigador deve assegurar que as pessoas são informadas sobre a finalidade, a duração e os métodos a empregar durante a investigação (Fortin, 2009).



## **PARTE III – RESULTADOS DA INVESTIGAÇÃO**



## 1. APRESENTAÇÃO DOS DADOS

*(...) “esta fase inclui a colheita dos dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados. Para fazer isto, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos, análises de conteúdo. Em seguida, passa-se à interpretação, depois à comunicação dos resultados”.*  
(Fortin, 2003, p.41)

### 1.1. Discussão dos dados estatísticos

Para verificar a influência do Ensino Clínico de Saúde Mental e Psiquiatria nas crenças dos estudantes sobre a doença mental foi utilizado o teste t para amostras emparelhadas.

Como pode ser observado na tabela 1, os resultados do teste revelam diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação em três fatores do instrumento: fator 1 - ‘Incurabilidade’, ( $t_{(47)} = 2,070$ ;  $p=0,044$ ); fator 2 - ‘Reconhecimento da doença’ ( $t_{(47)} = 2,986$ ;  $p=0,004$ ); fator 4 – ‘Perigosidade’ ( $t_{(47)} = 2,092$ ;  $p=0,042$ ). Para além destas três fatores, verificou-se também que as diferenças eram estatisticamente significativas para o score total do ICDM, ( $t_{(47)} = 2,722$ ;  $p=0,009$ ).

Nos três fatores (fator 1 – Incurabilidade; fator 2 - Reconhecimento da doença; fator 4 – Perigosidade) e no score total, as médias de pontuação obtidas pelos estudantes antes da realização do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria são superiores às observadas após a sua realização, traduzindo um efeito positivo do contacto com os doentes e os contextos psiquiátricos, na melhoria das crenças relativamente aos doentes e às doenças mentais. Para avaliar o significado ou a importância prática dos resultados das diferenças encontradas entre os dois momentos (médias), como complemento ao teste de significância da hipótese nula, foi calculado o *effect size*, com recurso ao teste d de Cohen. Os resultados permitem verificar que tanto nas três dimensões onde se verificaram

diferenças estatisticamente significativas, como para o score total do inventário, os efeitos observados são pequenos ( $d < 0,5$ ).

Nos restantes fatores: fator 3 - Doença como causa de estigma e discriminação; fator 5 - Responsabilidade individual; fator 6 - Doença como condição médica, as diferenças observadas parecem dever-se ao acaso amostral, não existindo realmente na população ( $p > 0,05$ ).

Tabela 1 - Testes de diferenças entre os scores do ICDM pré e pós realização do Ensino Clínico de Saúde Mental e Psiquiatria (n=51)

Dimensões do ICDM	Pré Média±DP	Pós Média±DP	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i> **
1. Incurabilidade	25.71±4.78	24.13±6.39	2.070	.044*	0,299
2. Reconhecimento da doença	51.10±3.51	48.89±5,10	2.986	.004*	0,432
3. Doença como causa de estigma e discriminação	17.63±3.95	16.25±4.14	1.942	.058	—
4. Perigosidade	18.90±4.50	17.41±5.70	2.092	.042*	0,302
5. Responsabilidade individual	15.08±3.60	14.94±4.28	.287	.775	—
6. Doença como condição médica	26.58±3.12	26.75±.65	-.305	.751	—
Total	155.00±13.58	148.38±18.99	2,722	.009*	0,393

\* Diferenças significativas para um erro tipo I de 0.05; \*\* d de Cohen

No estudo realizado por Gil (2010) sobre Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, no que se refere às crenças dos estudantes de Enfermagem antes da influência da experiência prática, do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, verificaram -se diferenças estatisticamente significativas no 2º fator, designado “reconhecimento da doença” e no 6º fator, designado “crença na doença como condição médica, como outras doenças”. Gil (2010) refere que estes resultados remetem-nos para o facto de os estudantes de Enfermagem exprimirem uma visão não estigmatizante da doença mental, associada à aceitação da doença e à crença no tratamento e na reabilitação se o diagnóstico for atempado.

Num estudo realizado por Loureiro (2008), embora num contexto diferente que integrou uma amostra de indivíduos da população em geral, as crenças mais valorizadas foram o 2º fator, designado “reconhecimento da doença” e o 6º fator, designado como “crença na doença como condição médica”.

Relativamente às restantes crenças, os valores apontam, de um modo geral, para a discordância, sendo mais vincada na crença da Doença como causa de Estigma e Discriminação, o que torna evidente que, ao nível desta crença, os estudantes de Enfermagem não crêem que as doenças mentais, por si só, sejam causa de estigma e discriminação (Gil, 2010).

Estes resultados são confirmados por alguns estudos (Crocetti et al., 1974; Olmsted e Durham, 1976; Goerg et al., 2004; Loureiro, 2008) que, contudo, também apontam para a manutenção de mitos vinculados por crenças na perigosidade e incurabilidade das pessoas com doenças mentais.

Gil (2010) afirma que os resultados alcançados no seu trabalho podem ser compreendidos pelo facto dos estudantes do 3º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem já terem adquirido conhecimentos teóricos sobre esta temática na unidade curricular de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria leccionada no 2º ano e que, poderão ter contribuído para uma visão menos estigmatizante em relação às doenças e doentes mentais, ainda assim, os estereótipos da perigosidade, incurabilidade e responsabilidade individual são acentuados. Gil encontrou, quanto às crenças dos estudantes de Enfermagem, relacionado com a influência da frequência do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, diferenças estatisticamente significativas, no 2º fator, designado “reconhecimento da doença”, no 3º fator, designado “doença como causa de estigma e discriminação”, no 4º fator, designado “perigosidade” e no 6º fator, designado “crença na doença como condição médica”.

Estes resultados estão de acordo com os achados de estudos em que a formação influenciou positivamente os estudantes relativamente às crenças discriminatórias, (Wes Shera e Delva-Tauiliili, 1996; Penn et al., 1999; Corrigan et al., 2001 Madianos et al., 2005), que as crenças relativas à imprevisibilidade e perigosidade associadas ao doente mental se revelaram menos intensas, logo, menos estigmatizantes.

O modelo proposto por Corrigan et al. (2001) apontou, também, no sentido da crença na Perigosidade das pessoas com doenças mentais diminuir substancialmente com o nível de contacto (Gil, 2010). O mesmo autor refere que os resultados obtidos no seu trabalho iam, ao encontro do que tinha sido reforçado por Corrigan e Penn (1999) quando salientaram

que as estratégias educacionais têm resultados mais positivos quando associados ao contacto directo com os indivíduos portadores de doença mental (Gil, 2010).

No quadro seguinte apresentamos a síntese de resultados do nosso estudo, pelas dimensões do ICDM e os resultados obtidos.

Quadro 4: Síntese de resultados ICDM

<b>Dimensões do ICDM</b>	<b>Resultados obtidos</b>
1. Incurabilidade	Diferenças estatisticamente significativas
2. Reconhecimento da doença	Diferenças estatisticamente significativas
3. Doença como causa de estigma e discriminação	
4. Perigosidade	Diferenças estatisticamente significativas
5. Responsabilidade individual	
6. Doença como condição médica	
Score total do ICDM	Diferenças estatisticamente significativas

## **1.2. Analisando os Discursos**

Na segunda etapa, a análise dos achados produzidos esteve na base os discursos proferidos nos focus group. O guião de questões foi organizado com duas perguntas abertas. Num primeiro momento, realizámos a transcrição literal dos discursos produzidos. Estes verbatims foram alvo de análise crítica de discurso, na sequência do qual se escolheu um conjunto de recortes, como expressão dos conteúdos empíricos mais relevantes do construto em elaboração.

Como referido, realizamos três focus group em momentos diferentes - o primeiro, a oito estudantes que vivenciaram o Ensino Clínico de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria no ano lectivo (2017/2018) e que aos quais, na primeira fase do nosso estudo fora aplicado o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) no início do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e no final desse mesmo ensino clínico, seis semanas depois.

O segundo focus group teve a participação de oito docentes de Enfermagem de Escolas públicas, cinco dos quais doutorados em Enfermagem, todos com o título profissional de

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica e experiência de lecionação há mais de 10 anos.

O terceiro focus group teve a participação de sete orientadores de Ensino Clínico com enfoque na pessoa adulta e idosa com processos de saúde/doença mental, seis com título profissional de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, quatro exercendo funções na área dos comportamentos aditivos e dependências, um na área comunitária e dois em unidades de internamento de psiquiatria de agudos.

Realizámos análise crítica de discurso tendo em consideração que esta não exige uma utilização de guias rígidos, devendo as técnicas utilizadas servir as questões e os objetivos de cada projeto de investigação. Escolhemos o Modelo de análise de discurso de Norman Fairclough, recorrendo às suas principais ideias e técnicas de análise, entendendo que o “carácter dinâmico do modelo isenta a necessidade de implementação de um modelo rígido de análise, uma vez que poderia comprometer a característica analítica do mesmo. Porém, se não surgissem directrizes de análise, poder-se-ia inculir uma faceta apenas teórica, fugindo dessa forma à essência da ACD” (Xavier, 2013, p. 73).

Procedemos seguidamente à apresentação e análise dos excertos, sendo os focus group apresentados pela seguinte ordem: estudantes, docentes e orientadores. Dentro de cada um, os participantes serão identificados por letras (A; B; C...) e de forma aleatória previamente codificada. Todos os excertos estão identificados relativamente ao grupo a que pertencem da seguinte forma: Ae (participante A – focus group estudantes); Ad (participante A – focus group docentes); Ao (participante A – focus group orientadores), não correspondendo a fase temporal em que decorreram. Relembrar que nos excertos colocamos a página e as linhas correspondentes a cada participante, de acordo com os verbatins (ex: Ad 2(página); 14-18(linhas)). As palavras sublinhadas referem-se às palavras que foram pronunciadas com maior ênfase/destaque e as palavras a negrito são as palavras principais identificadas na análise realizada.

Cada focus group foi iniciado de forma semelhante, com uma nota introdutória relacionada com os resultados obtidos após o preenchimento do inventário de crenças e valores, antes e após o Ensino Clínico dos estudantes.

### ***1.2.1. Análise textual***

Fairclough (2003) refere como principal foco nos itens da análise textual, recomendados no modelo de análise, o vocabulário, a gramática, a coesão e a estrutura textual. A análise textual envolve ainda: as propriedades analíticas dos textos ligadas à função interpessoal da linguagem e aos significados interpessoais, como o controle interacional, a modalidade, a polidez e o ethos, e os aspectos ligados à função ideacional e aos significados ideacionais, como os conectivos e argumentação, a transitividade e tema, o significado de palavras, a criação de palavras e a metáfora (Fairclough, 2001).

Parker (2002) refere que explorar as características comunicativas implica um trabalho de busca e reconstituição dos discursos, no seu sentido de agregados de afirmações que constituem um objeto, no seu sentido de formações discursivas.

Um trabalho deste tipo implica a realização de uma análise crítica do discurso que não se esgote em procedimentos de retórica, de formatação do próprio discurso, mas antes pretende procurar as características comunicativas que os mesmos apresentem, implicando uma abordagem compreensiva, que no momento das entrevistas, convivem e se unem para darem sentido a um determinado significado (Xavier, 2013).

**Pergunta 1:** Que fatores podem estar subjacentes à mudança das crenças antes e após o Ensino Clínico, quanto aos 3 fatores seguintes: (fator designado de incurabilidade; fator designado de reconhecimento da doença; fator designado de perigosidade).

Apresentamos os aspetos mais relevantes relativamente a cada um dos elementos: vocabulário (1); gramática (2); coesão (3) e estrutura textual (4).

O **vocabulário** trata essencialmente das palavras individuais e relativamente a ele, considerámos relevante abordar o significado, a criação de palavras e a metáfora.

Elegemos determinadas palavras para expressar um ou mais significados e atribuímos um ou mais significados a determinadas palavras. A escolha de certas palavras em detrimento de outras como, por exemplo, quando conferimos significado por meio de uma metáfora, pode ser reveladora de questões ideológicas e hegemónicas (Cerqueira, 2015).

## FOCUS GROUP ESTUDANTES

*“Controlava-se alguns, mas não dava para controlar todos. Lembro-me num senhor concreto que tinha esquizofrenia diagnosticada, ainda era um senhor jovem a rondar os 27, 30 anos e ele já fazia toda a terapêutica, fazia também ECTs, os sintomas negativos já eram tão presentes que já não dava para controlar completamente a doença, portanto, aí o tratamento é eficaz até acho que até a um certo ponto, mas estava controlada”* (De 3; 14-18).

*“Eu queria falar relativamente á questão da **doença mental ser incurável**. Antes do ensino clínico a ideia que eu tinha da **doença mental é que era**, que nós podíamos relacionar com outro tipo de doenças, mas que para o tratamento dessa doença tinha que ser mais prolongado”* (Ce 7; 13-17).

## FOCUS GROUP DOCENTES

*“(...) fiquei agradavelmente surpreendida. E feliz até mesmo, porque os estudantes conhecem a doença mental como doença crónica. E que a maior parte de todos nós sabemos, que a maior parte das doenças mentais são doenças crónicas. A crença no tratamento e na eficácia do mesmo, que isto é **bastante positivo** e todos nós sabemos que ou acreditamos quando estamos a investir num doente em que exerce cuidados ou ele não tem a mesma eficácia e, portanto, isto é um belíssimo, a meu ver (...)”* (Ed 5; 01-06).

## FOCUS GROUP ORIENTADORES

*“A perigosidade é talvez o saber estar com o doente, o saber lidar com o doente, aperceber que podem conversar com estes doentes, estar com estes doentes (...)”* (Ao 2; 19-20).

*“(...) o tempo que é passado com, com o doente acho que sim, que é o, que é o, o fator principal para haver esta, esta mudança, é importantíssimo”* (Co 5; 08-09).

A **gramática** trata essencialmente das palavras combinadas em orações e frases e relativamente a ela, considerámos relevante abordar o tema (Cerqueira, 2015, p. 194). Os excertos apresentados dizem respeito às questões ligadas a perigosidade.

## FOCUS GROUP ESTUDANTES

*“Eu acho que me identifico um bocadinho mais com o fator 4. Eu realizei ensino clínico numa equipa de tratamento e acho que a perigosidade nas toxicodependências é, nós fazemos sempre juízos de valor e associamos muito a um tipo de pessoas. E depois de estar 6 semanas a trabalhar e em contacto com essas pessoas percebi que não” (Ae 2; 18-20).*

*“Eu também, é assim eu também notei isso, que não são assim tão perigosos como se pensa, mas se estiverem controlados porque eu tinha lá pessoas com um historial de (violência), de hetero agressividade, quando não tinham, quando não tomavam a medicação ou não estavam devidamente, eu não quero dizer controlados (De 3; 07-10).*

*(...) a minha visão, a minha perspetiva da pessoa com a doença mental mudou a visão que eu tenho de uma pessoa com uma doença mental” (De 3; 24-25).*

*“(...) por isso na questão da perigosidade é assim, foram vários os momentos que vivenciei de alguma agressividade mesmo para os profissionais. Em que houve momentos em que tivemos que saber dar 2 passos atrás e utilizar outras estratégias (...) (Ge 5; 16-18).*

*“Depois também tive oportunidade de ir às consultas externas e ao hospital de dia e isso já não acontecia porque eram doentes que estavam medicados, eram acompanhados diariamente e de todo não eram perigosos, estavam, eram pessoas completamente normais” (Ge 5; 21-24).*

*“(...) isto fez também que eu mudasse a minha forma de ver, porque antes eu pensava que não haveria cura e que as pessoas iriam eternamente continuar, mas não (...)” (Fe 6; 28-30).*

*“(...) toda esta minha mudança de crenças do início para o fim, foi pelo feedback das pessoas e por aquilo que eu também fui conseguindo perceber das pessoas que fui acompanhando” (Fe 7; 11-13).*

*“(...) a toxicodependência está diretamente relacionada com a agressividade. Depois do estágio percebi que isso não é verdade, acontece sim às vezes nomeadamente quando as pessoas estão com o síndrome de abstinência ou até quando consomem, mas, o que acontece com a maioria das pessoas com quem, com quem eu tive oportunidade de prestar cuidados é que elas conseguem perfeitamente ter uma vida normal como qualquer um de nós (...)” (Be 8; 04-09).*

*“(...) eu fiquei ainda mais com a crença de que é necessário mesmo investir na saúde mental nas escolas e junto nos mais jovens” (Ee 8; 29-30).*

*“E até mesmo parar o estigma de que, em termos de pedir ajuda no futuro, que não é só a parte dos maluquinhos e que vão por num asilo qualquer e que fique lá internada num buraco e que nunca mais sai” (Ee 9; 05-07).*

*“(...) pelo menos no internamento onde eu estive, é que as pessoas tinham uma rotina e, de certa forma eram obrigadas a cumpri-la por estarem num internamento (...)” (De 9; 23-25).*

*“(...) mas acho que aquelas rotinas eram importantes para eles (...)” (De 9; 17-18).*

*“Eu penso que sim. Eu acho, e depois também eu acho que certas actividades que podíamos realizar com as pessoas, que acho que isso, não era, não se procurava tanto fazer também eram importantes depois para o futuro. Mas isso, mas pronto. É inicialmente isso” (De 9; 20-23).*

#### FOCUS GROUP DOCENTES

*“(...) ligação direta com a vivência da experiência do ensino clínico pelos estudantes e por tanto a maior parte das vezes os estudantes, apesar de um contexto teórico ser muita abordada a questão da estigmatização, da gestão do estigma etc, eles vão de alguma forma com um conjunto de crenças pré-concebidas para os contextos de ensino clínico. Depois quando acompanham os, os utentes, quando estabelecem uma relação de ajuda com eles, começam a perceber que efectivamente algumas das crenças que eles tinham não se, não se verificavam e, portanto, penso que a relação que eles estabelecem com os utentes” (Ad 2; 12-18).*

*“(...) o que é facto é que a tomada de contacto com a realidade confirma, muitas vezes, ou os medos, ou os estigmas que os estudantes tem e depois, a relação com o utente, o apoio que os profissionais dão, servem para, para modificar essa ideia com que (...)” (Cd 3; 04-07).*

*“(...) a etapa teórica por si não é suficiente, para aquilo que possam ser os pré-conceitos que os estudantes do CLE tem relativamente a estas dimensões se possam transformar. Posto isto, segunda ideia a imersão que os estudantes fazem no contexto de ensino clínico*

torna-se fundamental. Mas, esta imersão por si só, na medida igualmente fundamental no acompanhamento significativo quer por parte dos orientadores, quer dos professores e quando digo significativo digo na perspetiva de ir oferecendo um significado para as experiências que os estudantes vão tendo” (Gd 6; 24-31).

#### FOCUS GROUP ORIENTADORES

“(...) esta mudança da forma do, do aluno encarar este tipo de utentes. É isso exactamente a, à experiência que tem, não é, o contacto que tem com, com estes utentes (...)” (Bo 3; 04-05).

“(...) de início tem haver exactamente com os tais pré-conceitos que as pessoas estão habituadas na, na, na generalidade a ter relativamente a este tipo de utentes” (Bo 3; 10-11).

“A toxicodependência é uma doença que, é crónica não é, portanto, os alunos também percebem isso, não tem cura, e, mas acho que eles conseguem lidar muito bem com isso, e mudam exactamente a forma de, de pensar relativamente aos nossos utentes que eu acho que é o mais importante” (Bo 3; 25-28).

A **coesão** refere-se à ligação entre as orações e as frases, quando uma oração elabora o sentido de uma outra, trazendo maior especificação ou descrição desta outra oração realçando o significado de outra, qualificando-a relativamente ao tempo, lugar, modo, causa ou condição (Fairclough, 2001).

A análise dos dados permite-nos destacar uma considerável coesão dos tópicos discursivos, sendo possível mencionar que após a leitura dos dados, estes mostram que as partes constituintes do texto são relacionadas pelos participantes com conexões e inferências relevantes, as quais originam leituras coerentes (Xavier, 2013).

#### FOCUS GROUP ESTUDANTES

“(...) tinha um pensamento que mudou face ao meu estágio, ao meu ensino clínico, porque pronto, era um estigma que eu tinha dantes que percebi que não era justificado porque consegui lidar com as pessoas e, o bicho papão que passam da pessoa com doença mental não é assim (...)” (De 3; 28-31).

“(…) eu apanhei pessoas, prestei cuidado a pessoas que achavam-se elas próprias perigosas e que não aceitavam a doença ou que nem se quer tinham noção da doença e trabalhar estes fatores com elas para a situação da doença, saber que são pessoas que levam uma vida normal, a medicação, se não estiver a fazer, se não for ajustada ajusta-se, que a pessoa consegue levar uma vida como todas as outras, trabalhar isto com as pessoas também fez **trabalhar um bocadinho comigo** e também, foi de encontro a essas mudanças” (He 5; 01-06).

“Acho que é a mesma perspetiva relativamente ao, à curabilidade e ao tratamento, acho que é a mesma coisa. Acho que foi um bocadinho **ver essas duas realidades**, fez-me perceber e desvendar um bocadinho essas crenças” (Ge 5; 26-29).

“Com o contacto com as pessoas eu consegui perceber e também pelo feedback delas, ou seja, delas reconhecerem, elas próprias reconhecerem que tinham uma patologia, que tinham uma dependência e que precisava de ser tratada **fez me mudar um bocadinho esta visão**” (Fe 6; 15-18).

“(…) Relativamente à perigosidade (...) conseguia perceber bem a síndrome de abstinência que estava explícito na pessoa e que se conseguia ver pelas atitudes que tinham, às vezes a agressividade com que falavam. Não era uma coisa que as pessoas quisessem era uma coisa tão involuntária que as pessoas acho que nem se apercebiam mas era perceptível para quem lá estava mas acho que esta perigosidade se calhar no início pode ser, mais fácil de ver porque as pessoas não estão controladas neste sentido, a falta da substância (...)” (Fe 7; 1-8).

“sempre achei que a doença mental que o que o tratamento tinha que ser prolongado ao longo da vida fosse o tempo que demorasse esse tratamento. E com o ensino clínico eu tive em contexto ambulatorio e também pude perceber isso ou seja, com o tempo as pessoas iam, ia havendo aquela reabilitação e a recuperação da pessoa, ou seja, com todas as estratégias que as pessoas iam desenvolvendo, estratégias de coping com toda a medicação ou seja a adesão à medicação era muito importante foi algo que eu vi que era mesmo muito importante no, na recuperação da pessoa e, ou seja, eu não fiquei com a ideia que a doença mental que era incurável, ou seja, a doença mental pode ser tratada” (Ce 7; 20-28).

## FOCUS GROUP DOCENTES

*“O contexto da relação e o contexto, e o contexto do estigma leva de alguma forma, que os estudantes levam para a EC nesta vivencia acabam por, pronto, mudar e transformar aqui esta forma de pensar” (Bd 2; 29-31).*

*“(...) realidade, **antes** tem a imagem da comunicação social, dos jornais, dos filmes e **depois** chegam ao contacto com a realidade, independentemente daquilo que é transmitido em, na sala de aula, ainda mesmo assim haverá alguma resistência (...)” (Cd 3; 11-13).*

*“(...) eu tenho aqui que dar os parabéns a quem acompanhou estes estudantes. Que eram os **colegas da clínica**, que fazem parte do ensino e que acompanharam, e que organiza os estudantes na prática, quer **aos estudantes**, quer **aos colegas da escola** que de alguma forma supervisionaram este, este ensino clínico” (Fd 6; 01-04).*

*“(...) no ensino clínico há lugar, ao reconhecimento da humanidade do outro, ou seja, a proximidade. Até mesmo a uma familiaridade com as suas trajectórias de vida. Há lugar a uma compreensão do outro, quer do outro em si, quer da própria doença (...)” (Gd 7; 01-04).*

*“(...) eu acho que isto nos vem dizer que realmente o ensino clínico é um contexto muito importante em termos de aprendizagem, não só o teórico e o teórico-prático, ou as práticas laboratoriais não conseguem dar resposta, portanto este processo vivencial de que o sujeito F, não G, falou antes de mim” (Hd 8; 05-08).*

*“(...) do ensino clínico um olhar e a percepção e a compreensão, as crenças e as representações que existem, sobre estas dimensões são predominantemente pessoais e individuais. Tem haver no seu papel, pessoal, que, se foram construindo, não com base na construção deste papel profissional que lhes permite desenvolver um novo olhar” (Hd 8; 11-14).*

*“(...) para todos os estudantes, esta foi uma experiência fundadora. Que mudou lógicas de vida, mas talvez seja possível consensualizar-mos que, esta é para todos os estudantes uma experiência formativa, que se torna para alguns fundadora” (Gd 11; 01-03).*

“ (...) o conhecimento realmente, é uma experiência formadora, eu acho que, é, é tão formadora que quando chegamos, conseguimos perceber que há alguns estudantes quando acabam a sua licenciatura optam e é, optam mesmo, por ir trabalhar para unidades de saúde mental e psiquiatria, coisa que, aqui alguns anos isto não acontecia, portanto, isso certamente há de haver alguma mudança” (Ed 11; 01-03).

#### FOCUS GROUP ORIENTADORES

“(…) eu acho que tem a ver com, com a primeira parte de quebrar uma barreira daquilo que é o estigma do estudante que tem, da ideia pré-concebida, que tem antes de entrar dentro dum, no contacto com este tipo de doentes. O estágio, talvez seja das, 6 semanas, é das poucas coisas que consegue, é desmistificar um pouco a pré, a ideia pré-concebida (...)” (Ao 02; 12-16).

“E o que eles nos referem é que, efectivamente, o pré-conceito que traziam foi alterado. Eles perceberam que, o utente toxicodependente e alguns com, com patologia psiquiátrica também, não são assim tão perigosos como, como eles pensavam (...)” (Bo 03; 15-18).

“(…) o pré-conceito e o estigma que as pessoas trazem sobre a doença mental e ao experienciarem o contacto com essas pessoas no serviço de internamento conseguem perceber, (...)” (Do 04; 16-18).

“ (...) trazem consigo muito aqueles pré-conceitos que provavelmente a grande maioria da sociedade tem, tem concebidos e o que acontece, o que se vai verificando no decorrer dos estágios e das 6 semanas que eles passam no serviço é, um bocadinho o desmontar esses pré-conceitos, o que permite depois haver esta, esta alteração nestes fatores que são aqui enumerados” (Co 04; 24-28).

“(…) quando entrarem aqui tentem mudar um bocadinho as lentes dos vossos óculos da forma como olham para estas pessoas. E é um pouco isto, é logo de forma inicial tentar desconstruir, todos os, aqueles mistérios relacionados com, com a doença mental, com as pessoas, a tal perigosidade, e por isso as pessoas, os estudantes têm a oportunidade através das actividades terapêuticas desenvolvidas na, na unidade, irem desconstruindo estas ideias erradas. Portanto esta é a minha opinião e acho que temos um papel muito

importante enquanto orientadores na, na, nesta, ao promover também o pensamento reflexivo dos estudantes” (Ho 07; 13-20).

A **estrutura textual** dos discursos destaca-se pela construção das expressões utilizadas, com pausas ou expressões como (uhm...uhm...uhm; sim; claro; pois) e que reforçaram a ligação ao conteúdo transmitido. As descrições foram relativamente longas, não se prendendo num tópico único, mas percorrendo uma série de tópicos interligados em ligação às questões colocadas e questionámos, antes do término de cada focus group, se pretendiam acrescentar algo mais ao seu discurso.

#### FOCUS GROUP DOCENTES

“o acompanhamento que tem pelo o orientador de ensino clínico e a vivência do contexto, numa, num momento real pode estar a influenciar de facto esta mudança de pensamento de crença e valor no estudante” (Ad 2; 19-21).

“(...) a vivência, a vivência do, do contexto, do contexto em ensino clínico traga aqui alguma, alguma novidade face à crença do que é, do que é a doença mental e também, estou a pensar até relativamente às últimas experiências, a esta noção de, da perigosidade” (Bd 2; 24-27).

“(...) exigem também profissionais de saúde que conseguem realmente transformar o olhar, sobre estas pessoas que tem estes problemas e sobre a compreensão também a nível da sintomatologia, portanto a agressividade associada à perigosidade, é olhada de uma outra forma do ponto de vista enquanto uma manifestação de um sintoma de uma determinado doença em si (...)” (Hd 2; 19-23).

#### FOCUS GROUP ORIENTADORES

“(...) O que eu verifico é que realmente, na intervenção, os estudantes acabam por fazer, uma desconstrução porque este, as dinâmicas que são relacionadas com as crenças com o estigma da, da saúde mental, a nível escolar acabam por também ser, não só para a turma mas acabam por o estudante, acaba por receber esse contributo (...)” (Go 5; 12-16).

*“(...) convivência diária na comunidade terapêutica no dia a dia, os alunos percebem que os próprios residentes têm uma gestão de conflitos e também gestão, das doenças, das manifestações das doenças e seja das comorbidades, seja dos comportamentos de adição, que, que as pessoas na comunidade tão ali para trabalhar, para se aperceberem deles, para mudar, para tentar mudar, portanto, a própria dinâmica da comunidade terapêutica e os, os, os alunos assistirem a isto (...)” (Eo 6; 20-25).*

**Pergunta 2:** O que sugerem para ser mudado em ligação aos seguintes fatores?

fator designado de doença como causa de estigma e discriminação, está associada a crença pessoal do estigma e preconceito produzido pela doença nos circuitos sociais próximos do indivíduo portador dessa doença família, amigos, colegas de trabalho;

fator designado de responsabilidade individual, remete para a crença na responsabilidade que o indivíduo tem pela manutenção da sua saúde;

fator designado como crença na doença como condição médica, como outras doenças, apelando para o uso de medicamentos no seu tratamento

Apresentamos os aspectos mais relevantes relativamente a cada um dos elementos: vocabulário (1); gramática (2); coesão (3) e estrutura textual (4).

## FOCUS GROUP ESTUDANTES

### O vocabulário

*“(...) relativamente, ao estigma e ao preconceito, ou seja, a doença como causa de estigma e preconceito eu não concordo com esta afirmação porque acho que não é a doença que causa o estigma e o preconceito, mas sim a falta de informação que as pessoas têm (...)” (Ce 12; 30-32).*

*“(...) permitir que estas pessoas se voltem a reintroduzir na sociedade sem qualquer estigma, sem qualquer preconceito e que sejam aceites como qualquer outra que não tenha tido nenhuma patologia, neste sentido (...)” (Fe 13; 04-07).*

## A gramática

*“Também no, relacionado com o fator 6, novamente a terapêutica é fundamental para conseguir controlar, controlar a doença em alguns casos né, dos que eu falei em concreto, e, também não só o tratamento com a medicação mas também com outras com atividades para promover também a reinserção social e também para, para as pessoas conseguirem desenvolver certas competências que podem estar diminuídas (...)” (De 13; 27-31).*

*“(...) questões da responsabilidade individual que a pessoa tem para a doença também é muito trabalhado durante o internamento e mesmo depois também como pude vivenciar no hospital de dia (...)” (Ge 13; 27-31).*

### FOCUS GROUP DOCENTES

*“Não houve uma mudança em relação a isso. Eu acredito que não haja porque este, este estigma nós sentimos todos os dias, e eu acrescentaria aqui além da família e dos amigos, no contexto profissional, pois no contexto profissional quer dos próprios profissionais de saúde não é. Este estigma mantêm-se (...)” (Hd 13; 01-04).*

*“(...) **responsabilidade individual** na manutenção da sua saúde. Eu, **há aqui um certo padrão**, que é construído de que as pessoas que tem estas dificuldades em conseguir perceber os limites, quer na sua vida, quer na relação com os outros, em momentos tem esta dificuldade de, de seguir um caminho mais normalizado e, e, e pode perfeitamente acontecer, quer dizer, todos nós, penso que gostamos de ter momentos de loucura na nossa vida desde que a gente defina quando é que começa e quando é que acabam, não é” (Hd 14; 08-14).*

*“Conseguir compreender o que os outros querem dizer e quando constatarem que realizaram um EC este começa a fazer sentido a uns e a outros. Por outro lado, quando eles são acompanhados com o orientador e a procura de informação para além da informação da doença, e aí sim, as reflexões podem ser importantes...quanto às reflexões, o ler e o sentir, claro que isto ajuda os estudantes, dizem o que acham e o que sentem” (Ed 20; 10-15).*

## FOCUS GROUP ORIENTADORES

“Quanto à *responsabilidade individual*, passa talvez por trabalhar questões ligadas a, a, ao *reconhecimento da doença*, e, *dar estratégias*, *dar estratégias para que o próprio doente possa gerir a sua doença* (...)” (Co 08; 17-19).

“Quando eu dou a informação aquela pessoa, que está doente, e neste caso, era como se eu fosse o aluno, *quando eu estou a dar esta informação aquela pessoa, sobre a importância de cumprir um plano terapêutico, estou a responsabiliza-lo e eu acho que o aluno também consegue perceber a importância disto*” (Co 10; 17-21).

“(...) acho que os permite *ter um olhar também diferente, criar relação de, de proximidade e também depois conseguir perceber um bocadinho aqui a questão da responsabilização individual e de, deste, da intervenção em si, como é que poderá haver ali algum, algum benefício*” (Go 11; 05-08).

“Portanto *a dinâmica da comunidade* acho que o fazer o aluno, *fazer os alunos entrar neste, no assistir deste dia a dia* acho que é uma coisa que me parece uma coisa que *favorece isto, também o propomos assim às pessoas que lá, nos procuram para tratamento, e depois, talvez o juntar aqui do, do, do, o fator 5 da responsabilidade individual, e a causa de estigma, aqui como é que, como é que trabalhamos isto na comunidade e mais uma vez o, o, o aluno assistir a isto* acho que *podará ajudar a questionar isto. Toda a comunidade é no sentido da pessoa perceber que tem alguma responsabilidade, como é obvio, as pessoas tem a história que têm* (...)” (Eo 12; 24-31).

“Acho que *uma tem haver com o próprio ensino do estudante. Ensino, quando falo ensino falo, do aporte teórica* que tem, porque a *variabilidade quando a gente fala em saúde mental, nós estamos aqui vários colegas, temos desde da, da saúde escolar, uma comunidade terapêutica, uma de internamento, ou seja, há uma variabilidade enorme de contextos e de práticas que são diferentes*” (Ao 13; 19-24).

“Depois tem haver *com o tempo que é disponível para o ensino clínico* (...)” (Ao 13; 27-28).

## A coesão

### FOCUS GROUP ESTUDANTES

*“(...) nem na semana a seguir, que as entidades competentes as iam buscar e, para elas irem fazerem a medicação, o processo ainda demorava e o que fazia com que as pessoas descompensavam nessa altura que não tomavam a medicação (...)” (Ge 15; 07-09).*

### FOCUS GROUP DOCENTES

*“Doença como causa de estigma, prós amigos, eu diria que, tudo o, todas as pessoas que apresentam realmente um padrão de comportamento, de pensamento, um pouco que sai fora do padrão habitual que está normalizado e tipificado, são sujeitos sempre com algum estigma, aqui há essa associação com um estigma menos agradável, menos positivo. À volta da família, dos amigos e penso na actividade profissional” (Hd 12; 23-28).*

*“(...) o que acontece é que os estudantes constatarem que a doença mental, efectivamente, nos contextos onde estas pessoas vivem, não nos serviços de saúde necessariamente, mas nos contextos onde as pessoas vivem, é, causa de estigma e discriminação, é uma constatação, é um fator externo (...)” (Gd 15; 10-14).*

*“(...) ainda bem que não mudaram, significa que os nossos estudantes tinham a estrutura necessária para manter esta postura (...)” (Fd 16; 27-28).*

*“(...) os estudantes muitas das vezes a serem confrontados com o estigma que outros colegas de outras áreas de prevenção clínica tem relativamente a esta área (...)” (Fd 17; 02-03).*

*“Mesmo assim, o conceito de capacitação, ou empowerment, para utilizar o termo em inglês, não, não deixa de ser aqui importante. Isto é algo que, apesar dos estudantes falarem desde o primeiro dia do curso, falam, mas eu não sei se, se esta mudança vai para além daquilo que é o discurso. Quando eu digo a mudança, em termos de organização dos dados estudados” (Fd 17; 19-24).*

*“A questão da responsabilidade individual e a crença da, da, da doença como condição médica creio que surge essencialmente pelo peso da visão hospitalo-cêntrica da, da, da doença mental, (...)” (Cd 23; 01-03).*

## FOCUS GROUP ORIENTADORES

*“(...) intervenção mais alargada não só com o doente portador da doença, mas com, com as pessoas que estão à sua volta, com a família, o contexto social em que, o doente se insere para que de alguma forma, esta, esta questão de estigma associado à doença mental (...)” (Co 08; 13-16).*

*“ (...) olhe para o utente com **outro olhar**, não é, como o outro colega dizia, colocar uns óculos diferentes daquele que estão habituados a usar, a, que eu acho que é mesmo isso, porque, os pré-conceitos por vezes fazem com que não se conseguia olhar de outra forma. Este estigma e esta discriminação, eu acho que eles vão perdendo exactamente ao longo do, do, do estágio, portanto, porque vão tando diariamente com os utentes, vão falando com eles, vão articulando, vão elaborando algumas das estra/, estratégias para que os utentes consigam atingir os objetivos a que se propõem no início do tratamento. Vão tendo também alguma responsabilidade nas atitudes que, que têm, nós vamos inculcando sempre isso, portanto, habitualmente o, o aluno, é lhe dado alguma liberdade na, na articulação com o utente, claro com sempre com supervisão do enfermeiro mas vamos lhe dando essa responsabilidade, de articular e de, de ir definindo alguns projetos com os utentes” (Bo 09; 03-14).*

*“(...) algumas estratégias que utilizo, são muito, uma ênfase na relação terapêutica, uma ênfase na relação terapêutica. E, eu acho que, os alunos ao estabelecerem uma boa relação terapêutica com aquele utente com quem estão responsáveis, têm aqui uma série de tarefas, que, nessa relação terapêutica podem ajudar a resolver estas questões” (Do 10; 04-07).*

*“ Eu acho que aqui o estigma e a discriminação é algo que vai ter que ser, vai sendo desconstruído, quer por o, o desconstruir também do estigma muitas das vezes que eles, que a sociedade tem, não é, e, e perceberem realmente a doença mental como qualquer outra doença e, e acho que isso aí vai sendo desconstruído ao, aos poucos, durante e ao longo do estágio” (Go 11; 10-14).*

*“(...) identificar os, os contributos que eles podem ter para, para que estas pessoas possam ter responsabilidade pela sua situação clínica e aqui trabalha-se muito a tomada de decisão. Assim como as, as crenças em saúde (...)” (Ho 11; 17-20).*

*“(...) as primeiras 6 semanas eu acho que é o quebrar de barreiras próprias do estudante, de trabalhar as questões que são deles, o estigma, aquelas coisas que ele traz com ele” (Ao 14; 01-03).*

*“E às vezes não, as 6 semanas não são suficientes, portanto, eu acho que tem haver com a organização do ensino, não é, se é estratégias tem haver, 6 semanas poderá ser curto, a questão da teoria é uma questão para a docência discutir, não cabe, não cabe ao, ao contexto (...)” (Ao 14; 05-08).*

### **1.2.2. Análise da prática discursiva**

A análise crítica do discurso ocupa-se dos significados dos discursos e estes podem ser encarados como tópicos discursivos Fairclough (2003). Após a leitura e transcrição dos focus group, procuramos as afirmações que demonstravam a construção de diferentes dimensões e categorias, para em seguida elaborar a análise de reconstrução dos discursos, com a evidência dos argumentos e com a análise do significado que emergiu nos dados.

Em relação a **pergunta 1**: Que fatores podem estar subjacentes à mudança das crenças antes e após o Ensino Clínico, quanto aos fatores seguintes? (fator designado de incurabilidade; fator designado de reconhecimento da doença; fator designado de perigosidade).

Apresentamos os excertos relativos a estes três itens: (1) a força; (2) a coerência; e (3) a intertextualidade

Fairclough (2001) refere que a **força** dos enunciados reporta-se aos tipos de atos de fala, envolvendo a ação social. Pode revelar-se numa promessa, num pedido, numa questão ou ameaça, podendo ser direta ou indireta e assumir um potencial extensivo. Analisar a força significa ser capaz de fazer uma leitura da situação, atendendo ao contexto no qual o discurso emerge.

Em relação ao item **coerência** Fairclough (2001) afirma que está relacionada com o sentido que o mesmo tem, nas suas partes e no seu todo. A análise da coesão e coerência permite afirmar que os discursos são (individualmente e colectivamente) coesos e coerentes, tendo sido possível identificar posições partilhadas pelos participantes neste trabalho.

No que diz respeito a **intertextualidade** esta comporta a ideia de que qualquer texto, absorve e responde a textos passados, reformulando-os e transformando-os e simultaneamente antecipa textos futuros, levando à mudança, contudo, uma mudança sempre limitada e restringida pela prática social e pelas relações de poder (Fairclough, 2001). Apresentamos em seguida os excertos relativo a estes itens:

#### FOCUS GROUP ESTUDANTES

*“(...) são postas pela sociedade de lado e que são vistos como diferentes, mas que na realidade não são. E acho que me ajudou agora para este ano a ter uma abordagem diferente e senti que muitos dos enfermeiros e tudo julgam e que vêm, não sei como pessoas perigosas muito associadas á doença mental deles, mas é uma doença mental, não é as pessoas em si” (Ae 2; 22-26).*

*“(...) tinha aquele receio de como é que ia comunicar com as pessoas, como é que eles iam agir comigo porque nunca tinha lidado com uma pessoa com uma doença mental diagnosticada, que eu tivesse conhecimento. **Depois no ensino clínico percebi que, pronto conseguia facilmente abordá-los a nível também do fator 4**” (De 3; 02-06).*

*“(...) e como pude lidar pude mudar o pensamento porque acho que o lidar foi o principal fator para mudar a minha ideia a minha perspetiva também” (De 4; 02-04).*

#### FOCUS GROUP DOCENTES

*“(...) podem ter tido uma sorte especial, esses estudantes, de terem estado num local, onde, fruto de um acompanhamento muito bom, quer com os nossos colegas da parte clínica quer com os professores da escola a que pertencem. Claro que tem de haver uma experiência suficientemente muito forte para fazer alguma diferença” (Dd 4; 03-07).*

*“(...) alguma fuga para uma resposta de credibilidade social. E isto dá-nos uma sugestão razoável daquilo que realmente mudou ou não mudou. Porque repara, falamos de um ensino clínico de natureza tão curto. De nível de representação tão profunda e tão primário como o medo, a perigosidade, que está associado ao medo” (Dd 4; 10-14).*

“(...) pelo menos duas perspetivas que deverão ser consideradas nomeadamente a perspetiva da resposta mais próxima que os estudantes consideram aceitável do investigador, do docente, pela sociedade e que este ensino clínico possa eventualmente fazer alguma, alguma mudança nesse pensamento, nesse comportamento” (Fd 5; 21-24).

“(...) um elogio tem que ser feito, à forma como este ensino clínico foi organizado, porque para mudar estes 3 fatores mostra que efectivamente conseguiu-se fazer esta ligação entre o, este teórico e aquilo que é observado noutros ensinamentos clínicos, esta realização foi certamente feita por um correcto acompanhamento, uma correcta explicação das mudanças, alterações por quem a orientou, localmente no ponto de vista clínico e por quem supervisionou os estágios” (Fd 6; 15-20).

“(...) convir uma vez mais com o conjunto das experiências que tem em ensino clínico, mas fundamentalmente com aquilo com que encontram enquanto qualidade de ambiente terapêutico dos serviços. Em particular um ambiente terapêutico que encolhe e contém eventuais episódios de violência, com perigosidade para o próprio doente. Para os técnicos e naturalmente também para os estudantes” (Fd 7; 15-18).

“(...) eu diria que também não poderia esperar outros resultados porque não, ficaria em dúvida sobre a forma como nós temos avaliado os ensinamentos clínicos ao longo destes anos todos não é” (Hd 7; 27-29).

“(...) e acima de tudo o que eu acho que vem, reforçar a importância deste ensino clínico, no contexto de aprendizagem dos estudantes da licenciatura.” (Hd 8; 26-27).

“(...) crença de que efectivamente os estudantes vão construindo uma mudança, não estou a dizer que mudam logo, mas vão construindo uma mudança na forma como encaram a pessoa com perturbação mental no início e no final do EC (...)” (Ad 9; 13-16).

“(...) surpreendente, surpreendente e a eficácia, e aí o que me leva a pensar o que causa isto. Por outro lado, há a formação académica se calhar ano a ano, vai melhorando, todos nós vamos melhorando, vamos dizendo as mesmas coisas, mas há mais escolas e

certamente que, cooperado com diferentes escolas cada vez, mais ideias muito positivas sobre a mudança (...)” (Ed 11; 17-21).

#### FOCUS GROUP ORIENTADORES

“O reconhecimento da doença e a incurabilidade, os conceitos que estão definidos aí, eu penso que eles também se vão perdendo isso, porque eles também o têm à partida quando entram lá. Eu acho que essencialmente isto deve-se ao contacto com os doentes (...)” (Ao 02; 22-25).

“eu acho que, estar no nosso serviço a estagiar numa ET acho que é uma grande mais valia para os alunos” (Bo 04; 01-02).

“Considero que de alguma maneira, estes mitos e esta, e este estigma ao serem desconstruídos, muito provavelmente tornam mais, mais valorizadas as aprendizagens, mais significativas as aprendizagens, dos estudantes (...)” (Ho 07; 09-11).

**Pergunta 2:** O que sugerem para ser mudado em ligação aos seguintes fatores? (ao fator designado de doença como causa de estigma e discriminação, está associada a crença pessoal do estigma e preconceito produzido pela doença nos circuitos sociais próximos do indivíduo portador dessa doença família, amigos, colegas de trabalho; o fator designado de responsabilidade individual, remete para a crença na responsabilidade que o indivíduo tem pela manutenção da sua saúde; o fator designado como crença na doença como condição médica, como outras doenças, apelando para o uso de medicamentos no seu tratamento )  
Em relação aos itens: (1) a força; (2) a coerência; e (3) a intertextualidade, iremos agora apresentar os excertos mais relevantes.

#### FOCUS GROUP ESTUDANTES

“(...) relativamente á responsabilidade individual que é o fator 5, eu acho que o que é preciso fazer, é precocemente introduzir novamente estas pessoas na sociedade e no seu dia a dia, ou seja, as pessoas e, eu só tenho experiência do meu local de ensino clínico portanto vivi muito esta parte da reinserção social e que é bastante importante (...)” (Fe 12; 16-20).

“ (...) na condição médica do fator 6, as pessoas têm essa condição, têm que ter uma terapêutica para isso e as pessoas estão conscientes disso e que precisam mas muitas vezes, não têm ainda o sentido de responsabilidade de tomarem conta da terapêutica sozinhos, ou seja, muitas das vezes era necessário novamente a presença dos pais nisto (...)” (Fe 12; 21-25).

“E tendo a nível de responsabilidade individual, eu acho que era importante também, não em termos de internamento, eu acho que, é uma opinião que eu tenho, que é de incluir a família ou amigos que, o apoio que a pessoa possa ter a nível familiar ou social para, também depois eles conseguirem fazer manutenção da sua saúde” (De 13; 17-21).

“(…) á cerca do fornecimento de informação. Para combater este estigma e a discriminação ao nível social, mas acho que todos estes fatores estão muito interligados, principalmente nesta área da saúde mental porque, se por vezes, esta discriminação existe mesmo dentro da família, acho que é o papel do enfermeiro trabalhar estas questões, tendo em conta que muitas vezes é a família ou o círculo de amigos mais próximos da pessoa que são fundamentais para a manutenção do cumprimento da terapêutica (...)” (Ge 14; 07-12).

“(…) é visível a discriminação que as pessoas que não são toxicodependentes têm em relação a, a estas pessoas, porque normalmente pensam que a toxicodependência é um caminho que se escolhe e na realidade isto acaba por ser uma doença (...)” (Be 16; 06-09).

“(…) é fundamental introduzir a educação mental nas escolas desde cedo, sendo obrigatório e não sendo apenas de modo expositivo, é necessário mesmo. Não digo forçar, mas de algum modo incentivar bastante a que, os alunos, os jovens participem, mesmo que ao início eles não queiram, mesmo que eles tenham vergonha, mesmo que não levem a sério, continuarem a incentivar (...)” (Ee 16; 20-25).

“(…) relativamente ao estigma e à discriminação. Relativamente ao contexto onde eu tive, às vezes não é bom haver muito conhecimento (...)” (Fe 18; 13-14).

“(…) muitas das vezes preciso a pessoa não ter esse rótulo. Quando é reinserido na sociedade é importante que essa pessoa não vá para um trabalho a saberem que aquela

*peessoa foi toxicodependente, porque isso vai fazer com que sejam discriminados (...)*” (Fe 18; 22-24).

*“(...) e, se as pessoas tiverem conhecimento disso eu acho que de certa maneira podem ajudar um pouco essas pessoas a serem integradas (...)”* (He 19; 19-21).

#### FOCUS GROUP DOCENTES

*“(...) eu falei de construir os passos, e existirem estes passos onde, se pode, transformar aquilo, a forma como se percebe o mundo, através de, de, de claro que a dimensão artística e o mundo das artes permite-nos sempre trazer outros códigos e outras linguagens e outras comunicações não é, e nós vemos padrão de comportamento idêntico em determinados artistas e não artistas, e uns são considerados (...)*” (Hd 13; 22-27).

*“(...) penso que os nossos estudantes estão de muito boa saúde mental porque efectivamente tomaram o contacto com esta realidade do contexto. Estratégias para mudar isso. No meu ponto de vista, estratégias pedagógicas. Os estudos de caso são estratégias que podem funcionar muito bem, permitem uma aproximação como eu dizia à pouco, na compreensão da pessoa, da sua história, das dificuldades que tem agora, tomando em consideração a doença, mas a doença naquela história, as reflexões semanais é uma outra estratégia a propósito do modo como os estudantes vão vivendo a semana e que permite aos professores irem tendo oportunidade de produzir um feedback sobre alguma coisa que é escrito sobre alguma coisa que já tem alguma distância sobre o que vivi e deste ponto de vista permite, socializar o que pode ser discutido, e, enfim, entre uma dimensão, estamos sempre a falar em desenvolvimento pessoal, no plano do, do desenvolvimento pessoal, utilizar estas reflexões nesse sentido. Uma outra estratégia, a partilha de experiências de ensino clínico entre os estudantes, há também em diversos contextos, contextos em realidades diferentes, as dificuldades são comuns muitas das vezes aos estudantes, estas mesmo assim penso podem contribuir para esta transformação e, por outro lado, e por fim diria eu, para já pelo menos, a possibilidade de os estudantes participarem durante os ensinamentos clínicos em discussões multiprofissionais e multidisciplinares nos casos”* (Gd 16; 01-16).

*“Nós continuamos a ter um ensino muito, muito centrado na. na perspectiva patogénica, de abordagem. Independentemente dos modelos terem confirmado anos, independentemente*

*da, da questão da introdução da relação terapêutica, da relação de ajuda. O que é facto é que, há até um contexto clínico onde os nossos estudantes fazem a sua prática, a perspectiva ainda é muito patogénica. E esta mudança de paradigma, da perspectiva patogénica, para a perspectiva salutogénica seria interessante” (Fd 17; 10-16).*

*“E a própria visão dos cuidados de Enfermagem direccionado para as necessidades, em que se ensina, educa, ajuda o individuo a criar condições para ele próprio modificar os seus comportamentos e atingir o estado de saúde, parece-me que aqui também ajuda a ter essa visão de responsabilidade individual na abordagem à doença” (Cd 23; 08-12).*

*“(…) nesta perspectiva da mudança de paradigma obviamente de um paradigma patogénico para um paradigma salutogénico efectivamente temos que ajudar os estudantes a fazer a apropriação desta mudança não só conceptual, mas paradigmática. E portanto, creio que, ajudando os estudantes desde o primeiro ano do curso, a fazer esta desconstrução dos seus vividos para uma construção de uma nova perspectiva do que é ser pessoa (…)” (Ad 25; 27-32).*

*“(…) ajudar os estudantes a aceitar que é a própria pessoa que tem que ir pedindo, a ajuda e, e nós temos que ser só os facilitadores desse processo de ajuda (…)” (Ad 27; 02-04).*

*“Eu tenho notado da experiência que por vezes já de profissionais, na prática que se desligam, que se demitem da sua função, o que não é facilitador do sucesso de acompanhamento, por parte do estudante. Por mais que a escola, por mais que a academia tente dar estas visões que são fundamentais (…)” (Cd 27; 28-31).*

## FOCUS GROUP ORIENTADORES

*“Nomeadamente a questão do estigma, quando eles fornecem, quando eles têm que fornecer a informação à pessoa sobre estas questões onde eles têm que perceber, tem de fornecer a informação sobre a doença, sobre o tratamento, sobre a, porque é que a pessoa deve aderir à medicação, porque é que é importante que ela faça a medicação. Isto são tudo estratégias que de alguma maneira também podem pensar, fazer o aluno pensar que isto, são coisas que não era, a ideia pré, pré-concebida que ele tinha não, não é a mais correcta, e, portanto, que isto **tudo é modificável (…)**” (Do 10; 08-14).*

*“ Penso que, o contacto com o orientador e a, até fornecimentos de informação prévia em relação à, à, à população, à qual estamos a prestar cuidados é extremamente importante e depois definir estas estratégias e os contributos de cada um, quer ao nível da, da, das competências que, que as pessoas têm que desenvolver ao longo do estágio, quer ao nível da importância que elas têm para, para, para as aprendizagens dos próprios estudantes”* (Ho 11; 28-33).

*“ (...) a pessoa é mais do que a sua doença, seja neste caso aqui dos nossos residentes seja a saúde mental, seja as dependências das substâncias, toda a lógica da comunidade terapêutica procura trabalhar isto que é a pessoa que ali entra aperceber-se que é mais do que a sua história, é mais do que a sua circunstância, é mais até do que a sua condição médica (...)”* (Eo 12; 14-18).

### **1.2.3. Análise da prática social**

Esta é a terceira dimensão da teoria tridimensional de Fairclough que integra dois aspectos fundamentais: (1) a ideologia; e (2) a hegemonia.

A **ideologia** corresponde a significações da realidade, construídas em várias dimensões das formas/sentidos das práticas discursivas, contribuindo para a produção, reprodução e transformação das relações de dominação. A maioria das vezes, não temos consciência das dimensões ideológicas da nossa prática, mesmo quando essa prática é de resistência, tornando-se relevante uma tomada de consciência crítica dos processos ideológicos no discurso. Desta forma, a ideologia deve ser entendida como plural e presente em diversos momentos da vida social, através de processos ideológicos do Estado, que visem regular a sociedade (Fairclough, 2001).

No que concerne a **hegemonia** Fairclough (2001) refere-se que esta é a liderança e dominação nos ramos económico, político, cultural e ideológico de uma sociedade. É a construção de alianças e a integração muito mais do que simplesmente a dominação de classes subalternas, mediante concessões ou meios ideológicos para ganhar seu consentimento.

Em relação a pergunta 1: Que fatores podem estar subjacentes à mudança das crenças antes e após o Ensino Clínico, quanto aos fatores seguintes? (fator designado de incurabilidade; fator designado de reconhecimento da doença; fator designado de perigosidade). Apresentamos os excertos relativo aos itens anteriormente referidos.

#### FOCUS GROUP ESTUDANTES

*“(...) o contacto com as pessoas foi muito importante, nós sabemos que, e tive oportunidade, tive no internamento da psiquiatria, mas também tive oportunidade de assistir às consultas externas e trabalhar, trabalhar cada um destes fatores com a pessoa” (He 4; 25-28).*

*“(...)em introduzir a saúde mental na escola, em sessões de palestras, nem precisa de ser só a saúde mental pode ser mesmo, por exemplo eu, sobre a auto-imagem, sobre, principalmente nisso, que eu presenciei sessões em que nota-se baixa auto-estima e isso pode ser um fator vulnerável para no futuro desenvolver alguns outros problemas(...)” (Ee 8; 22-26).*

#### FOCUS GROUP DOCENTES

*“ E em particular, um conjunto de aulas de orientação tutorial em ligação ao ensino clínico que faz e que tem a possibilidade do estudante poder partilhar as suas vivencias, estabelecendo-se um, um determinado, contrato e, e estando num determinado ambiente que é facilitador os estudantes poderem, conversar, expressar as suas vivencias, para além de toda uma, uma outra abordagem relacionada com reflexões (...)” (Ad 9; 13-16).*

*“(...) se é uma mudança, de tal modo, próxima ao do núcleo central que permanece ou se é uma mudança mais periférica (...) foram com o tempo, no final do curso ou no final do exame ou da experiência profissional. É aí que nos começaríamos a aperceber até que ponto é que houve uma mudança consolidada, ou se foi uma mudança muito mais periférica (...)” (Dd 10; 09-12).*

#### FOCUS GROUP ORIENTADORES

*“ (...) apercebo-me que o contacto com a realidade da, das pessoas ganharem um nome, o colega estava a referir a história, o conhecer, os estudantes na comunidade terapêutica participam na primeira fase dos grupos de, os grupos de inter-ajuda em que começam um*

*bocadinho as pessoas a falar da sua história, do, do contexto que os levou à dependência e por tanto isto também ajuda a, a dar um nome às pessoas (...)*” (Eo 06; 07-12).

Em relação a Pergunta 2: O que sugerem para ser mudado em ligação aos seguintes fatores? (ao fator designado de doença como causa de estigma e discriminação, está associada a crença pessoal do estigma e preconceito produzido pela doença nos circuitos sociais próximos do indivíduo portador dessa doença família, amigos, colegas de trabalho; o fator designado de responsabilidade individual, remete para a crença na responsabilidade que o indivíduo tem pela manutenção da sua saúde; o fator designado como crença na doença como condição médica, como outras doenças, apelando para o uso de medicamentos no seu tratamento).

Em relação aos itens: (1) a ideologia; e (2) a hegemonia., apresentamos os excertos mais relevantes.

#### FOCUS GROUP ESTUDANTES

*“(...) nós termos esta oportunidade aqui no curso de termos a unidade curricular de Enfermagem V e de falarmos disto, mas acho que muito de nós era o que o sujeito D estava a dizer, entramos para o curso e não sabemos muito e até nós julgamos e não entendemos. Portanto eu acho que acima de tudo o que deve de ser mudado é, dar mais informação a parte da saúde mental ser aplicada também juntamente com a educação sexual nas escolas (...)”* (Ae 11; 20-26).

*“(...) acho que não é a doença que causa o estigma e o preconceito, mas sim a falta de informação que as pessoas têm, ou seja, a literacia em saúde mental. E eu acho que uma coisa que podia ser mudada era inculir mais, todas as questões da saúde mental logo desde início nas escolas (...)”* (Ce 12; 01-04).

*“(...) pode ou não aceitar a doença e tem noção ou não, fazer uma reunião com os amigos e com a família. Acho que era importante porque por exemplo nestas situações, se a pessoa não ia lá fazer a medicação as entidades competentes não iam nem na semana a seguir nem nenhuma, e podiam passar até 2, 3 meses, ter o contacto com família (...)”* (He 15; 14-18).

*“(...) ensinar-lhe devagarinho acho que isso também era importante. Pronto, é muito á base do ensino (...)” (He 15; 28-32).*

*“(...) e, sim, a informação é fundamental e deveria ser já, já desde muito cedo principalmente na escola, para as pessoas crescerem logo com essa visibilidade das doenças mentais e dos seus fatores associados nomeadamente a toxicodependência (...)” (Be 16; 13-15).*

*“(...) sim, eu acho que por acaso, toxicodependência não sei. Sei que vieram cá algumas pessoas dos alcoólicos anónimos e isso (...) eu acho que seria importante neste contexto, trazerem cá pessoas que quisessem, não é, obviamente, da parte da toxicodependência, de substâncias, neste caso, cocaína (...)” (Fe 22; 16-21).*

*“(...) a nível de partilhar, experiência as pessoas também com doenças psiquiátricas crónicas, estou a falar de nível do internamento (...)” (De 23; 14-16).*

*“(...) é importante também eles exporem essa parte para nós termos logo outra perspetiva antes de irmos para ensino clínico e para que depois poder abordar melhor certos temas com elas, com as pessoas com doença mental, também é importante as pessoas partilharem (...)” (De 23; 20-23).*

*“Eu considero que a escola podia implementar momentos de partilha como estes, porque eu conheço a minha realidade e do grupo das minhas amigas mas há realidades aqui que eu não tinha noção e agora com a conversa e tudo começo a conhecer, portanto tentar se calhar ao longo dos ensinios clínicos ter, juntar assim em pequenos grupos como no segundo ano acontece porque nós podemos partilhar experiências e conhecermos diferentes realidades” (Ae 24; 04-09).*

#### FOCUS GROUP DOCENTES

*“(...) a valorização da diferença e não a, a valorização do que é comum entre todos, mas é valorizar o que realmente é diferente entre todos” (Hd 13; 30-31).*

*“Uma vez mais, é de imersão do contexto. Por fim, a questão da imersão do contexto relativamente às questões já da doença como uma condição médica, a, dominância, do*

*modo de olhar a doença mental (...) serviços de saúde desta área de especialidade continua a ser por via do modo médico psiquiátrico o olhar” (Gd 15; 24-26).*

*“(...) penso que podem ser classificadas sem grandes mudanças paradigma e uma que se calhar implicaria que nós repensássemos seriamente, a forma como organizamos o ensino, nomeadamente esta componente clínica do ensino. A primeira que já foi aqui referida também, a questão do **estudo de caso clínico da discussão do estudo do caso clínico**, a minha experiência mostra que é um caminho para poder promover esta reflexão, e para poder desenvolver um processo, critico nos estudantes. O segundo. um trabalho que todos fazemos, fazemos desde o início do CLE, mas em particular nesta área de formação, **a questão da continuação da promoção do autoconhecimento, nomeadamente questões da auto análise do estudante e a própria se ele reflectir os processos**, isto também pode aqui ajudar nalguns destes fatores que acabamos de falar. Portanto, **a intervisão**, ou seja, haver partilha entre, entre professores, entre orientadores, entre os colegas que tenham feito o ensino clínico noutros contextos, com outras experiências” (Fd 18; 01-13).*

*“(...) da proximidade que temos procurado em desenvolver, entre a academia e as instituições de prestações de cuidado de saúde. Neste caso, hospitais, centros de saúde ou outras” (Fd 18; 18-19).*

*“(...) **uma academia de saúde** não naquela que está registada que o tempo está registado, mas uma academia de saúde que aproxima-se, que permitisse também de uma forma clara, a participação dos referentes elementos da formação, professores, orientadores, quer na prática clínica quer na orientação e na, do, do próprio serviço em prestação de cuidados de saúde, poderia eventualmente, mudar aqui alguns aspetos, quer nesta área que eu expliquei quer noutras, mas eu penso que nesta área em particular (...)” (Fd 18; 24-30).*

*“Os estudantes de Enfermagem quando acabam a licenciatura são pessoas que tem preconceitos que faz parte da população que podem é pensar de um outro modo diferente. Claro que o que envolve a saúde mental e psiquiatria é um conjunto de variado de significados, se conseguirmos tirar as partes mais importantes penso que será o mais importante” (Fd 18; 24-30).*

*“A importância da, do espaço de reflexão e discussão, na, em equipa multidisciplinar, com os docentes, com os profissionais, com os estudantes e fazem reflexões semanais em que se discutem estas questões no, no sentido de que o estudante (...)” (Fd 18; 24-30).*

*“(...) e à aproximação no, nestes contextos da academia com a clínica é importante mas há aqui todo um suporte nestas pessoas e que se prende com outras, com outras, com outras áreas de intervenção que depois às vezes também se calhar complicam aqui um bocadinho nesta lógica” (Bd 25; 06-10).*

*“E, portanto, a minha proposta aqui seria muito de, trabalhar com o estudante, que há um continuo saúde de doença e que há diversos fatores que influenciam o adoecer, a pessoa a adoecer e nomeadamente o adoecer psiquicamente. E que isto está muito relacionado com a forma como cada um dá significado às suas experiências de vida, numa perspectiva de, não só, das suas vivências pessoais, mas também da, da construção da crença por via da educação que é, de que é alvo” (Ad 26; 04-09).*

*“(...) trabalhar com eles é esta representação ou a desconstrução desta representação que eles trazem de estigma e de discriminação desde o ciclo de vida, ao longo do ciclo de vida, da sua intervenção de Enfermagem ao longo do seu ciclo e vida. Depois também, mais especificamente no EC de saúde mental, trabalharmos a partir de histórias de vida das pessoas que adoeceram e que, contam as suas, as suas histórias, em alguns, em alguns contributos teóricos (...)” (Ad 26; 22-27).*

*“Depois trabalhar em ensino clínico com uma atitude, terapêutica mais concreta, haver efectivamente um pedido aos estudantes de projetos terapêuticos para, serem construídos, ao longo do ensino clínico com os utentes, pelos quais eles são responsáveis (...)” (Ad 27; 06-09).*

#### FOCUS GROUP ORIENTADORES

*“(...) eu acho que a intervenção mais próxima, nomeadamente, nos nossos gabinetes escolares, acaba por ser um fator facilitador porque vão conhecendo, porque conforme os jovens lá vão, vão conhecendo e vão inteirando-se, percebendo também melhor como é aquela pessoa (...)” (Go 11; 01-04).*

*“(...) acho que toda a lógica da comunidade terapêutica, facilita um bocadinho nisto, porque, acho que aquilo que se pretende, quando as pessoas nos, nos procuram para pedir tratamento, acho que acaba por, por tocar a doença como condição médica, ou seja, todo o trabalho da comunidade terapêutica, e o facto de propormos ao estudante que participe na lógica da comunidade terapêutica no dia a dia (...)” (Eo 12; 08-13).*

*“Muitas das vezes as 6 semanas é curto é mesmo, e, e acresce a isso a organização dos serviços muitos deles não terem a capacidade ou não conseguem se organizar para trabalhar nestas vertentes que se calhar para nós todos que trabalhamos em saúde mental, de extrema importância, mas que o serviço não permite ou não consegue se organizar para trabalhar, não é. Eu trabalho num serviço que tem várias vertentes, não é que trabalha em articulação com comunidades terapêuticas e eu vejo potencial da comunidade terapêutica a trabalhar isto numa forma com tempo, pensado e projectado” (Ao 14; 12-20).*

*“(...) o tempo de estágio são estratégias que poderiam ser discutidas para melhorar um pouco mais à frente a, mudar, mudar algumas coisas como isto, não é (...)” (Ao 14; 24-26).*

#### **1.2.4. Síntese dos achados**

Os **estudantes** dão ênfase às questões relacionadas com a cura e o tratamento das doenças mentais, assim como ao controle dos sintomas.

Mencionam que o contacto com as pessoas nos diversos contextos de cuidados, internamento de psiquiatria, equipas de tratamento, unidades de cuidados na comunidade, comunidades terapêuticas, como sendo algo importante para a mudança de visão, para a mudança de perspectiva sobre as pessoas que tem um diagnóstico de doença mental assim como em relação a perigosidade/agressividade.

Os estudantes referem também a mudança de visão, a mudança de perspectiva sobre as pessoas com doença, devido ao contacto que tiveram com elas.

Salientam como significativo:

- Contacto com as pessoas
- Conseguirem observar alterações nas pessoas
- Interação em diferentes contextos clínicos (Internamentos de psiquiatria; Equipas de Tratamento; Comunidades terapêuticas; UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade (Saúde Escolar);

- Observação do real
- Participarem em várias actividades desenvolvidas no contexto

Sugerem:

- Dar mais informação (pessoa/família/comunidade)
- Promover literacia em saúde mental
- Incluir família/amigos no apoio à pessoa
- Incentivar e dar elogios pelos ganhos alcançados pelas pessoas
- Partilhar experiência sobre o vivido (doente mental/família), o que permitirá reduzir o estigma e o preconceito.

Os **docentes** dão ênfase ao suporte teórico prévio em ligação ao ensino clínico como sendo importante e significativo.

A vivência do contexto, o acompanhamento dos doentes, o estabelecimento de uma relação de ajuda, a tomada de contacto com a realidade, constituem-se como fatores modificadores. Salientam também a boa relação com os enfermeiros orientadores assim como a boa ligação entre quem organiza o ensino clínico e os enfermeiros orientadores.

Referem como muito significativo o acompanhamento por parte dos orientadores e dos professores, assim como o facto de estes ajudarem a dar significado às experiências vividas pelos estudantes. O ensino clínico é importante para as aprendizagens e para a articulação e integração entre teoria e prática.

Salientam como estratégias pedagógicas:

- Estudos de caso
- Reflexões semanais
- Partilha de experiências entre estudantes (reflexão sobre as práticas)
- Foco no ciclo de vida (histórias de vida; discussão estudos de caso; casos de vida/narrativas de vida)
- Promover a intervisão (professores; orientadores)
- Aproximação da academia às instituições prestadoras de cuidados saúde
- Reflexões (diferença entre o ler e o sentir)
- Reflexões e discussão em equipa multidisciplinar
- Reuniões de equipa (estudante sentir-se implicado nos cuidados).

Mencionam que parece ser importante pensar este ensino clínico SMP numa perspetiva salutogénica, de reforço da promoção da saúde mental. Há uma valorização muito positiva por parte dos professores, em relação aos orientadores de ensino clínico assim como dos contextos clínicos.

Os **orientadores** referem que a mudança na questão da perigosidade parece estar relacionada com o facto de saber estar com o doente/lidar com ele, fazendo com que o pré-conceito que traziam fosse alterado pelo contacto com as pessoas doentes (doentes mentais).

Os orientadores salientam que a diversidade de contextos de ensino clínico permite experiências enriquecedoras para os estudantes.

Mencionam que, no contacto com a realidade, as pessoas ganham um nome, uma história de vida. Reforçam a relevância de valorizar as aprendizagens; dar-lhes um significado assim como o participar de uma forma ativa nos cuidados e nas atividades do contexto.

Os orientadores dão ênfase muito significativo na relação estabelecida entre o estudante e o doente; que criar proximidade ajuda na tomada de decisão, na responsabilização pelos cuidados a prestar.



## 2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*Educação não transforma o mundo. Educação muda as pessoas.  
Pessoas transformam o mundo.  
Paulo Freire*

Após a apresentação dos dados e análise dos resultados, importa interpretá-los, ou seja, atribuir-lhes um significado com vista a extrair conclusões que respondam à questão de investigação.

### 2.1. Do Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICMD)

A primeira sub-questão de investigação, refere-se às crenças dos estudantes acerca das doenças mentais antes e depois do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, que tem a duração de seis semanas.

O conhecimento sobre as crenças dos estudantes antes e após o Ensino Clínico, através da análise dos dados obtidos pelo Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM), revelou que nos fatores: **fator 1 - designado de incurabilidade, fator 2 - designado de reconhecimento da doença e fator 4- designado de perigosidade**, estes apresentam valores de significância inferiores a 0.05, o que significa que as diferenças observadas são reais (significativas) na população e não se devem ao acaso amostral, ou seja, as diferenças entre o pré e o pós são estatisticamente significativas.

Pensamos que os resultados do nosso estudo podem estar relacionados com a frequência dos Ensinos Clínicos de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e com o facto dos estudantes terem adquiridos conhecimentos teóricos prévios sobre estas temáticas.

Como referimos, estes resultados estão de acordo com os estudos em que a formação influenciou positivamente os estudantes relativamente às crenças discriminatórias, (Wes Shera e Delva-Tauiliili, 1996; Penn et al., 1999; Corrigan et al., 2001 Madianos et al., 2005), que as crenças relativas à imprevisibilidade e perigosidade associadas ao doente mental se revelaram menos intensas, logo, menos estigmatizantes.

O modelo proposto por Corrigan et al. (2001) apontou, também, no sentido da crença na Perigosidade das pessoas com doenças mentais diminuir substancialmente com o nível de contacto (Gil, 2010). O mesmo autor refere que os resultados obtidos no seu trabalho iam, ao encontro do que tinha sido reforçado por Corrigan e Penn (1999) quando salientam que as estratégias educacionais têm resultados mais positivos quando associados ao contacto directo com os indivíduos portadores de doença mental (Gil, 2010).

No trabalho realizado por Gil (2010) é referido que as crenças com maior expressão numérica no sentido da concordância se situam no Reconhecimento da Doença e na Crença da Doença como Condição Médica. De acordo com a autora, estes resultados remetem para o facto de os estudantes de enfermagem exprimirem uma visão não estigmatizante da doença mental, associada à aceitação da doença e à crença no tratamento e na reabilitação se o diagnóstico for atempado.

No estudo realizado por Loureiro (2008), embora num contexto diferente, com uma amostra de pessoas da população em geral, as crenças mais valorizadas foram o Reconhecimento da Doença e a Doença como Condição Médica. Relativamente às restantes crenças os valores apontam, de um modo geral, para a discordância, sendo mais vinculada na crença da Doença como causa de Estigma e Discriminação, o que torna evidente que ao nível desta crença os estudantes de Enfermagem não crêem que as doenças mentais, por si só, sejam causa de estigma e discriminação.

No estudo de Gil (2010) é mencionado que a influência da frequência do ensino clínico nas crenças relativamente aos doentes mentais verificou-se, de facto, um decréscimo das crenças negativas, isto é, na crença da Doença como causa de Estigma e Discriminação e na Perigosidade e um incremento das crenças positivas, no Reconhecimento da Doença e a Doença como Condição Médica. É também referenciado que no caso da doença mental, o contacto directo constitui-se como particularmente importante para que o sujeito (sem

doença mental) perceba que o indivíduo portador da doença mental como uma pessoa real (Corrigan et al., 2005; Markström et al., 2009), afigurando-se como a estratégia que tem mostrado mais eficácia na diminuição das crenças estigmatizantes. Corrigan et al. (2002) reforçam mesmo que a associação da educação com o contacto com as pessoas com doença mental provou ser a estratégia mais eficiente, que produz efeitos a mais longo prazo.

Nos restantes fatores: **fator 3 - designado de doença como causa de estigma e discriminação, fator 5 - designado de responsabilidade individual e fator 6 - designado de crença na doença como condição médica**, como a significância é superior a 0.05, as diferenças não são significativas.

Pensamos que estes resultados podem estar relacionados com o facto de os estudantes de Enfermagem exprimirem uma visão estigmatizante da doença mental, associada à aceitação da doença e à crença no tratamento e na reabilitação.

Num estudo realizado por Pinfold, et al. (2003) com uma população de 472 estudantes do ensino secundário verificou-se que os indivíduos que tiveram contacto com pessoas com doença mental apresentaram atitudes mais favoráveis.

A Community Psychiatric Nurses Association, num inquérito realizado em Setembro de 2007 pelo Departamento de Saúde, refere que de um modo geral, a atitude pública perante as pessoas com problemas mentais mantém-se largamente compreensiva notando-se, no entanto, que os preconceitos e o medo em relação a estes problemas aumentaram ligeiramente. Os resultados mostram que a população na Grã-Bretanha, em geral, mantém-se relativamente compreensiva no que diz respeito às doenças mentais.

Gil (2010) menciona que as diversas campanhas de educação e sensibilização do público em geral na área da saúde mental foi permitindo uma maior consciencialização sobre a real frequência das perturbações mentais, bem como, as possibilidades de tratamento e recuperação, realçando ainda o facto de os avanços científicos ocorridos nas estratégias de tratamento, nomeadamente na área dos psicofármacos, resultarem, também, na possibilidade de a maioria dos indivíduos e famílias poderem receber ajuda. Estes resultados são confirmados por alguns estudos (Crocetti et al., 1974; Olmsted e Durham, 1976; Goerg et al., 2004; Loureiro, 2008) que, contudo, também apontam para a

manutenção de mitos vinculados por crenças na perigosidade e incurabilidade das pessoas com doenças mentais.

A OMS (2001), lembra o facto de que os mitos acerca da doença mental e a estigmatização da pessoa com doença mental continuarem a persistir, salientando mesmo, que as mais importantes barreiras a ultrapassar na comunidade são o estigma e a discriminação. Apesar de ter aumentado o nível de informação e sensibilização da opinião pública ainda é notória a permanência de estereótipos negativos acerca das doenças e dos doentes mentais que, de certo modo são potenciados pela concentração da opinião pública em episódios negativos que tendem a acentuar os sentimentos de insegurança por parte da sociedade em geral.

Consideramos importante referir tal como Gil (2010) que o papel do docente, como orientador pedagógico, possibilitando momentos de reflexão partilhada que permite a avaliação constante das crenças dos estudantes enquanto sujeitos num processo de construção da identidade profissional e, o facto de nos locais de ensino clínico, os profissionais de saúde que contactam regularmente com pessoas com doenças mentais e, em particular os enfermeiros, se possam constituir como elementos preponderantes na modificação das crenças acerca das doenças e dos doentes mentais dos estudantes que supervisionam. Mullen e Murray (2002) evidenciam a influência dos enfermeiros orientadores como modelo de referência no ensino clínico.

## **2.2. Da análise crítica do discurso**

No contexto do desenvolvimento das habilidades para o pensamento crítico, o ensino clínico ganha especial importância, não só por ser o local onde acontece o contacto com a prática clínica mas também por ser o contexto onde se inicia o processo de socialização profissional, ser rico em imprevisibilidade e exigir a mobilização de saberes teóricos para a realidade prática (Abreu, 2003, 2007).

Após a análise dos discursos produzidos professores, orientadores e estudantes nas entrevistas de focus group, e na sequência da síntese dos achados, que apresentámos, emergiram categorias comuns, a partir das quais identificámos um conceito abrangente, apresentando, assim, uma sistemática de 5P's:

- Contacto/Estar com – **Presença**
- Tempo de permanência nos contextos – **Permanência**
- Interações diversas nos contextos clínicos – **Pluralidade**
- Partilhar os vividos – **Partilha**
- Articulação escola/contextos - **Parceria**

Reforçamos a elaboração concetual, aprofundando cada um dos conceitos.

### **Presença**

Gil (2010) refere que a experiência proporcionada pelo ensino clínico, no contacto directo com as pessoas com doenças mentais como impulsionadora de atitudes mais positivas. Francisco (2010) reforça esta ideia afirmando que a experiência em Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria contribui para mudar significativamente, de forma positiva, as percepções dos estudantes face às pessoas com doença mental.

No caso da doença mental, o contacto direto constitui-se como particularmente importante para que o sujeito (sem doença mental) perceba o indivíduo portador da doença mental como uma pessoa real (Corrigan et al., 2005; Markström , 2009), afigurando-se como a estratégia que tem mostrado mais eficácia na diminuição das crenças estigmatizantes. Corrigan et al. (2002) reforçam mesmo que associação da educação com o contacto com as pessoas com doença mental provou ser a estratégia mais eficiente, que produz efeitos a mais longo prazo.

Gomes (2017) refere que o compromisso de presença como prática do cuidado entende-se numa perspetiva de conhecimento do outro, proximidade, disponibilidade e intencionalidade. O compromisso de presença sustenta o cuidado de Enfermagem em contexto psiquiátrico, a presença é o cerne da relação enfermeiro/ utente pelo que se apresenta como uma atitude proactiva alicerçada numa dimensão institucional, num balanceamento da gestão do poder e na singularidade da relação enfermeiro/utente.

Na nossa investigação, todos os intervenientes destacaram como relevante e significativo o contacto com as pessoas doentes, a **presença** com.

## **Permanência**

O Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE) visa a formação de enfermeiros generalistas, desenvolvendo competências gerais para a prestação de cuidados de Enfermagem e preparação para oferecer um atendimento em tempo útil a todos os que necessitem destes cuidados, seja no âmbito dos cuidados diferenciados em contexto hospitalar ou nos cuidados de saúde primários, integrando assim, de forma participativa, a sociedade em que vive (Barroso, 2009).

O CLE tem a duração de quatro anos curriculares, com uma duração mínima de 36 semanas de atividade pedagógica para cada ano, perfazendo um total de 4600/4800 horas de carga horária total (Almeida, 2016).

O plano de estudos do CLE está dividido em duas componentes, a de ensino teórico e a de ensino clínico. A componente teórica deverá ser de pelo menos um terço da carga horária total, enquanto que a componente de ensino clínico deverá ser de pelo menos metade da carga horária total do curso (Barroso, 2009). A componente teórica tem como objetivo a aquisição dos conhecimentos de índole científica, deontológica e profissional que fundamentam o exercício profissional de Enfermagem (Barroso, 2009). Por sua vez, o ensino clínico, que decorre em instituições de saúde, de solidariedade social, de educação ou outras, permite ao estudante expor na prática os conhecimentos adquiridos previamente e vivenciar experiências determinantes no seu processo de formação (Almeida, 2016).

A licenciatura em Enfermagem é um curso em que a componente prática é destacada, fortalecendo a importância das experiências vividas, uma vez que o processo formativo deve decorrer essencialmente da reflexão e teorização sobre a experiência clínica (Barroso, 2009).

O Ensino Clínico insere-se no CLE, sendo um período em que o estudante se encontra em contexto real, integrado numa equipa, em contacto direto com a comunidade ou indivíduo são ou doente, com a orientação de docentes da escola e colaboração de enfermeiros das unidades de saúde. Tem como objetivo a aquisição de competências, conhecimentos, aptidões e atitudes necessárias para o exercício da profissão de enfermeiro, aprender a planear, prestar e avaliar os cuidados globais de Enfermagem, com base nos conhecimentos previamente adquiridos (Almeida, 2016).

O ensino clínico é um espaço de descoberta e prática para os estudantes contactando com a realidade da profissão. Acredita que apenas o ensino clínico conseguirá consolidar os conhecimentos apreendidos anteriormente, o que permite “desenvolver um saber contextualizado”. Com o ensino clínico, o estudante aprende não só a prestar e gerir os cuidados de Enfermagem, como também a trabalhar em equipa (Barroso, 2009).

Na nossa investigação, os intervenientes reforçaram a importância do tempo de **permanência** nos contextos clínicos no processo de aprendizagem.

### **Pluralidade**

A realização do Ensino Clínico no CLE completa vários locais com tempos de permanência diferentes, o ensino clínico é a “vertente de formação em Enfermagem através da qual o estudante de Enfermagem, no seio de uma equipa e em contacto direto com um indivíduo em bom estado de saúde ou doente e/ou uma coletividade, a planear, dispensar e avaliar os cuidados de Enfermagem globais requeridos, com base nos conhecimentos e competências adquiridas. Este ensino será ministrado nos hospitais e outras instituições de saúde, na comunidade, sob a responsabilidade dos enfermeiros docentes e com a cooperação e a assistência de outros enfermeiros qualificados”<sup>34</sup>.

O Curso de Licenciatura em Enfermagem visa a formação atualizada de enfermeiros com competências para a prática profissional e os requisitos para a aprendizagem ao longo da vida. O referencial segue o quadro de competências requeridas para a prática profissional ética e legal – competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de Enfermagem gerais ao indivíduo, à família, e à comunidade, nos três níveis de prevenção. Tendo em vista a necessidade de desenvolver esse conjunto de competências, no âmbito da saúde mental, deve existir articulação entre o conhecimento científico e o “envolvimento ativo dos estudantes nos processos de aprendizagem por meio de um currículo focado na aprendizagem vivencial comprometida com a prevenção, a promoção e a reabilitação” (Mendes et al., 2018).

---

<sup>34</sup>[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19\\_CE.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer19_CE.pdf)

Os enfermeiros são desafiados a cuidar de pessoas que não só tem problemas de saúde mental como problemas de outras índoles, mas também de utentes em que o foco principal dos cuidados é a saúde mental, uma vez que certos problemas podem passar a elementos secundários. Por esse motivo, o enfermeiro de cuidados gerais deve ter presente um conjunto de competências a mobilizar, na identificação de perturbações mentais, no utente alvo dos seus cuidados (Mendes et al., 2018).

Para Martinho et al (2014) o ambiente geral de saúde é, normalmente, estruturado, com tarefas orientadas especificamente para a pessoa com necessidades de cuidados físicos, onde o estudante tem mais facilidade de se concentrar nas tarefas definidas, uma vez que estas envolvem todos os domínios lecionados. Apesar disso, estas tarefas apresentam uma forte componente de execução de procedimentos, que se reflete na aquisição de competências, no âmbito das habilidades instrumentais.

A área da saúde mental que, apesar de estar integrada no ambiente de saúde, apresenta contextos que contrastam com o ambiente hospitalar, onde a atuação do enfermeiro incide muito menos nas intervenções de domínio instrumental, e muito mais sobre o desenvolvimento de uma relação terapêutica, interpessoal, com os clientes. Esta diferença exige que os estudantes desenvolvam competências deste domínio, o que muitas vezes pode ser difícil para a maioria, uma vez que esta atuação não requer apenas conhecimento científico e desenvolvimento ao nível da destreza manual, mas sim um desenvolvimento pessoal, ético e moral que acaba por se obter através da maturidade e do crescimento mental, e não da prática de um procedimento específico (Martinho et al., 2014). Para além disso, uma vez que o ambiente de psiquiatria é menos estruturado, o seu bom funcionamento depende também da abordagem da equipa multidisciplinar.

No estudo realizado por Martinho et al. (2014) concluiu-se que, as competências desenvolvidas em contextos como a cirurgia e a medicina, são as competências relacionadas com a execução de procedimentos, enquanto que em contexto de saúde mental, desenvolveram-se as competências da relação e da reflexão, diminuindo a visibilidade da prática de procedimentos propriamente dita.

Do ponto de vista da profissão, a saúde mental é essencial para completar o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais, uma vez que desenvolve o estilo de

aprendizagem divergente, que resulta da ênfase dada às competências de relação e que são características das profissões humanistas (Martinho et al., 2014).

Na nossa investigação, os intervenientes valorizaram a diversidade de interações em diversos contextos clínicos, emergindo a **pluralidade** de experiências.

### **Partilha**

O ensino clínico consiste num espaço de transformação e aquisição de saberes, ao implicar a reflexão na e sobre a ação. A aprendizagem não se resume a uma actividade cognitiva, já que é mediada por fatores de ordem cultural, situacional, psicológica que irão condicionar mudanças comportamentais de auto-conhecimento e de estratégias pessoais de processamento de informação e “transferibilidade – os saberes adquiridos num determinado contexto podem ser mobilizados em situações distintas” (Abreu, 2003).

Os espaços dedicados à reflexão permitem ao tutor compreender melhor como cada estudante se desenvolve, isto é, “compreender como cada um se apropria do seu património vivencial” (Nóvoa, 1988, p. 14) .

Fonseca (2006) refere, como estratégia facilitadora da reflexão e da aprendizagem, a formulação de “questões que despertem o desconforto, que incentivem a análise crítica e promovam a reorganização cognitiva”.

Na nossa investigação, os intervenientes valorizaram a partilha de experiências, quer em contexto clínico, quer entre estudantes, orientador e docentes, quer entre pares, emergindo claramente a relevância da **partilha** de experiências.

### **Parceria**

As parcerias entre serviços e escolas passam, sem dúvida, pela implementação de protocolos institucionais que tenham por base o acordo mútuo sem relações de dominação ou subordinação, mas de cooperação e essencialmente de valorização da identidade dos cuidados (Silva, 2016).

Estes protocolos permitem uma articulação mais adequada às necessidades de ambas as partes e poderão servir de motor para o desenvolvimento de projetos de investigação

conjuntos que são uma outra forma de colaboração e aproximação entre os serviços e a escola. Esta investigação permitirá que os docentes mantenham as suas competências clínicas actualizadas e experimentem as potencialidades e os constrangimentos da prática clínica de Enfermagem no dia a dia (Figueiredo, 1995).

Carvalho (2002) considera muito importante a orientação clínica em parceria de professores enfermeiros/enfermeiros dos serviços, afirmando que são complementares. A formação e a orientação clínica dos estudantes de Enfermagem terão de deixar de ser vistas como um projeto de escola para passarem a ser vistas como um projecto conjunto de escola/organizações de saúde passando, assim, estudantes e professores, a serem considerados parte integrante das equipas de saúde dos serviços e os enfermeiros, de igual modo, a serem vistos, como parceiros de responsabilidade na formação dos estudantes de Enfermagem.

Na nossa investigação, os intervenientes valorizaram a articulação entre as escolas e os contextos clínicos, considerando que esta **parceria** é promotora das aprendizagens dos estudantes.

Podemos afirmar que as categorias apresentadas remetem-nos para o que Peixoto (2017) refere como sendo o pensamento crítico em enfermagem e que caracteriza como um processo complexo e multidimensional que engloba a habilidade intelectual que o individuo possui para procurar, engloba a habilidade intelectual que o individuo possui para procurar, identificar e desafiar premissas do raciocínio que considera relevantes para a tomada de decisão; a capacidade para conjugar a experiência, o conhecimento e o raciocínio na identificação e exploração de quadros alternativos de referência, tendo em conta o contexto e uma componente atitudinal, que incorpora os domínios afetivos, capaz de influenciar o pensamento lógico, situacional e intencional.

Na promoção do pensamento crítico em estudantes de Enfermagem, existe uma significativa preocupação por parte dos enfermeiros em reconhecer e compreender quais os métodos de ensino que melhores resultados poderão ter na formação dos futuros profissionais. Enquadradas no ensino clínico, destacam-se as estratégias que visam o desenvolvimento de narrativas escritas ou verbais, a aprendizagem baseada em casos reais, o estudo de casos baseados em simulações clínicas, a aprendizagem baseada em cenários,

a realização de planos de cuidados com ou sem mapa conceitual anexado, a criação de grupos de discussão com profissionais, estudantes e professores, o uso de tecnologia de aprendizagem interactiva e multimédia, a aprendizagem baseada na resolução de problemas, a realização de pesquisas e análises de publicações, o desenvolvimento de mapas conceituais e, por fim, a promoção da auto-responsabilização pela formação/aprendizagem (Peixoto, 2017, p. 137).

### 3. CONSTRUÇÃO DE UMA MATRIZ

*O meu objetivo é colocar no papel aquilo que vejo e aquilo que sinto da mais simples e melhor maneira.*

*Ernest Hemingway*

A finalidade do nosso estudo é propor uma matriz de acompanhamento dos estudantes nos contextos de Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria visando facilitar a aprendizagem mais adequada às situações na saúde e doença mental.

O nosso estudo teve duas fases que se complementaram, e permitiram responder às questões colocadas. Os métodos e técnicas usadas pareceram-nos adequadas à finalidade a que nos propusemos.

Retomamos as questões colocadas:

- *Quais as crenças dos estudantes acerca das doenças mentais?*
- *Quais as estratégias usadas pelos professores, orientadores e estudantes no ensino Clínico de saúde mental e psiquiatria?*

Traçámos os seguintes objetivos:

- *Identificar a influência do ensino clínico de saúde mental e psiquiatria nas crenças e valores dos estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem;*
- *Perspetivar estratégias que potenciem o desenvolvimento e desempenho dos estudantes neste contexto específico*
- *Construir uma matriz de acompanhamento, com base nas etapas anteriores*

Numa primeira etapa, realizámos uma abordagem quantitativa e descritiva em que utilizamos o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) de Loureiro (2008), que constituiu ponto empírico de partida da presente investigação.

Esta colheita de dados teve como objetivo comparar as crenças dos estudantes de Enfermagem antes e depois do ensino clínico e que relações terão com as crenças da população em geral. Tendo por base a nossa primeira subquestão de investigação: *Quais as crenças dos estudantes acerca das doenças mentais?*

Para a análise dos dados estatísticos usamos o software IBM SPSS-24 (Statistical Package for the Social Science). Foram efetuadas inicialmente análises exploratórias e descritivas das diferentes variáveis, para identificar eventuais erros de introdução/digitação, bem como a eventual presença de valores em falta nos itens do instrumento.

Para verificar a influência do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria nas crenças dos estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem sobre a doença mental foi utilizado o test-t para amostras emparelhadas, utilizando um erro tipo 1 de 0,05% ( $\alpha = 0,05$ ). O Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICMD) foi aplicado antes e depois do ensino clínico.

A análise dos resultados da aplicação do teste permitiu verificar que os fatores: 1 - Incurabilidade, 2 - Reconhecimento da doença e 4 - Perigosidade, apresentam valores de significância inferiores 0.05, o que significa que as diferenças observadas são reais (significativas) na população e não se devem ao acaso amostral, ou seja, as diferenças entre o pré e o pós são estatisticamente significativas. Nos restantes fatores: 3 - Doença como causa de estigma e discriminação, 5 - Responsabilidade individual, e 6 - Doença como condição médica, como a significância é superior a 0.05, as diferenças não são significativas.

Verificámos ainda as diferenças entre os scores Pré e Pós Ensino clínico, em que 65% dos estudantes apresentou score negativo o que significa que o score diminuiu, ou seja, os estudantes melhoram as crenças, e que 35% apresentou score positivo o que significa que o score aumentou ou manteve-se inalterado, significando, portanto que não se verificaram alterações ou as crenças pioraram.

Numa segunda etapa, realizamos uma abordagem qualitativa e descritiva, onde recolhemos a opinião dos professores, orientadores e estudantes face aos resultados da 1ª fase do estudo. Para esta recolha de dados realizámos entrevistas de “focus group”. Constituímos três amostras, com professores, enfermeiros orientadores e estudantes, que vivenciaram o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria no ano lectivo de 2017/2018.

Os estudantes deram ênfase ao contacto com as pessoas nos diversos contextos de cuidados, internamento de psiquiatria, equipas de tratamento, unidades de cuidados na comunidade, comunidades terapêuticas, como sendo algo importante para a mudança de visão, para a mudança de perspectiva sobre as pessoas que tem um diagnóstico de doença mental assim como em relação a perigosidade/agressividade.

Os docentes deram ênfase ao suporte teórico prévio em ligação ao ensino clínico como sendo importante e significativo, assim como a boa relação com os enfermeiros orientadores, entre quem organiza o ensino clínico e os enfermeiros orientadores. Referem ainda como muito significativo o acompanhamento por parte dos orientadores e dos professores, assim como o facto de estes ajudarem a darem um significado as experiências vividas pelos estudantes. O ensino clínico é um local importante para as aprendizagens e para a articulação e integração entre teoria e prática.

Os orientadores salientam que a diversidade de contextos de ensino clínico permite experiências enriquecedoras. Mencionam ainda que no contacto com a realidade, as pessoas ganham um nome, uma história de vida. Valorizar as aprendizagens, assim como o participar de uma forma ativa nos cuidados e nas atividades do contexto.

A partir das categorias comuns emergentes, propusemos uma sistemática de cinco Ps – Presença, Permanência, Pluralidade, Partilha e Parceria.

### **3.1. A Proposta de uma Matriz**

A construção assenta na matriz disciplinar de Kuhn, disciplinar, porque se refere àquilo que os que põem em prática uma determinada disciplina possuem em comum; matriz porque corresponde a uma ordenação de elementos de índole variada (Kuhn, 2009); recorreremos aos seus principais componentes: as generalizações simbólicas; os modelos; os valores e os exemplares.

Consideramos pertinente ancorar no modelo teórico de Peplau, que descreve a Enfermagem como um processo interpessoal, significativo e terapêutico. Este processo é um instrumento educativo, uma força de maturação que tenciona promover o movimento de progresso da

personalidade no sentido de uma vida criativa, construtiva, produtiva, pessoal e comunitária (Tomey & Alligood, 2004).

Para Peplau, a relação enfermeiro/doente deve ser dinâmica e flexível, pois o contacto profissional com o doente está em contínua mudança. Para um bom relacionamento, o enfermeiro necessita de ter confiança em si mesma, de modo a poder desenvolver os papéis que lhe compete junto dos doentes, deve ser capaz de aplicar as suas habilidades interpessoais e profissionais, assentando as suas atitudes numa base de maturidade e reflexão. Para Peplau, ao longo da relação enfermeira/doente, a enfermeira desempenha diferentes papéis, alguns dos quais em simultâneo, conforme as necessidades do doente. Como identificámos no enquadramento, os papéis principais são de Estranho, de Pessoa de Recurso, de Professor, de Líder, de Substituto e de Conselheiro.

Partindo destes referencias teóricos e que se constituíram como a base para a proposta de construção da matriz, procurámos estabelecer ligação entre os componentes principais da matriz disciplinar de Kunh e os papeis propostos no modelo de Peplau. Nesta ligação mobilizamos ainda, e para tornar a nossa proposta de matriz mais operacionalizável em termos pedagógicos, a junção entre a epistemologia e a pedagogia, ou seja, o conhecimento sobre o cuidar em ESMP e as metodologias de ensino-aprendizagem.

A Enfermagem e a Pedagogia, enquanto ciências humanas, evidenciam a importância do repartir e do aprender. Procurando através da interdisciplinaridade a importância de perceber que no desenvolver da sua formação e posteriormente profissão, o diálogo deve ser contínuo nos processos de aprender, pensar, agir e transformar (Sena, Leite, Silva, & Costa, 2003) para só assim saber realizar o educar e o cuidar.

A este propósito Gonçalves e Sena (1999) referem que na preparação dos profissionais de Enfermagem há uma constante e crescente necessidade de se realizar a educação permanente no quotidiano do assistir/cuidar. Essa modalidade de educação é aqui também referida como a natureza da pedagogia do cuidado de Enfermagem.

A *práxis* da pedagogia do cuidado de Enfermagem envolve o ato de cuidar, os processos de capacitação e formação do pessoal de Enfermagem e o assistir/cuidar das pessoas/clientes. Essa *práxis* exige a adoção de uma conceção de ensino-aprendizagem e o

uso de metodologias que possam conduzir a reflexão. Nesta relação de múltiplas determinações socioculturais, todos os sujeitos envolvidos trazem a sua experiência, um saber acumulado sobre as suas condições singulares e sobre os seus modos de viver. No entanto, a visão de mundo, muitas vezes fragmentada, impede-os de lidar com o processo saúde-doença.

O contexto do Ensino Superior, enquanto foco privilegiado da formação dos futuros enfermeiros, necessita mostrar a sua dinâmica relacional construída na prática efetiva, aprendida e transmitida nos atos educativos. Referindo-se ao relacional como espaço de liberdade, de criatividade e de complementaridade do cuidar, Lopes (1998) citada por (Geib, 2000) afirma que, para a Enfermagem, essa dimensão foi a sustentação ideológica, por longo período, da profissão centrada na pessoa, na figura da enfermeira, e essa dimensão tenta hoje incorporar-se na globalidade do cuidado e configura-se em verdadeira qualificação. O processo interativo sobre o qual a Enfermagem é concebida constitui o foco de algumas teorias, entre as quais se encontram as de Imogene King, Joyce Travelbee, Ida Orlando, Jean Watson e, presente na nossa ancoragem teórica, Hildegard Peplau.

Como referido, a teoria de Peplau tem por base um processo interpessoal, significativo e terapêutico. O processo terapêutico é alcançado através de quatro fases: orientação, identificação, exploração e resolução. Cada uma dessas fases, sobrepondo-se e interrelacionando-se, permite que o processo relacional evolua na direção de uma resolução, que representa a dissolução da relação terapêutica interpessoal, com a satisfação das necessidades da pessoa, que, então, poderá abrir-se em busca de novas metas (George, 2000).

Peplau refere que os papéis do enfermeiro se vão modificando de acordo com as diferentes fases da relação interpessoal.

Os dois primeiros fazem parte da primeira fase da relação, a fase de orientação, na qual o enfermeiro e a pessoa/cliente são estranhos e portanto, este deve tratar a pessoa com cortesia, sem pré-julgamentos e como sendo emocionalmente capaz. Representa um papel de recurso, na medida em que atenua a ansiedade da pessoa/cliente relativamente ao seu tratamento, respondendo a questões sobre a doença e o tratamento.

O papel de professor e líder surge quando o enfermeiro desenvolve na pessoa “a capacidade de querer e de usar”, ajudando-a a cooperar e a participar ativamente no seu restabelecimento.

Os papéis de substituto e conselheiro surgem na última fase do processo inter-relacional, na qual pela definição dos objetivos pessoais da pessoa/cliente em detrimento de antigos objetivos, o enfermeiro é colocado num papel de substituto. Assim, o aconselhamento tem o propósito de ajudar a pessoa a lembrar e compreender totalmente o que lhe está a acontecer na situação atual, para que possa integrar e não dissociar as experiências vividas (Peplau, 1992; Tomey & Alligood, 2004).

A relação de cuidado, por ser interpessoal, pressupõe uma atitude de reciprocidade mútua entre o ser que cuida e o ser que é cuidado. Quando esse relacionamento atinge a prática pedagógica, o professor como pessoa que cuida necessita perceber ambas as perspetivas, a sua e a dos estudantes, de forma poder satisfazer as necessidades dos mesmos. Numa interação de ensino, a forma inicial na interação é o cuidado antes de qualquer preocupação pedagógica (Geib, 2000).

O processo educativo concretiza-se internamente em cada ser humano, que vivência o presente com intenções e preocupações de futuro, mediado por interações pessoais e grupais no encontro entre professor e estudante. A aprendizagem resulta, assim, de um processo pessoal que acontece na pessoa do estudante e pela pessoa do estudante, com a ajuda do professor (Geib, 2000).

A esta proposta de matriz que apresentamos, conferimos um carácter dinâmico e multidimensional, na medida em que resulta da conjugação de diferentes elementos, de diferentes naturezas e dimensões, que se sustentam, permitindo o desenvolvimento desta área do conhecimento.

Propomos a analogia da relação entre docente/orientador com o estudante, sendo esta uma relação interpessoal assente nos pressupostos pedagógicos referidos, nos papéis de Peplau e nos componentes da matriz disciplinar de Kuhn.

Procedemos por etapas: primeiro, estabelecemos a relação com os papéis. Na transposição para a relação pedagógica, mantendo as premissas de cada papel e ajustando aos

intervenientes em contexto clínico da formação, consideramos as seis categorias adaptadas à relação pedagógica.

Quadro 5: Papéis terapêuticos (Peplau) e papéis em contexto pedagógicos

Papéis definidos por Peplau - na relação terapêutica		Papéis transpostos - na relação em contexto pedagógico
Designação	Caraterísticas	Caraterísticas
Estranho <sup>35</sup>	No início da relação, enfermeira dedica atenção e cortesia à pessoa que não conhece	No início da atividade pedagógica, ambos (quer professor, quer enfermeiro orientador) são estranhos ao estudante, iniciando relação em contexto pedagógico.
Pessoa de recurso <sup>36</sup>	enfermeiro disponibiliza informações promovendo que a pessoa compreenda o seu problema	professor fornece orientações promovendo a identificação das necessidades pelo estudante e a autorregulação da sua aprendizagem
Professor <sup>37</sup>	as necessidades de aprendizagem são identificadas e as informações veiculadas através do ensino	Professor e orientador ajudam o estudante a aprender formal e informalmente, supervisionando-o processo
Líder <sup>38</sup>	enfermeiro ajuda a pessoa numa relação de cooperação e participação ativa	Professor e orientador ajudam o estudante numa relação de cooperação e participação ativa
Substituto <sup>39</sup>	na relação entre enfermeiro-pessoa é possível que a pessoa confunda o enfermeiro com outra pessoa;	Professor e orientador ajudam o estudante a identificar transferências e contratransferências
Conselheiro <sup>40</sup>	o enfermeiro ajuda a pessoa a compreender o que lhe está a acontecer e a ultrapassar a situação de uma forma positiva	Professor e orientador ajudam o estudante a compreender e superar as dificuldades de forma positiva

<sup>35</sup> Stranger: offering the client the same acceptance and courtesy that the nurse would to any stranger (Peplau, 1992).

<sup>36</sup> Resource Person: providing specific answers to questions within a larger context (Peplau, 1992)

<sup>37</sup> Teacher: helping the client to learn formally or informally (Peplau, 1992).

<sup>38</sup> Leader: offering direction to the client or group (Peplau, 1992).

<sup>39</sup> Surrogate: serving as a substitute for another such as a parent or a sibling (Peplau, 1992).

<sup>40</sup> Counsellor: promoting experiences leading to health for the client such as expression of feelings (Peplau, 1992).

Seguidamente, representamos a ligação de todas as partes no todo. A junção destes elementos levou-nos a construção da matriz que apresentamos e a qual denominamos de *#asteg-hashtag* ou, em português, *#cardinal*.

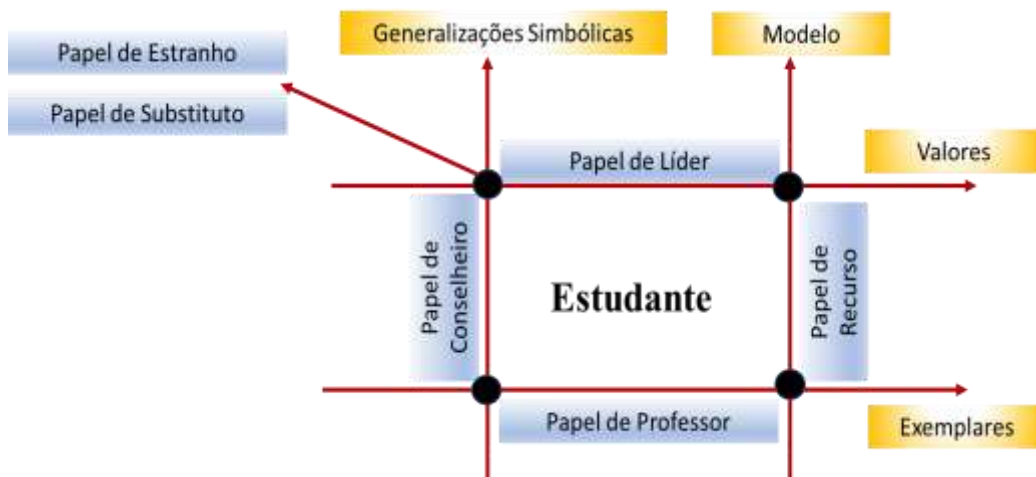


Figura 2 – Representação gráfica da Matriz de Acompanhamento

A matriz é composta por 2 eixos verticais e dois eixos horizontais, do que resultam 4 pontos de intercepção.

Nestes pontos de intercepção, assinalados com pontos redondos a preto, estão colocados o papéis de estranho e/ou o papel de substituto. O papel de **estranho** é iniciado pelo docente na etapa teórica que antecede a ida para ensino clínico, ou seja, o docente já não será um estranho para o estudante. No caso do orientador ou de um docente que não tenha tido contacto prévio (na etapa teórica) com o estudante este será o primeiro papel que ele desempenha, durante esta fase o estudante deve ser tratado de forma cortês e receber as instruções necessárias de forma a sentir-se orientado.

No papel de **substituto** o docente/orientador ajuda o estudante a clarificar o seu domínio de actuação, assim como, a reconhecer o desempenho dos diferentes papéis por parte dos intervenientes.

Os eixos têm setas as quais atribuímos o nome dos papéis de Peplau que nos pareceram os mais adequados a dar um sentido, uma direcção, a indicar um caminho ou percurso a seguir até aos componentes da matriz disciplinar de Kunh.

Este caminho ou percurso que propomos visa facilitar a aprendizagem mais adequada às situações na saúde e doença mental por parte do estudante nos contextos de Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, daí o estudante surgir no centro da nossa matriz.

As experiências dos estudantes constituem ponto de partida para as suas aprendizagens. Estes apresentam traços e características pessoais e desenvolvem conhecimentos, habilidades e capacidades através das suas experiências de aprendizagem, que uma vez combinadas e mobilizados na ação, desenvolvidas neste contexto, se traduzem em competências.

No eixo horizontal superior colocamos o papel de **líder**, entendido como uma relação gradual. O professor e o orientador realizam um processo de iniciação da maturação de metas e objetivos através da interação com o estudante. O uso da componente *valores* tanto pode assumir o recurso aos valores universais e humanos (verdade, justiça, dignidade, tolerância, prudência, respeito) podendo incluir os valores das organizações e dos próprios contextos, com valorização dos valores profissionais. De acordo com o explicitado no Código Deontológico do Enfermeiro, no artigo 99 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, articulamos com os princípios gerais:

- “1. As intervenções de Enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro.
2. São valores universais a observar na relação profissional:
  - a) A igualdade;
  - b) A liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum;
  - c) A verdade e a justiça;
  - d) O altruísmo e a solidariedade;
  - e) A competência e o aperfeiçoamento profissional.
3. São princípios orientadores da atividade dos enfermeiros:
  - a) A responsabilidade inerente ao papel assumido perante a sociedade;
  - b) O respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos cuidados;
  - c) A excelência do exercício na profissão em geral e na relação com outros profissionais.”

No eixo horizontal inferior colocamos o papel de **professor**, entendido como a combinação de todos os outros, a aprendizagem em ensino clínico avança sempre que o estudante

conhece e desenvolve-se em torno do seu interesse de querer e ser capaz de utilizar informação adicional.

O uso da componente *exemplares* com recurso a estratégias pedagógicas que sejam capazes de favorecer a aprendizagem:

- **Estudos de caso** - O estudo de caso é uma metodologia de estudo que permite a exploração intensiva e aumento do conhecimento de um indivíduo, família, comunidade ou cultura (Fortin, 1999). A realização de um estudo de caso, permite encorajar os estudantes a compreender os factos, os valores, os contextos e as tomadas de decisão acerca de um determinado assunto em estudo; assim como aplicar conhecimentos científicos e tecnológicos possibilitando analisar vantagens e desvantagens sobre um determinado tema / facto / assunto em estudo, e o estabelecer ligação com situações reais da actualidade favorecendo a conceitualização e formulação de ideias sobre os fenómenos analisados. A utilização do estudo de caso permite ainda o aprofundar conhecimentos sobre um determinado fenómeno nas suas diferentes dimensões utilizando as etapas do processo de investigação, passando pelo diagnóstico de situação, enquadramento, metodologia e trabalho de campo<sup>41</sup>.
- **Registos de Interação** – É um documento construído pelo estudante onde constam aspectos relacionados com determinadas práticas e situações ocorridas e o contributo dessas experiências na formação pessoal e desenvolvimento de novas competências. Redação descritiva e analítica de interação realizada com clientes/cuidadores e/ou profissionais no sentido de facilitar a explicitação da forma e do conteúdo da interação. Pode socorrer-se de autores e de fundamentos teóricos para a análise da interação verificada<sup>42</sup>.
- **Partilha de experiência entre estudantes** (reflexão sobre as práticas) - estas podem ser facilitadoras, quando realizadas com propósito formativo, e ao longo dos ensinamentos clínicos, promovendo a identificação dos pontos fortes e das dificuldades dos estudantes e discutindo-se, nesse contexto, as

---

<sup>41</sup>Retirado do Index de Instrumentos e Grelhas de Avaliação, Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

<sup>42</sup>Retirado do Glossário Metodologias Avaliação, Departamento de Enfermagem da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

estratégias a utilizar para ultrapassar as dificuldades individuais ou do grupo, faz com que o estudante se sinta implicado nos cuidados (Rua, 2011).

- **Ciclo de vida** (histórias de vida; discussão estudos de caso; casos de vida/narrativas de vida) - Contar a história de vida poderá ter um potencial terapêutico na medida em que promove junto do narrador a reflexão sobre as próprias palavras e discurso que está a construir. Para Spindola e Santos (2003), enquanto conta a sua vida o sujeito reflete, o que nos leva a acreditar que cada vez que se relata um facto estamos perante a oportunidade refletir sobre esse momento. O efeito terapêutico de contar a sua história de vida é facilmente constatado na prática clínica diária pois, “ao ser ouvido com atenção, compaixão e empatia, a pessoa é capaz de organizar o caos que existe na sua mente, o qual foi provocado pela enfermidade ou situação difícil que vivencia, para que encontre por si só soluções” (Benedetto, Garcia, & Blasco, 2010, p. 25). Esta reconstrução da identidade conseguida pela narrativa, leva a pessoa a sentir-se sujeito dos processos e promove o assumir com autonomia as mudanças necessárias na vida (Junges & Bagatini, 2010). Tinoco (2004) sustenta que as histórias de vida são um método de orientação e aconselhamento.
- **Reuniões de Equipa** – os momentos de partilha relacionados com a prestação de cuidados é também um dos métodos que permite a avaliação dos conhecimentos, compreensão e valores que estão na génese dos cuidados de Enfermagem (Stuart, 2007). As avaliações deverão ser basiadas em processos de discussão sendo dada a possibilidade do estudante exprimir a sua compreensão, ponto de vista e opinião, o seu grau de concordância ou dúvidas. Este tipo de metodologia de avaliação pode ter por base documentos integrativos que os estudantes vão construindo no decorrer do processo de aprendizagem em contexto clínico. Um dos métodos mais significativos corresponde ao testemunho de outros intervenientes no processo de aprendizagem (Stuart, 2007). Para tal, convém referir que todas as formas de avaliação são objeto de apreciação dos intervenientes e assim, devem ter alguma forma de moderação.

O estudante tem um papel muito importante na aprendizagem nos contextos de ensino clínico e é sobre ele que incide todo este percurso. Alarcão & Rua, (2005) referem que as perspetivas atuais de formação pressupõem um maior envolvimento do estudante no seu processo formativo, evidenciando o seu papel central no desenvolvimento das suas competências, o que implica, na perspetiva de que deve existir uma interação dos formandos com a ação profissional contextualizada, sob a orientação de profissionais que os ajudem a desenvolver conhecimentos, técnicas e atitudes numa perspetiva de construção do seu profissionalismo e da sua identidade profissional, através da mobilização de conhecimentos adquiridos e emergentes, relevantes para a compreensão do mundo real na sua dimensão ecológica.

Sobre as questões da aprendizagens em ensino clinico tem sido demonstrado a importância da reflexão como um elemento facilitador da aprendizagem do estudante. Quando a reflexão é intencionalmente realizada conduz à construção do saber e sendo metodologicamente estruturada permite a emancipação profissional, o aprender a aprender e a consciência da tomada de decisão (Perrenoud, 1999).

Santos (2007) menciona que nos contextos de Ensino Clínico de Enfermagem, a natureza das situações consideradas como significativas bem como o significado auto percebido pelos estudantes nessas situações poderão ser fatores promotores do processo de reflexão. A prática reflexiva construída no cruzamento dos eixos consciência, reflexão e pensamento crítico é referida por Kuiper e Pesut (2004) como situação promotora do pensamento reflexivo. O papel do estudante pressupõe, nesta abordagem clínico-reflexiva, que este faça uma leitura compreensiva da realidade, observando e interpretando ações processos e resultados, à luz dos saberes disciplinares e da sua possível experiência em estágios anteriores (Rua, 2011).

Os professores podem alargar os processos reflexivos através do apoio e estímulo aos estudantes, criando condições para uma atmosfera de confiança e de segurança. O sucesso da reflexão requer que os estudantes a experimentem como sendo útil e com sentido para a sua ação, e que tenham abertura e responsabilidade (Hyrkäs et al., 2001). Neste processo os professores devem identificar e desenvolver os seus próprios papéis para serem capazes de fazer reflexão em sala de aula e em ensino clínico (Kalischuk & Thorpe, 2002).

A escola, tem um papel fundamental de transmitir o saber, sobretudo teórico, por si só não assegura que este conhecimento seja compreendido, apropriado e incorporado no processo de cuidados. São necessários processos que favoreçam a apreensão do conhecimento e formas que conduzam à sua mobilização e transferência adequada às situações de cuidados. Conseguir-lo, passa pelo significado que é atribuído a esses conhecimentos e o modo como é entendido, sendo este processo realizado pelo próprio estudante. Refletindo acerca do próprio conhecimento e práticas na companhia de outros começam a modificar-se as crenças e ideias acerca do mundo de um modo que nunca se seria capaz se estivesse sozinho (Santos, 2009). A Reflexão envolve um olhar para trás nas práticas clínicas e pensar acerca do que foi feito durante essas práticas, pelo que a prática reflexiva é um modo de melhorar as práticas futuras, melhorando a capacidade pessoal para comunicar, aprender e cooperar e fundamentalmente relacionar teoria e prática (Hargreaves, 2004).

A reflexão ajuda a apresentar o que é a Enfermagem, auxilia na prática de informar e na formação dos profissionais e ajuda os enfermeiros a pensar crítica e construtivamente, tornando o profissional mais confiante nas suas práticas, mais seguro e mais competente no desempenho (Santos, 2009). Hyrkäs et al., (2001) consideram que a reflexão tem sido vista como um modo de promover o desenvolvimento da autonomia, qualificando e auto-dirigindo os profissionais o que se poderá traduzir em melhoria da qualidade dos cuidados, estímulo ao crescimento pessoal e profissional e eliminar o fosso entre a teoria e a prática.

No eixo vertical esquerdo colocamos o papel de **conselheiro**, neste papel o docente e orientador ajudam o estudante a reconhecer, enfrentar, aceitar e resolver problemas que possam estar a interferir no seu desempenho em ensino clínico. Utilizando a componente das *generalizações simbólicas* de Kunh, quando este refere que as generalizações simbólicas são "instrumentos" para os estudantes no reconhecimento de similaridades, com recurso as experiências dos estudantes como ponto de partida para a reflexão e discussão.

No eixo vertical direito colocamos o papel de **recurso**, neste papel o docente e o orientador oferecem respostas específicas às perguntas do estudante, auxiliando na compreensão de um problema ou de uma situação nova, tendo em vista a aprendizagem construtiva, esta pode ser uma resposta direta ou de natureza orientadora. Utilizando a componente do *modelo* de Kunh, através da supervisão clínica, esta entendida como um processo através do qual um profissional de Enfermagem qualificado facilita a aprendizagem, supervisa e

avalia os estudantes em contexto clínico, promovendo o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A formação em Enfermagem é essencial no desenvolvimento de competências do enfermeiro bem como do seu processo identitário, numa primeira fase enquanto aluno e posteriormente enquanto profissional (Rua, 2011).

Qualquer que seja a definição concetual de competência, na formação em Enfermagem é consensual que a sua aquisição, desenvolvimento e avaliação, implicam situações educacionais adequadas de simulação e/ou em contextos reais de prestação de cuidados de Enfermagem, por forma a promover, gradualmente, no estudante, o desenvolvimento de competências de carácter científico, técnico e humano, num processo contínuo de crescimento e autonomia pessoal, propiciando a conjugação de situações de aprendizagem que visam a transformação do conhecimento em competência (Carvalho, 2005).

Em 2003, a Ordem dos Enfermeiros delineou o quadro de competências do enfermeiro de cuidados gerais. A competência do enfermeiro de cuidados gerais refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efectiva do conhecimento e das capacidades. Assim, as competências atualmente preconizadas pela OE, para o enfermeiros de cuidados gerais (Regulamento n.º 190/2015) são distribuídas por três domínios: o domínio da prática profissional, ética e legal, o domínio da prestação e gestão de cuidados e o domínio do desenvolvimento profissional.

Durante a sua formação prevê-se que o estudante de Enfermagem desenvolva competências interpessoais, sistémicas e instrumentais e espera-se que os estudantes desenvolvam as seguintes competências:

Quadro 6: Matriz de Competências CLE- ESS

Competências	Indicadores
Responsabilidade, Ética e Deontologia	O(A) estudante é capaz de aceitar a responsabilidade e responder pelas suas ações e pelos juízos que elabora; reconhece os limites do seu papel e da sua competência; utiliza mecanismos formais e informais de consulta; conhece o articulado do Código Deontológico; envolve-se de forma efetiva nas tomadas de decisão ética; reconhece as suas crenças e valores e a forma como estas podem influenciar a prestação de cuidados. Aborda de forma apropriada as práticas de cuidados, identifica práticas de risco e adota as medidas apropriadas.
Princípios chave da prestação e gestão de cuidados	O(A) estudante é capaz de utilizar os conhecimentos e as técnicas de forma adequada, de fundamentar a decisão e a ação, incorporando resultados de investigação e de aplicar o pensamento crítico e as técnicas de resolução de problemas. Usa corretamente os instrumentos básicos de Enfermagem, organiza eficazmente o seu trabalho e atua como um recurso para as pessoas/clientes.
Promoção de Saúde	O(A) estudante é capaz de encarar o indivíduo, a família e a comunidade numa perspetiva holística que tem em conta as múltiplas determinantes da saúde e de fornecer informação relevante para ajudar a atingir os níveis ótimos de saúde e de reabilitação. Reconhece o potencial da educação para a saúde nas intervenções de Enfermagem e atua de forma a dar poder ao indivíduo, família e comunidade para adotarem estilos de vida saudáveis. Aplica conhecimentos sobre recursos, para a promoção e educação para a saúde, recorre a estratégias de ensino-aprendizagem adequadas e avalia processos e resultados, participando no trabalho em equipa.
Processo de Enfermagem	O(A) estudante é capaz de realizar de forma contínua e sistemática as etapas do Processo de Enfermagem, comunicando com consistência, a informação relevante, correta e compreensível, no respeito pela sua área de competência e pelos limites da relação profissional com a pessoa/cliente.
Comunicação e Relação	O(A) estudante é capaz de iniciar, desenvolver e suspender relações terapêuticas com a pessoa/cliente e / ou cuidadores, através da utilização de comunicação e informação adequadas, promovendo a sua capacitação e autonomia. Utiliza os recursos de informação disponíveis de forma eficaz e apropriada com a pessoa/cliente, pares e equipa multiprofissional.
Ambiente Seguro	O(A) estudante é capaz de agir de acordo com os princípios de segurança, de promover um ambiente de cuidados seguro, utilizando a comunicação, a avaliação, e as estratégias de garantia da qualidade, de gestão do risco, e controlo de infeção.

Trabalho em Equipa e Delegação	Conhece os princípios do trabalho em equipa. Está consciente dos papéis, responsabilidades e funções do enfermeiro. Expressa e fundamenta a importância da participação do enfermeiro. É capaz de estabelecer e manter relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa multidisciplinar, identificando e valorizando os seus papéis e capacidades. Participa com os membros da equipa de saúde na tomada de decisão respeitante à pessoa/cliente, atendendo às diferentes perspetivas. Conhece os princípios da delegação e utiliza estratégias de suporte, quando supervisiona, assumindo a sua responsabilidade.
Desenvolvimento da Aprendizagem	O(A) estudante é capaz de promover e manter a imagem profissional da Enfermagem e contribuir ativamente para o seu desenvolvimento, valorizando a investigação e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde e de Enfermagem. Mantém no desempenho das suas atividades, um padrão de conduta pessoal que dignifica o curso, a escola e a profissão. É capaz de se autoavaliar, fazendo uma análise crítica do seu percurso e dos resultados, apontando caminhos de aquisição e desenvolvimento. Rentabiliza as atividades quotidianas e experiências de cuidados, como momentos potenciais de aprendizagem. Analisa e avalia regularmente as suas práticas, de forma assertiva, assumindo a responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida.

Fonte: Nunes, Lucília et al (2007). Uma Matriz de Competências para a Licenciatura em Enfermagem. Separata Revista Percursos. Ano 2. nº 6.<sup>43</sup>

Rabiais (2014) refere que é durante o ensino clínico que os estudantes de enfermagem interiorizam os saberes teóricos e desenvolvem as competências relacionais (saber ser e saber estar) e psicomotoras (saber fazer-aprender a aprender), fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem globais ao indivíduo, à família e a comunidade, no continuum de vida, e no processo de saúde/ doença, permitindo diferentes saberes de forma integrada e contextualizada.

O ensino clínico surge como um período de transição no desenvolvimento de competências consideradas como essenciais à profissão. Os contextos da prática constituem-se como locais privilegiados de contacto com a realidade profissional, permitindo aos estudantes prepararem-se para o futuro através das experiências que vão adquirindo, desenvolvendo e aperfeiçoando saberes (Martinho et al, 2014).

O papel do professor que supervisiona o estágio é crucial, já que este desenvolve as suas atividades no âmbito da formação, assim como no campo da prática pré-profissional dos

<sup>43</sup>[http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/separat\\_dez\\_07.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/separat_dez_07.pdf).

futuros enfermeiros, gerindo e articulando, diferenças, eventuais conflitos e saberes, aproximando as realidades da escola ao ensino clínico. É também o impulsionador de uma prática reflexiva e o suporte do estudante para contextualizar as experiências emocionalmente intensas e significativas. Este é, um papel complexo, que exige do professor capacidade de adaptação e decisão face aos desafios que enfrenta (Martinho et al, 2014).

Os orientadores de ensino clínico são um elemento activo e facilitador na formação do estudante, uma vez que proporcionam uma integração na dinâmica do serviço. A sua orientação direcciona-se para a facilidade de resolução de problemas, de diminuição de stress, de desenvolvimento de auto confiança, do pensamento crítico e de destrezas técnicas dos estudantes (Longarito, 2002). O estímulo a autonomia do estudante pode ser facilitado, através da demonstração das práticas, de simulações reais, de estudos de caso, de reuniões de estágio, de debates, de discussões construtivas e de formulação de questões reflexivas. Estas estratégias são apontadas como importantes no desenvolvimento da prática e no desempenho técnico (Simões e Garrido, 2007).

Para uma melhor compreensão do papel de cada um dos intervenientes em ensino clínico apresentamos o quadro seguinte:

Quadro 7: Papéis dos Intervenientes em Ensino Clínico

<p><b>Do(a) Estudante</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Entende as orientações gerais experienciadas no ensino clínico e específicas de cada um dos contextos clínicos;</li> <li>b) Conhece as competências adquirir/desenvolver e os respetivos resultados de aprendizagem;</li> <li>c) Produz, em sentido pró-ativo, um planeamento individual do seu ensino clínico em cada contexto, a ser discutido com o enfermeiro(a) orientador(a) e o(a) docente;</li> <li>d) Procura junto do(a) enfermeiro(a) orientador(a), outros profissionais de saúde e/ ou docente, o esclarecimento de dúvidas e de fontes de informação;</li> <li>e) Participa, tutelado(a) pelo(a) enfermeiro(a) orientador(a) e utilizando uma metodologia científica de resolução de problemas, na prestação de cuidados, mobilizando os saberes teóricos e teórico-práticos de todos os anos prévios e do 3º ano em particular, em favor do entendimento da problemática e da adequação dos cuidados com as pessoas assistidas e respetivas famílias;</li> <li>f) Participa nas atividades de rotina e extemporâneas da equipa assistencial do serviço ou unidade (reuniões, formações, etc.), sempre que adequado;</li> <li>g) Produz os elementos destinados à aprendizagem e respetiva autoavaliação formativa e sumativa em cada contexto.</li> </ul>
<p><b>Do(a) Enfermeiro(a) Orientador(a)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Aprecia com o(a) docente e adequa as orientações genéricas do ensino clínico à realidade do seu contexto;</li> <li>b) Aprecia com o(a) estudante e o(a) docente o planeamento individual proposto pelo(a) estudante para o ensino clínico no seu contexto de exercício;</li> <li>c) Seleciona as atividades de aprendizagem a desenvolver pelo(a) estudante, tutelando a sua realização e esclarecendo dúvidas em favor do entendimento da problemática e da adequação dos cuidados com as pessoas assistidas e respetivas famílias;</li> <li>d) Orienta no sentido da consulta a outras fontes de informação;</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>e) Proporciona, sempre que possível, a participação do(a) estudante nas atividades de rotina e extemporâneas da equipa assistencial do serviço (reuniões, formações, etc.);</li> <li>f) Assiste o(a) estudante, na medida do adequado, na produção dos elementos destinados à aprendizagem e respetiva avaliação;</li> <li>g) Participa nas reuniões preparatória, de acompanhamento e de avaliação formativa e sumativa no final do ensino clínico no seu contexto de exercício.</li> </ul>
<p><b>Do(a) Docente</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Aprecia com o(a) enfermeiro(a) orientador(a) a adequação das orientações genéricas do ensino clínico à realidade do seu contexto;</li> <li>b) Aprecia com o(a) estudante e o(a) enfermeiro(a) orientador(a) o planeamento individual do ensino clínico para cada contexto em particular;</li> <li>c) Orienta a reflexão do(a) estudante sobre as atividades de aprendizagem a desenvolver e/ou desenvolvidas, mobilizando os saberes teóricos e teórico-práticos de todos os anos prévios e do 3º ano em particular, em favor do entendimento da problemática e da adequação dos cuidados com as pessoas assistidas e respetivas famílias;</li> <li>d) Orienta no sentido da consulta a outras fontes de informação;</li> <li>e) Discute com o(a) estudante a sua participação nas atividades de rotina e extemporâneas da equipa assistencial do serviço ou unidade (reuniões, formações, etc.);</li> <li>f) Assiste o(a) estudante, na medida do necessário, na produção dos elementos destinados à aprendizagem e respetiva avaliação;</li> <li>g) Promove e participa nas reuniões preparatória, de acompanhamento e de avaliação formativa e sumativa no final do ensino clínico em cada contexto de exercício;</li> <li>h) Reúne com a restante equipa docente e responsável de UC, na reunião de avaliação geral dos(as) estudantes, participando ativamente na mesma;</li> <li>i) Propõe a classificação do(a) estudante do ensino clínico realizado.</li> </ul>

Retirado do Guia de Ensino Clínico da Escola Superior de Saúde – Instituto Politecnico de Setúbal (2019)

Peixoto (2017) refere que um dos propósitos fundamentais do ensino em enfermagem é estimular o estudante a desenvolver-se através de um processo reflexivo, por outro, os estudantes de enfermagem esperam envolver-se em momentos de aprendizagem reflexiva desde o início do curso de licenciatura em enfermagem. Contudo, o destaque atribuído às práticas reflexivas assume maior robustez em contexto clínico, por este ser o local onde os futuros enfermeiros interligam os conhecimentos teóricos adquiridos com os momentos práticos reais, por estar recheado de imprevisibilidade e por se criar a necessidade de reflexão para a tomada de decisão.

A matriz que propomos poderá servir de suporte a novas formas de olhar os processos de aprendizagem assim como o de estimular uma prática reflexiva na enfermagem e em particular na enfermagem de saúde mental e psiquiátrica pela proposta de usar metodologias e estratégias, criando momentos de diálogo que pode ser enriquecido pelos diferentes intervenientes envolvidos (estudantes, docentes e enfermeiros orientadores).

A construção da matriz teve como contexto de partida a síntese dos achados, na sistemática dos 5P's. Sendo 5 diríamos que nem todos estão no mesmo plano, ou seja, a Presença e a Partilha remete-nos para as dimensões da pessoa e para as questões relacionais, o estar com o outro.

Como refere MacDonald du Mont (2002) quando afirma que a presença é uma forma de estar disponível, receptivo, e a enfermagem exige proximidade física e disponibilidade para entrar na experiência de estar presente, para ir ao encontro das necessidades do outro.

O compromisso de presença favorece o cuidado de enfermagem em contexto psiquiátrico e pressupõe a normatividade e simultaneamente uma individualidade do cuidado, a permissividade e controlo e uma atenção periférica favorecendo a gestão do cuidado (Gomes, 2012).

O estudante durante a sua formação passa por uma pluralidade de contextos, a importância destes contextos de formação está na aproximação à prática profissional e a um referencial de construção de identidade profissional, mas também a riqueza das vivências de situações reais, pela sua complexidade, dinâmica e imprevisibilidade, que constituem, no seu conjunto, um campo de aprendizagem por excelência (Rua, 2011).

A formação do estudante é realizada num determinado espaço de tempo, na medida em que permite a continuidade e a regularidade, mas também o envolvimento do estudante no conjunto de actividades do ensino clínico. Para Guix (2011, p.118) “para se elaborar uma relação, é necessário um espaço de compromisso e permanência que garanta uma base de segurança, de confiança no futuro, de crescimento e plenitude (...) uma relação verdadeira implica compromisso ou, o que é o mesmo, que estejamos nela por inteiro”.

Na articulação entre teoria e prática os vários intervenientes são essenciais na aprendizagem dos estudantes. Os serviços são um centro de recursos para a aprendizagem e possuem informação que não se consegue nos livros (Silva & Silva, 2016).

É nossa convicção que a forma como o ensino clínico é organizado, promovendo a proximidade dos contextos, permite desenvolver entre a academia e as instituições prestadoras de cuidados de saúde um conjunto de parcerias que se traduzem na promoção de formação pré e pós graduada permitindo a participação dos diferentes elementos na formação. Pensamos que esta proximidade também contribui para o desenvolvimento de trabalhos de investigação em parceria.



## CONCLUSÃO

O *términus* de um percurso significa o desbravar de novos caminhos. Neste último capítulo pretendemos realizar uma análise reflexiva de todas as etapas de realização deste trabalho, pelo que apresentamos as principais conclusões.

A Enfermagem passou por transformações rápidas e profundadas nos últimos 30 anos, mudanças que devem ser enquadradas na evolução social, tecnológica e no progressivo desenvolvimento científico que as áreas da saúde têm conhecido.

Consideramos que o processo de formação em Enfermagem pretende favorecer a capacidade de intervir de modo competente, em situações diversas, mobilizando conhecimentos, teorias, crenças e atitudes.

Os estudantes de Enfermagem, enquanto futuros profissionais de saúde, mostram constituir um grupo relevante e capaz de assumir um papel preponderante neste processo pelo que as estratégias de ensino/aprendizagem devem ter em conta os conteúdos e oportunidades de experiências práticas em contexto de ensino clínico capazes de desmistificar ideias pré-concebidas em que são privilegiados momentos de reflexão estruturada na presença do docente. Parece ser essencial acabar com os mitos e recorrer a estratégias baseadas na evidência.

Ao longo do nosso percurso fomos guiados pelos nossos objetivos: (1) Identificar a influência do ensino clínico de saúde mental e psiquiatria nas crenças e valores dos estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem; (2) Perspetivar estratégias que potenciem o desenvolvimento e desempenho dos estudantes neste contexto específico; (3) Construir uma matriz de acompanhamento, com base nas etapas anteriores.

O Planeamento do nosso estudo teve início com uma revisão sistemática de literatura que permitiu compreender o estado da arte em relação a esta temática e elaborar o projeto de tese de Doutoramento, servindo de ponto de partida para o nosso estudo pois nele integrámos os principais achados.

Na *Parte I – Enquadramento*, a construção dos principais conceitos teóricos, históricos e temáticos permitiu-nos estruturar e alicerçar o caminho percorrido.

Nesta parte explanámos a definição de Enfermagem em ligação aos documentos que a estruturam, fizemos a ligação ao conceito de cuidar em Enfermagem. Realizamos uma contextualização da formação inicial em Enfermagem, salientando os principais marcos históricos, enquadrados na legislação nacional de referência. Tendo em consideração a área em estudo, realizámos um enquadramento teórico na área da saúde mental e psiquiatria, salientando os marcos históricos que contribuíram de forma significativa para os cuidados de saúde prestados às pessoas com doenças mentais.

O enquadramento teórico permitiu-nos reforçar a filiação teórica à área científica de Enfermagem, a Hildegard Peplau que desenvolveu a Teoria das Relações Interpessoais e nesta teoria identificou os conceitos e princípios que suportam as relações interpessoais que se processam na prática da Enfermagem. Thomas Kuhn surge neste trabalho como um referencial epistemológico, tendo como ponto de partida os conceitos do autor e deles partindo para sistematizar uma matriz referencial para o acompanhamento dos estudantes do curso de licenciatura no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Assim na *Parte II – Percurso Metodológico*, referimos os principais aspectos metodológicos. Para o desenho do estudo delineou-se a metodologia, métodos e técnicas que foram utilizados tendo em conta a problemática em questão. Trata-se de um estudo quantitativo, qualitativo, exploratório e analítico.

Na abordagem quantitativa utilizamos o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) de Loureiro (2008), este questionário foi aplicado no início do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria e no final desse mesmo ensino clínico, seis semanas depois, aos estudantes do Curso de Licenciatura de Enfermagem.

Na abordagem qualitativa recolhemos a opinião dos professores, orientadores e estudantes face às situações experienciadas, que dificuldades e estratégias utilizam no ensino clínico. Para esta colheita de dados, utilizamos as entrevistas de “focus group” (grupo de discussão ou grupo focal), que consistiu na discussão organizada com um grupo seleccionado. Tem sido constituído três amostras, com professores, enfermeiros orientadores e estudantes, que vivenciaram o Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Para a análise

dos verbatins, optámos pela análise crítica de discurso de Norman Fairclough, adequada à natureza deste estudo. Abordámos também as principais questões éticas.

Na **Parte III – Resultados da Investigação**, integrámos as duas etapas, que consistiram na análise dos dados estatísticos extraídos do Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) e na análise a partir dos achados e tópicos discursivos encontrados nas entrevistas, utilizando como técnica fundamental para a configuração analítica do fenómeno em estudo, a análise crítica do discurso de Fairclough.

Para a abordagem quantitativa foram entregues 51 questionários (ICDM) aos estudantes que iriam realizar o Ensino Clínico de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria no 1º dia de ensino clínico. Após a conclusão do ensino clínico foram novamente entregues 51 questionários dos quais recebemos 48, sendo a taxa de participação de 94%. A amostra ficou, assim, constituída com 48 estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, sendo a maioria do género feminino 43 (90%) e 5 (10%) do género masculino.

Para verificar a influência do Ensino Clínico de Saúde Mental e Psiquiatria nas crenças dos estudantes sobre a doença mental foi utilizado o test-t para amostras emparelhadas. Os resultados do teste revelam diferenças estatisticamente significativas entre os dois momentos de avaliação em três fatores do instrumento: fator 1 - ‘Incurabilidade’; fator 2 - ‘Reconhecimento da doença’; fator 4 – ‘Perigosidade’.

Nos restantes fatores: fator 3 - Doença como causa de estigma e discriminação; fator 5 - Responsabilidade individual; fator 6 - Doença como condição médica, as diferenças observadas parecem dever-se ao acaso amostral, não existindo realmente na população.

Estas conclusões vão ao encontro dos resultados de outras pesquisas, como a de Gil (2010) que afirma que o Ensino Clínico de ESMP promove uma mudança nas crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem, ainda assim esse efeito é modesto, o que indicia a necessidade de privilegiar nos currículos conteúdos que aumentem a literacia no domínio da saúde mental. Tal como na população geral, as crenças e atitudes negativas, enraizadas no universo social e cultural das populações podem continuar a acarretar prejuízo para a relação com os doentes e podem relevar-se como um fator inibidor dos comportamentos de procura de ajuda profissional especializada.

Para a abordagem qualitativa com base na realização do Focus Group, constituímos três grupos: (1) uma amostra de estudantes, que vivenciaram o Ensino Clínico de Enfermagem Saúde Mental e Psiquiatria (ESMP) no ano letivo (2017/2018) de uma Escola da Região Sul de Portugal Continental, e aos quais na primeira fase do estudo foi aplicado o Inventário de Crenças acerca das Doenças Mentais (ICDM) antes e depois do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. (2) um grupo de professores que vivenciaram o Ensino Clínico de ESMP no presente ou anterior ano lectivo e (3) uma amostra de enfermeiros orientadores, que vivenciaram o Ensino Clínico de ESMP no presente ou anterior ano letivo.

Na análise das entrevistas e após procura dos padrões de afirmações que evidenciavam a construção de diferentes dimensões e categorias, permitindo integrar cada uma delas nos tópicos discursivos. Dos achados discursivos damos agora ênfase aquilo que os participantes referiram com maior relevância para o nosso estudo.

Os estudantes deram ênfase ao contacto com as pessoas nos diversos contextos de cuidados, internamento de psiquiatria, equipas de tratamento, unidades de cuidados na comunidade, comunidades terapêuticas, como sendo algo importante para a mudança de visão, para a mudança de perspetiva sobre as pessoas que tem um diagnóstico de doença mental assim como em relação a perigosidade/agressividade.

Os docentes deram ênfase ao suporte teórico prévio em ligação ao ensino clínico como sendo importante e significativo, assim como a boa relação com os enfermeiros orientadores, entre quem organiza o ensino clínico e os enfermeiros orientadores. Referem ainda como muito significativo o acompanhamento por parte dos orientadores e dos professores, assim como o facto de estes ajudarem a darem um significado as experiências vividas pelos estudantes. O ensino clínico é um local importante para as aprendizagens e para a articulação entre teoria e prática.

Os orientadores salientaram que a diversidade de contextos de ensino clínico permite experiências enriquecedoras. Mencionam ainda que no contacto com a realidade, as pessoas ganham um nome, uma história de vida. Valorizar as aprendizagens, assim como o participar de uma forma activa nos cuidados e nas actividades do contexto.

Este trabalho finaliza-se numa proposta de Matriz para o acompanhamento em ensino clínico de saúde mental e psiquiatria, considerando que integra os achados e que responde às questões de investigação colocadas.

Na proposta de construção da matriz, estabelecemos ligação entre os componentes principais da matriz disciplinar de Kuhn e os papéis propostos no modelo de Peplau.

Na matriz que apresentámos, conferimos um carácter dinâmico e multidimensional, na medida em que resulta da conjugação de diferentes elementos, de diferentes naturezas e dimensões, que se sustentam, permitindo o desenvolvimento desta área do conhecimento. Propusemo-nos fazer a analogia da relação entre docente/orientador com o estudante, sendo esta uma relação interpessoal assente nos pressupostos pedagógicos referidos, nos papéis de Peplau e nos componentes da matriz disciplinar de Kuhn.

Na construção da Matriz em **#cardinal**, às setas/eixos atribuímos o nome dos papéis de Peplau que nos pareceram os mais adequados a dar um sentido, uma direcção, a indicar um caminho ou percurso a seguir até aos componentes da matriz disciplinar de Kuhn. Este caminho ou percurso que propomos visa facilitar a aprendizagem mais adequada às situações na saúde e doença mental por parte do estudante nos contextos de Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, daí o estudante surgir no centro da nossa matriz.

As experiências dos estudantes constituem ponto de partida para as suas aprendizagens; apresentam traços e características pessoais e desenvolvem conhecimentos, habilidades e capacidades através das suas experiências de aprendizagem, que uma vez combinadas e mobilizados na ação, desenvolvidas neste contexto, se traduzem em competências

Pensamos que uma matriz sendo multifacetada, versátil, mas também unificadora, pode dar origem a um entendimento global que, esperamos, sirva as intenções de cada interveniente no desenvolvimento das aprendizagens nos contextos de Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, e que se constitua como referencial.

A matriz poderá dar origem a novas discussões sobre outras ou novas formas de relacionamento inovadoras entre as instituições de ensino e as organizações de saúde, recorrendo a estratégias educacionais criativas. Naturalmente, a matriz poderá também suscitar debate sobre a sua adaptação/ conversão para outros contextos específicos do Curso de Licenciatura em Enfermagem ou suportar análise de temáticas atuais e pertinentes tais como as políticas de saúde mental e as estratégias educacionais e da relação entre ambas.

Podemos afirmar que a utilização das duas abordagens metodológicas se revelou bastante positiva. Consideramos que os resultados deste estudo trazem contributos com implicações para a prática, realçando a importância do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na contribuição para uma perspectiva mais positiva em relação às crenças e atitudes dos estudantes de Enfermagem acerca dos doentes e doenças mentais.

Como estabelecido à partida, a matriz de acompanhamento dos estudantes no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria visa facilitar a aprendizagem mais adequada às situações na saúde e doença mental.

Ao nível das limitações do estudo, identificamos que a amostra dos estudantes a quem foi aplicado o Inventário de Crenças acerca da Doença Mental (ICMD) pode ser considerada baixa. Na análise crítica do discurso, a própria técnica, pelo enfoque na análise em profundidade de um conjunto de textos (entrevistas), o qual é necessariamente limitado, bem como as ordens de discurso implícitas ao papel de investigador.

Decorrente deste trabalho consideramos pertinente a apresentação de algumas propostas, como divulgação dos resultados do estudo em artigo científico a submeter a revista internacional e apresentação do trabalho em evento destinado a docentes e estudantes de Enfermagem. Equacionando o desenvolvimento curricular do CLE na UC de SM, pretendemos delinear estratégias de aprendizagem que tenham como propósito dar significado, construindo e reconstruindo processos de saúde e doença mental dentro do cenário de prestação de cuidados bem como promover e estimular a introdução de práticas de ensino-aprendizagem que potenciem, para o estudante, um conjunto de aprendizagens mais adequadas às situações na saúde e doença mental em Ensino Clínico.

Parece-nos importante referir que os dados colhidos para realização deste trabalho decorreram no ano lectivo de 2017/2018, pré pandemia Covid-19, e que a maior parte da redação deste documento foi realizada em plena pandemia.

A pandemia teve um impacto sem antecedentes no ensino superior em todo o mundo, não só no diz respeito a aprendizagem e ao ensino “remoto de emergência” mas também no funcionamento das Instituições de Ensino Superior, com o encerramento dos campus e a mudança para o ensino à distância, assim como na flexibilidade de atividades que foram colocadas aos vários atores. Eventualmente, o principal desafio colocado ao corpo docente

terá sido o de adaptar os seus métodos de ensino e avaliação para o online, garantindo a maior proximidade aos resultados esperados. Colocaram-se aos estudantes os desafios de aceder aos conteúdos dos cursos assim como o de lidar de forma adequada com a carga de trabalho e de estudo, que foram substancialmente alteradas. Todas estas questões colocam novos desafios para o futuro que incluem: como garantir a qualidade do ensino online; como apoiar o corpo docente e os estudantes a prepararem-se melhor para ensino/aprendizagem online; como evitar o risco de desvinculação e de abandono dos estudantes que enfrentam dificuldades no ambiente de aprendizagem virtual.

Neste contexto ainda pandémico, pensamos que as estratégias que propomos devem ser ponderadas e merecem ser apreciadas pelo potencial positivo, não obstante o impacto da pandemia no ensino superior.

## **REFERÊNCIAS**

## BIBLIOGRAFIA GERAL

- Almeida, J. C. (2018). *A saúde mental dos portugueses*. Obtido de Fundação Francisco Manuel dos Santos: <https://www.ffms.pt/publicacoes/detalhe/2544/a-saude-mental-dos-portugueses>.
- Almeida, V., Lopes, M., & Damasceno, M. (2005). Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 39(2), pp. 202-210.
- Alonso, J., Codony, M., Kovess, V., Angermeyer, M. C., Katz, S. J., & Brugha, T. S. (2007). Population level of unmet need for mental healthcare in Europe. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 190, pp. 299-306.
- Alves, F. (2008). *A doença mental nem sempre é doença: racionalidades leigas sobre saúde e doença mental: um estudo no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia na especialidade de Sociologia da Saúde, apresentada à Universidade Aberta. Obtido de <http://hdl.handle.net/10400.2/1268>.
- Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.
- Análise Estatística*. (2019). Obtido de Análise Estatística: <http://analise-estatistica.pt/2015/12/e-correto-afirmar-que-o-kmo-complementa-o-alfa-de-cronbach-em-relacao-a-proporcao-da-variacao-dos-dados.html>.
- Bagagem, M. (1992). Papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e psiquiátrica numa equipa de saúde à luz de novos conceitos. *Servir: 40 (4)*.
- Barbosa, T. M. (2010). *O Estigma na Doença Mental perspectivado por estudantes*. Obtido de <http://hdl.handle.net/10216/45349>.
- Basto, M. L. (2009). Investigação sobre o cuidar de enfermagem e a construção da disciplina. *Pensar Enfermagem*, Vol. 13 Nº 2 de 2009.
- Beck, D., & Srivastava, R. (1991). Perceived Level and Sources of Stress in Baccalaureate Nursing Students.
- Burman, E., & Parker, I. (2017). *Discourse analytic research*. New York: Routledge.
- Caldas de Almeida, J., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M., Gusmão, R., Corrêa, B., & Silva, J. (2013). *Estudo epidemiológico nacional de saúde mental: 1º Relatório*. Obtido de [http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria\\_imagens/Relatorio\\_Estudo\\_Saude-Mental\\_2.pdf](http://www.fcm.unl.pt/main/alldoc/galeria_imagens/Relatorio_Estudo_Saude-Mental_2.pdf).

- Callaway, B. (2002). *Hildegard Peplau - A Enfermeira Psiquiátrica do Século*. Loures: Lusociência.
- Canário, R. (2005). Ser enfermeiro hoje. *Caderno CE - Currículo e Ensino*, pp. 9-24.
- Caregnato, R., & Mutti, R. (2006). Pesquisa Qualitativa: Análise de Discurso Versus Análise de Conteúdo. *Textos de Enfermagem*, pp. 679-684. Obtido em 12 de Agosto de 2019, de <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a17>.
- Carvalho, R. (2003). *Parcerias na formação. Papel dos orientadores clínicos. Perspectivas dos actores*. Loures: Lusociência.
- Carvalho, Á., Xavier, M., & Domingos, P. (2017). *PROGRAMA NACIONAL PARA A SAÚDE MENTAL 2017*. Lisboa: DGS.
- Chaves, H. L. (2016). Operacionalização da Análise de Discurso na Investigação Social: um exemplo de percurso metodológico. *5º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, (pp. 490-497).
- Collière, M.-F. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusodidacta.
- Comissão das Comunidades Europeias. (2005). *Livro Verde Melhorar a saúde mental da população Rumo a uma estratégia de saúde mental para a União Europeia*. Bruxelas: Comissão Europeia.
- Community Psychiatric Nurses. (2007). Attitudes changing. News update. *Mental Health Nursing*. London. 27(5):4. Obtido de <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1352632901&sid=9&Fmt=3&clientId=83018&RQT=309&VName=PQD>.
- Contente, P. F. (2012). *Bem-estar, qualidade de vida e saúde mental: estudo descritivo na cidade da Horta*. Obtido de Repositório Científico Lusófona: <http://hdl.handle.net/10437/5049>.
- Costa, M. L. (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: a repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Obtido de <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/1576>.
- Costa, P. (2009). *Crenças e representações sociais dos técnicos de saúde mental e sua influência nas actuais práticas terapêuticas*. Obtido de [https://www.paulojosecosta.com/\\_wp/wp-content/uploads/2009/07/Cren%C3%A7as-e-Representa%C3%A7%C3%B5es-dos-T%C3%A9cnicos-de-Sa%C3%BAde-Mental-e-sua-Influ%C3%Aancia-nas-Actuais-Pr%C3%A1ticas-Terap%C3%Aauticas.pdf](https://www.paulojosecosta.com/_wp/wp-content/uploads/2009/07/Cren%C3%A7as-e-Representa%C3%A7%C3%B5es-dos-T%C3%A9cnicos-de-Sa%C3%BAde-Mental-e-sua-Influ%C3%Aancia-nas-Actuais-Pr%C3%A1ticas-Terap%C3%Aauticas.pdf).
- Declaração de Bolonha*. (1999). Obtido de Declaração de Bolonha de 19 de junho de 1999:

[http://www.ehea.info/Uploads/Documents/1999\\_Bologna\\_Declaration\\_Portuguese.pdf](http://www.ehea.info/Uploads/Documents/1999_Bologna_Declaration_Portuguese.pdf).

Decreto-Lei n.º 100/90, de 20 de março. (1990). *Altera o regime de equivalência do curso de Enfermagem Geral ao bacharelato*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. (1998). *Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 205/95 de 8 de Agosto. (1995). *Diário da República n.º 182, Série I-A*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 22/11 de 10 de Fevereiro. (2011). *Diário da República n.º 29/2011 - Iª Série*. Lisboa.

Decreto-lei n.º 265/83 de 16 de Junho. (1983). *Diário da República n.º 136/1983, Série I*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 305/81 de 12 de Novembro. (1981). *Diário da República n.º 261/1981, Série I de 1981-11-12*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. (2006). *Diário da República n.º 60/2006, Série I-A de 2006-03-24*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 8/10 de 28 de Janeiro. (2010). *Diário da República n.º 191/2010 - Iª Série*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 320/87 de 27 de Agosto. (1987). *Diário da República n.º 196/1987, Série I*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 304/09 de 22 Outubro. (2009). *Diário da República n.º 205/2009 - Iª Série*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 353/99 de 03 de Setembro. (1999). *Fixa as regras gerais a que está subordinado o ensino da enfermagem no âmbito do ensino superior politécnico*. *Diário da República n.º 206, Série I-A*. Lisboa.

Decreto-Lei n.º 36219 de 10 Abril . (1947). *Diário da República n.º81, Serie I*.

Decreto-Lei n.º 99/2001 de 28 de Março. (2001). *Diário da República n.º 74, Série I-A*. Lisboa.

Despacho n.º 1269/17 de 6 de fevereiro. (2017). *Diário da República n.º 26/2017 - IIª Série*. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 — Resumo Executivo: Coordenação Nacional para a Saúde Mental*. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde. (2014). *Programa Nacional para a Saúde Mental. Portugal saúde mental em números - 2014. Direcção Geral da Saúde; 2014*. lisboa.

- Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. (2020). Obtido de Dicionário infopédia da Língua Portuguesa. Porto: Porto Editora, 2003-2020:  
<https://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/matriz>.
- Direção-Geral do Ensino Superior. (2008). *O Processo de Bolonha*. Obtido de Ministério de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior:  
<http://www.dges.mctes.pt/DGES/pt/Estudantes/Processo+de+Bolonha/Processo+d e+Bolonha/>.
- Directiva 77/453/CEE de 27 de Junho. (1977). *Disposições legislativas regulamentares e administrativas relativas às actividades de enfermeiro responsável por cuidados gerais*. Luxemburgo.
- Ekebergh, M. (2011). *A learning model for nursing students during clinical studies*. Obtido de Nurse Education in Practice:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21489878>.
- Espanha, R., Ávila, P., & Mendes, R. V. (2016). *Literacia em Saúde em Portugal*. Obtido de Fundação Calouste Gulbenkian: [https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB\\_FINAL2016.pdf](https://content.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2017/08/29203225/PGISVersCurtaFCB_FINAL2016.pdf).
- Fairclough, N. (2001). *Discurso e mudança social*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Fairclough, N. (2003). *Analysing discourse: Textual analysis for social research*. New York: Routledge.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação: da conceção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- George, J. (2000). *Teorias de Enfermagem* (4ª Edição ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gomes, A., Arcuri, M., Cristel, E., Ribeiro, R., Sousa, L., & Siqueira-Batista. (2010). Avaliação no ensino médico: o papel do portfólio nos currículos baseados em metodologias ativas. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 34(3), pp. 390-396.
- Gomes, L. (2012). *A presença como cuidado de enfermagem: estudo do processo de desenvolvimento da presença em contexto psiquiátrico*. Obtido de REIT - Teses de Doutoramento (Enfermagem): <http://hdl.handle.net/10451/7354>.
- Gonçalves, A. M. (2004). *Doença Mental e a Cura: Um Olhar Antropológico*. Obtido de Revistas RCAAP Millenium: <http://www.ipv.pt/millenium/millenium30/13.pdf>.
- Gui, R. T. (2003). *Grupo focal em pesquisa qualitativa aplicada: intersubjetividade e construção de sentido*. Obtido de Revista Psicologia: Organizações e Trabalho: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rpot/article/view/7071>.

- Guix, X. (2011). *Quero-te Tanto! Aprenda a amar, a querer e a cuidar*. Lisboa: Editora Pergaminho SA.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hill, M., & Hill, A. (2008). *Investigação por Questionário*. Edições Sílabo.
- Junges, J., & Bagatini, T. (2010). Construção de sentido nas narrativas de doentes crónicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 56(2), pp. 179-185.
- Krueger, R., & Casey, M. A. (2000). *Moderating focus groups*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Kuhn, T. (2009). *A Estrutura das revoluções científicas*. Guerra e Paz, Editores S.A.
- Lei n.º 26/2017 de 30 de maio. (2017). *Diário da República n.º 104/2017, Série I*. Lisboa.
- Lei nº 104/98 de 21 de Abril. (1998). *Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respectivo Estatuto*. *Diário da República nº 93, Série I-A*. Lisboa.
- Lei nº 115/97 de 19 de Setembro. (1997). *Diário da República nº 217, Série I-A*. Lisboa.
- Loureiro, L., Dias, C., & Ferreira, P. (2006). ICDM – Um Inventário de Crenças acerca da Doença Mental. *Revista de Investigação em Enfermagem*, pp. 36-44.
- Loureiro, L. (2008). Representações sociais da loucura: Importância para a promoção da saúde mental. Estudo realizado numa amostra de residentes no concelho de Penacova. *Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Saúde Mental do Instituto Superior de Ciências Biomédicas de Abel Salazar*. Universidade do Porto. Porto.
- Loureiro, L., Mendes, A., Barroso, T., & Santos, J. C.. (2012). Literacia em saúde mental de adolescentes e jovens : conceitos e desafios. pp. 157–166.
- MacDonald du Mont, P. (2006). *The Concept of Therapeutic Presence in Nursing*. Obtido de semantic scholar:  
[www.temple.edu/ispr/prev\\_conferences/proceedings/2002/Final%20papers/Phylis\\_du\\_Mont.doc](http://www.temple.edu/ispr/prev_conferences/proceedings/2002/Final%20papers/Phylis_du_Mont.doc).
- Magalhães, M. (2006). Formação Prática do Aluno de Enfermagem: Questões Éticas. *Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de Mestrado em Bioética e Ética Médica*. Porto.
- Mancini, M. (2011). Understanding Change in Community Mental Health Practices through Critical Discourse Analysis. *The British Journal of Social Work, Volume 41, Issue 4, June 2011*, pp. 645–667.

- Manwell, L. A., Barbic, S. P., Roberts, K., Durisko, Z., Lee, C., Ware, E., & McKenzie, K. (2015). Obtido de <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/5/6/e007079.full.pdf>.
- Matos, E. T. (1997). A Colaboração Escola - Serviços. *Nursing, (Ano 10, nº14)*, pp. 31-34.
- McEwen, M., & Wills, E. (2015). *Bases teóricas de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed.
- Moir, J., & Abraham, C. (1996). Why I want to be a psychiatric nurse: constructing an identity through contrasts with general nursing. *Journal of Advanced Nursing, 23(2)*, pp. 295-298.
- Moreno, M. (2019). *belasmensagens.com.br/frases-de-enfermagem*. Obtido de <https://www.belasmensagens.com.br/frases-de-enfermagem>.
- Morgan, D. (1998). *The focus group guidebook*. London: Sage Publications.
- Neeb, K. (2000). *Fundamentos de Enfermagem de Saúde Mental*. Loures: Lusociência.
- Neville, C., & Goetz, S. (2014). Quality and substance of educational strategies for mental health in undergraduate nursing curricula. *International Journal of Mental Health Nursing n°23*, 128-134. doi:10.1111/inm.12025.
- Nogueira, C. (2008). Análise(s) de Discurso: diferentes concepções na prática de pesquisa em psicologia social. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, pp. 235-242.
- Nóvoa, A. (1988). O Método (Auto) Biográfico na Encruzilhada dos Caminhos (e Descaminhos) da Formação de Adultos. *Revista Portuguesa de Educação, 1 (2)*, pp. 7-20.
- Nunes, L. (2014). *Responsabilidade profissional, ética e legal em Enfermagem de Saúde Mental*. Obtido de [http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP\\_Responsabilidade%20%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal\\_LN.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15263/1/EESMP_Responsabilidade%20%20profissional%20%C3%A9tica%20e%20legal_LN.pdf).
- Nunes, L. (2020). Considerações Éticas. a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. pp. 1-22.
- Nunes, L., Martins, L., Cruchinho, P., & Freitas, A. (2007). Uma matriz de competências para a Licenciatura em Enfermagem. *Revista Percursos, 6*, p. 52.
- OMS (2001). Saúde mental, nova concepção, nova esperança: Relatório sobre a Saúde no Mundo. Geneve.
- OMS. (2013). Investing in mental health: evidence for action. Obtido de World Health Organization: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/87232>.

- Ordem dos Enfermeiros - Conselho de Enfermagem. (2012). Parecer n.º19/2012. Portugal. Obtido em 28 de novembro de 2016, de [http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer19\\_CE.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Documents/Parecer19_CE.pdf).
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Publicado em Diário da República - Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, n.º 26/2019 - IIª serie*. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). Competências dos enfermeiros de Cuidados Gerais. Lisboa.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Mental.
- Ordem Enfermeiros. (2015). *REPE Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>.
- Organização Mundial da Saúde. (2002). *Relatório Mundial da Saúde 2001 – saúde mental: nova compreensão, nova esperança*. . Direcção-Geral da Saúde.
- Paiva, A. (2007). Enfermagem Avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir. 2007, Vol. 55, 1-2*, pp. 11-20.
- Parker, I. (2002). *Social Constructionism, discourse and realism*. London: Sage.
- Pedrão, L., Avanci, R., Malaguti, S., & Aguilera, A. (2003). *Atitudes frente à doença mental: estudo comparativo entre ingressantes e formandos de enfermagem*. Obtido de Medicina Ribeirao Preto Online: <https://doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v36i1p37>.
- Peplau, H. (1957). What Is Experiential Teaching? . *The American Journal of Nursing*, 57(7). doi:10.2307/3417485, pp. 884-886.
- Peplau, H. (1992). Interpersonal Relations: A Theoretical Framework for Application in Nursing Practice. *Nursing Science Quarterly*, 5(1), pp. 13–18. Obtido de <https://doi.org/10.1177/089431849200500106>.
- Perrenoud, P. (1999). *Construir as competências desde a escola*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2014). *Análise de Dados para ciências Sociais - A Complementaridade do SPSS* (6ª Edição ed.). Lisboa: Edições Silabo, Lda.
- Pinfold, V., Toulmin, H., Thornicroft, G., Huxley, P., Farmer, P., & Graham, T. (2003). Reducing psychiatric stigma and discrimination: Evaluation of educational interventions in UK secondary schools. *British Journal of Psychiatry*, 182(4), pp. 342-346.

- Portaria 799-D/99 de 20 de Setembro de 1999. (1999). *Diário da República n.º 219, Suplemento Série I-B. Aprova o Regulamento Geral do Curso de Licenciatura em Enfermagem*. Lisboa.
- Portaria n.º 239/94 de 16 de Abril de 1994. (1994). *Diário da República n.º 89/1994 Série I-B*. Lisboa.
- Portaria n.º 268/2002 de 13 de Março de 2002. (2002). *Diário da República n.º 61, Série I-B*. Lisboa.
- Porter, R. (2002). *Madness : A brief history*. Oxford University Press. New York.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1999). *Discourse and Social Psychology*. Obtido de SAGE Publications Ltd:  
<https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1354067x9954004>.
- Quartilho, M. (2001). *Cultura, Medicina e Psiquiatria: do sintoma à experiência*. Coimbra.: Quarteto Editora.
- Quartilho, M. (2020). *Psiquiatria Social e Cultural Diálogos e Convergência*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra - Coimbra University Press.
- Rabiais, I. (2014). *Processos de aprendizagem de cuidar dos estudantes de enfermagem*. Obtido de ICS - Teses de Doutoramento / Doctoral Theses:  
<http://hdl.handle.net/10400.14/15347>.
- Ressel, L. B., Beck, C. L., & Gualda, D. M. (2008). *O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa*. Obtido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa>.
- Sena, R. R., Leite, J. C., Silva, K. L., & Costa, F. M. (2003). Projeto Uni: cenário de aprender, pensar e construir a interdisciplinaridade na prática pedagógica da enfermagem. *Interface (Botucatu), Botucatu*, v.7(13), pp. p. 79-90.
- Sequeira, C. (2006). *Introdução à prática clínica – do diagnóstico à intervenção em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. 1ª edição*. Coimbra: Quarteto.
- Serafim, R. C., Maciel, E. A., Santiago, T. R., & Alexandre, M. E. (2017). Representações sociais da reforma psiquiátrica e doença mental em universitários brasileiros. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 18(1), pp. 221-233.
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Revista de Ciência da Educação N.º 5*, pp. 69-80.
- Silva, A. (2007). Enfermagem Avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. N.º 55 Jan./Fev. pp. 11-19.
- Silva, A. (2008). *A arte de enfermeiro: escola de enfermagem Dr. Ângelo da Fonseca*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Silva, D. (2002). Correntes de pensamento em ciências de enfermagem. *Millenium*, 26.
- Silva, I. S., Veloso, A. L., & Keating, J. B. (2014). *Focus group: Considerações teóricas e metodológicas*. Obtido de <http://www.redalyc.org/art>.
- Streubert, H., & Carpenter, D. (2013). *Investigação Qualitativa em Enfermagem - Avançando o Imperativo Humanista*. 5ª edição. Lusodidacta.
- Stuart, C. (2007). *Assessment, Superision and Support in Clinical Practice. A guide for Nurses, Midwives and other Health Professionals*. London: Churchill Livingstone, Elsevier.
- Terra, M., Ribas, D., Sarturi, F., & Erdmann, A. (2006). Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. *Escola Anna Nery*, 10(4), pp. 711-717.
- Tinoco, R. (2004). *Histórias de vida: Um método de investigação*. Obtido de [http://www.psicologia.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=A0349](http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0349).
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Townsend, M. (2011). *Enfermagem em Saude Mental e Psiquiátrica - Conceitos de cuidado na Prática Baseada na Evidência*. Loures: Lusociência.
- Valente, G., & Viana, L. (2009). Da formação por competências à prática docente reflexiva. *Revista Ibero americana de educación*. 10 de fevereiro, 2009, Vol. IV, 48, pp. 1-7.
- Watson, J. (1999). *Enfermagem Ciência Humana e Cuidar uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusodidacta.
- WHO. (2014). *Mental health: a state of well-being*. Obtido de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/).
- Wodak, R., & Meyer, M. (2001). *Methods of Critical Discourse Analysis*. London, Thousand Oaks, New Delhi: Sage Publications.
- Xavier, M., Batista, H., Mendes, J., Magalhães, P., & Caldas-de-Almeida, J. (2013). Implementing the World Mental Health Survey Initiative in Portugal. *International Journal of Mental Health Systems*, pp. 1-10.
- Xavier, M., Carvalho, Á. A., & Mateus, P. (2014). *Saúde Mental em Números*. Lisboa: DGS.
- Xavier, S. (2013). *Significar a competência emocional do enfermeiro na prestação de cuidados de conforto à pessoa em fim de vida*. Obtido de Repositório Universidade de Lisboa - Tese de Doutoramento em Enfermagem: <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/10565>.

Yazdannik, A., Yousefy, A., & Mohammadi, S. (2017). Discourse analysis: A useful methodology for health-care system researches. *Journal of education and health promotion*, 6, 111.

## EDUCAÇÃO

Abreu, W. (2003). *Supervisão, qualidade e ensinamentos clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau.

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

Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico.* Coimbra: Formasau.

Aguilera, L., & Avanci, R. (2003). *Atitudes Frente à Doença Mental: Estudo Comparativo Entre Ingressantes e Formandos em Enfermagem.* Obtido de <http://www.revistas.usp.br/rmrp/article/view/533/533>.

Alarcão, I. (2001). *Escola reflexiva e nova racionalidade.* Porto Alegre: Artmed.

Alarcão, I., & Costa, N. (2008). *Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem : a perspectiva dos Enfermeiros Cooperantes.* Obtido de <http://www.index-f.com/referencia/2008pdf/0691108.pdf>.

Alarcão, I., & Rua, M. (. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), pp. 373-382.

Almeida, R. (2016). *Estratégias de Coping na Gestão de Stresse em Ensino Clínico Contributos para a Supervisão de Estudantes de Enfermagem.* Obtido de ESEP - Dissertações de Mestrado: <http://hdl.handle.net/10400.26/14896>.

Barroso, I. (2009). *O Ensino Clínico no Curso de Licenciatura em Enfermagem. Estudo sobre as experiências de aprendizagem, situações e factores geradores de stresse nos estudantes.* Obtido de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20159/2/DissertaoIsabelBarroso.pdf>.

Benedetto, M., Garcia, D., & Blasco, P. (2010). Era uma vez... Narrativas em medicina. *Revista Brasileira de Cuidados Paliativos*. 3(1), pp. 19-25.

Borges, C. (2010). *Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: que parcerias?* Obtido em 10 de abril de 2017, de <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/1432/1/2010001411.pdf>.

Carvalho, A. L. (2005). *Avaliação da aprendizagem em ensino clínico no curso de licenciatura em enfermagem.* Lisboa: Instituto Piaget.

- Carvalho, A. C. (2007). Competências: Paradigma oficial do ensino superior português. *Servir*, 55 (3), pp. 78-85.
- Casate, J. C., & Corrêa, A. K. (2006). Vivências de alunos de enfermagem em estágio hospitalar: subsídios para refletir sobre a humanização em saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 40(3), pp. 321-328.
- Cerqueira, A. (2015). *A Educação em enfermagem na pessoa ao envelhecer: Contributos de uma matriz referencial*. Obtido de Repositório da Universidade Católica Portuguesa :  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20123/1/Tese%20Doutoramento%20Enfermagem%20Andreia%20Ferreri%20Cerqueira%20julho%202015.pdf>
- Charleston, R., & Happell, B. (2005). Psychiatric nurses and undergraduated nursing student's perceptions of preceptorship in the mental health setting. *International Journal of Psychiatric Nursing Research*, pp. 1166-1178.
- Cunha, M., Ribeiro, O., Vieira, C., Pinto, F., Alves, L., & Santos, R. (2010). Atitudes do enfermeiro em contexto de ensino clínico: uma revisão da literatura. Obtido de Instituto Politécnico de Viseu: <http://hdl.handle.net/10400.19/308>.
- Delors, J., Al Mufti, I., Amagi, I., Carneiro, R., Chung, F., & Geremek, B. (1996). *Educação, um tesouro a descobrir. Relatório da comissão internacional sobre educação para o século XXI*. Lisboa: Edições Asa.
- Ekebergh, M. (2011). *A learning model for nursing students during clinical studies*. Obtido de Nurse Education in Practice:  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21489878>.
- Fernandes, C., Santos, B., Torres, R., & Lobo, V. (2012). *Refletindo sobre a qualidade da supervisão no ensino clínico de enfermagem em saúde mental: perspectiva dos supervisores*. Obtido de  
<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpesm/n7/n7a05.pdf>.
- Figueiredo, M. C. (1995). Do ensino à prática. *Enfermagem em Foco n° 5, Especial Dezembro*, pp. 16-19.
- Fonseca, M. J. (2006). *Supervisão em ensinios clínicos de enfermagem: perspectiva do docente*. Coimbra: Formasau.
- Gameiro, M. (2003). A Enfermagem Ciência e Arte...e a Investigação. *Revista Referências*, pp. 5-13.
- Garrido, A., Pires, R., & Simões, J. (2008). *Supervisão Clínica em Enfermagem*. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Geib, L. T. (2000). *Educare: Ensaio a Pedagogia*. Obtido de Universidade Federal de Santa Catarina: <https://core.ac.uk/download/pdf/30360443.pdf>.

- Gil, I. M. (2010). *Crenças e Atitudes dos Estudantes de Enfermagem acerca das Doenças e Doentes Mentais: Impacto do Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria*. Obtido de FMUC Medicina - Teses de Mestrado: <http://hdl.handle.net/10316/18217>.
- Gonçalves, A. M., & Sena, R. (1999). A Pedagogia do Cuidado de Enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*. V.3, n.1. Jan./Dez 1999.
- Grinshpoon, A., Lerner, Y., Hornik, L. T., Zilber, N., & Ponizovsky, A. M. (2011). Post-discharge Contact with Mental Health Clinics and Psychiatric Readmission: A 6-month Follow-up Study. *The Israel journal of psychiatry and related sciences - Vol. 48*.
- Haggman-Laitila, A., Elina, E., Riitta, M., Sillanpaa, K., & Leena, R. (2007). *Nursing Students in clinical practice - Developing a model for clinical supervision*. Obtido de Nurse Education in Practice: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17936544>.
- Happell, B. (2008). Clinical experience in mental health nursing: Determining satisfaction and the influential factors. *Nurse Education Today* 28(7), pp. 849-855.
- Happell, B., & Gaskin. (2013). The attitudes of undergraduate nursing students towards mental health nursing: a systematic review. *Nurse Education Today*, pp. 849-855. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23170825>.
- Hargreaves, J. (2004). *So how do you feel about that? Assessing reflective practice*. Obtido de Nurse Education Today, Volume 24, Issue 3, 2004, Pages 196-201: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.11.008>.
- Hyrkäs, K., Tarkka, M. T., & Paunonen-Ilmonen, M. (2001). *Teacher candidates reflective teaching and learning in a hospital setting - changing the pattern of practical training: a challenge to growing into teacherhood*. Obtido de Journal of advanced nursing, 33(4), 503-511: <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01684>.
- Junges, J., & Bagatini, T. (2010). Construção de sentido nas narrativas de doentes crónicos. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 56(2), pp. 179-185.
- Kalischuk, R. G., & Thorpe, K. (2002). Thinking creatively: from nursing education to practice. *Journal of continuing education in nursing*, 33(4), pp. 155-163.
- Koskinen, L., & Aijo, M. (2013). *Development of an integrative practice placement model for students in health care*. Obtido de Nurse Education in Practice: <http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=9&sid=1b4a7941-323e-43ef-b0f56fb89781284a%40sessionmgr4009&hid=4205&bdata=JkF1dGhUeXBIPW1wLGNvb2tpZSxzaGliLHVpZCZsYW5nPXBLWJyJnNpdGU9ZWRzLWxpdmUmc2NvcGU9c2l0ZQ%3d%3d#AN=S147159531200193X&db=edselp>.

- Kuiper, R., & Pesut, D. (2004). Promoting cognitive and metacognitive reflective reasoning skills in nursing practice: self-regulated learning theory. *Journal of Advanced Nursing*, 45 (4), pp. 381-391.
- Longarito, C. S. (2002). O ensino clínico: a importância da orientação e a construção do saber profissional. *Revista Investigação em Enfermagem*. Nº 5 (Fevereiro 2002). Coimbra, pp. 26-33.
- Markström, U. (2009). Attitudes towards mental illness among health care students at Swedish universities--a follow-up study after completed clinical placement. *Nurse Education Today*, 29, pp. 660-665.
- Martinho, J., Pires, R., Carvalho, J. C., & Pimenta, G. (2014). Formação e Desenvolvimento de Competências de Estudantes de Enfermagem em Contexto de Ensino Clínico em Saúde Mental e Psiquiatria. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, Especial 1 - Abril*, pp. 97-102.
- Mendes, A., Marques, M. I., Monteiro, A. P., Barroso, T., & Quaresma, M. H. (2018). Educação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria no curso de licenciatura em enfermagem. *Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 14(2), pp. 73-83.
- Mendes, A., Marques, I., & Barroso, T. (2002). Necessidades Educacionais em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica: estudo exploratório em enfermeiros a trabalhar em serviços de psiquiatria. *Revista Referência nº 8*, pp. 17-23.
- Mullen, A., & Murray, L. (2002). Clinical placements in mental health: are clinicians doing enough for under graduate nursing's students? *International Journal of Mental Health Nursing*, 11, pp. 61-68.
- Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2017). Pensamento crítico dos estudantes de enfermagem em ensino clínico: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(13), pp. 125-138.
- Rigby, L., Wilson, I., Baker, J., Walton, T., Price, O., Dunne, K., & Keeley, P. (2012). The development and evaluation of a 'blended' enquiry based learning model for mental health nursing students: "making your experience count". *Nurse Education Today* nº32, pp. 303-308. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2011.02.009>.
- Rodrigues, M., & Baía, M. (2012). *Mediação e acompanhamento na formação, educação e desenvolvimento profissional*. Obtido de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn7/serIIIIn7a21.pdf>.
- Rosa, A. (2010). *Supervisão e construção de aprendizagens significativas em enfermagem: um estudo de caso em saúde mental*. Obtido de Universidade de Aveiro - DEP - Dissertações de mestrado: <http://hdl.handle.net/10773/7291>.

- Rua, M. (2011). *De aluno a enfermeiro: desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico*. Loures: Lusociência.
- Sales, C. (2015). Critérios de Seleção dos Supervisores de estudantes de enfermagem em ensino clínico : perspectiva dos enfermeiros responsáveis dos serviços. Porto. Obtido em 20 de Novembro de 2016, de <http://hdl.handle.net/10400.26/12838>.
- Santos, E. (2009). *A aprendizagem pela reflexão em ensino clínico : estudo qualitativo na formação inicial em enfermagem*. Obtido de Repositório Institucional da Universidade de Aveiro (RIA): <http://hdl.handle.net/10773/1487>.
- Santos, E., & Fernandes, A. (2007). *A reflexão estruturada como estratégia de aprendizagem em Ensino Clínico*. Obtido de Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra: <https://repositorio.esenfc.pt/rc/>.
- Silva, D. M., & Silva, E. M. (2016). O Ensino Clínico na Formação em Enfermagem. *Escola Superior de Enfermagem de Viseu - 30 anos*, pp. 103-118.
- Silva, L. H. (2008). Educação do campo e pedagogia de alternância. A experiência brasileira. *Texto da conferência proferida na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa a 17 de Maio de 2007* (pp. 105-112). Lisboa: Revista de ciências da educação n.º 5 jan / abr 2008.
- Silva, R., Pires, R., & Vilela, C. (2011). Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico: revisão sistemática de literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, pp. 113-122.
- Simões, J. F., & Garrido, A. F. (2007). Finalidade das estratégias de supervisão utilizadas em ensino clínico de enfermagem. *Texto e Contexto em Enfermagem*, 16 (4), pp. 599-608.
- Stuart, C. (2007). *Assessment, Supervision and Support in Clinical Practice. A guide for Nurses, Midwives and other Health Professionals*. London: Churchill Livingstone, Elsevier.
- Waldow, V. (2009). Reflexão sobre Educação em Enfermagem: Ênfase em um ensino centrado no cuidado. *O Mundo da Saúde*. 2009, Vol. 33, 4, pp. 488-494.

## **HISTORIA DA SAÚDE MENTAL E DO ENSINO**

- Amorim, E. (1955). Enfermagem especializada - Enfermagem Psiquiátrica. *Revista de Enfermagem*, nº 7, pp. 9-15.
- Berrios, G. (1996). *The History of Mental Symptoms. Descriptive psychopathology since the nineteenth century*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Cruz, A. I. (2016). *História da psiquiatria forense em Portugal (1884-1926): a consistente originalidade de Júlio de Matos*. Obtido de Repositório científico da Universidade de Coimbra: <http://hdl.handle.net/10316/32145>.
- Fernandes, B. (1966). *Júlio de Matos - o Positivismo na Psiquiatria. In Filosofia e Psiquiatria (experiência portuguesa e suas raízes). 1º Vol. p. 21-38*. Coimbra: Atlântida.
- Ferreira, T. S. (2017). *Júlio de Matos e o Alienismo em Portugal*. Obtido de Faculdade de Letras da Universidade do Porto. Dissertação realizada no âmbito do Mestrado em História Contemporânea: <https://hdl.handle.net/10216/109421>.
- Foucault, M. (2007). *História da loucura na Idade Clássica*. 8ª edição, 1ª reimpressão, Coleção Estudos. São Paulo - Brasil: Editora Perspectiva.
- Gameiro, A. (1993). *Casa de Saúde do Telhal. 1º Centenário (1863-1963) Textos históricos e clínicos*. Mem Martins: Editorial Hospitalidade.
- Gameiro, A. (2009). *Evocação de um médico esquecido, o Dr. Luís Cebola - pioneiro da ocupação ergoterápica na Casa de Saúde do Telhal, da Ordem Hospitaleira de S. João de Deus. Memória das XX Jornadas de Estudo. Cadernos de Cultura, nº 23, 2009, p. 126-133*. Obtido de [http://www.historiadamedicina.ubi.pt/cadernos\\_medicina/vol23.pdf](http://www.historiadamedicina.ubi.pt/cadernos_medicina/vol23.pdf).
- Ilharco, F. (2006). *Apontamentos das lições de psiquiatria*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra. Coimbra.
- Lazaro, J. (2005). *História de las Ideas Psiquiátricas*. In R. Alarcón, G. Mazzotti, G. & Nicolini. *História da Psiquiatria*. Washington: Organización Panamericana de la Salud, pp. 9-16.
- Mendes, F. R., & Mantovani, M. F. (2009). *Ensino de Enfermagem em Portugal: contributos para a sua história*. *Cogitare Enfermagem* 14 (Nº2/2º Trimestre/Abril), pp. 374-378.
- Nogueira, M. (1990). *História da Enfermagem* 2ª ed. Porto: Salesianas.
- Nunes, L. (2003). *Um olhar sobre o ombro: enfermagem em Portugal 1881-1998*. Loures: Lusociência.
- Nunes, L. (2017). *Historia dos cuidados de enfermagem de saude mental e psiquiátrica. Apresentação das aulas de enfermagem de saude mental e psiquiátrica*. Setubal, Portugal.
- Pereira, A. L. (1986). *A institucionalização da loucura em Portugal*. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, 21, pp. 85-100.

- Pereira, A. L., & Pita, J. R. (2006). Miguel Bombarda e as singularidades de uma época: 1851-1910. *1º Congresso Internacional de Cultura Humanística-Científica Portuguesa Contemporânea* (p. 207). Coimbra: Coimbra University Press.
- Pereira, D. (2015). *Visões da psiquiatria, doença mental e república no trabalho do Psiquiatra Luís Cebola (1876-1967): uma abordagem histórica nas encruzilhadas da psiquiatria, ideologia política e ficção, em Portugal, na primeira metade do Século XX*. Obtido de Repositório da UNL: <http://hdl.handle.net/10362/16309>.
- Pereira, J. M. (2008). *A evolução da cultura médica: a Revista de Neurologia e Psiquiatria (1888-1889)*. Revista Estudos do Século XX. Nº 8.
- Pereira, J. M. (2016). *A Psiquiatria em Portugal: protagonistas e história conceptual (1884 -1924)*. Obtido de Repositório científico da Universidade de Coimbra: <http://hdl.handle.net/10316/29514>.
- Pereira, j. M. (2020). História da Psiquiatria em Portuguesa . Em M. j. Quartilho, Psiquiatria Social e Cultural Diálogos e Convergência (pp. 133-156). Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Pina, A. M. (2013). O processo de afirmação da Psiquiatria em Portugal na transição para o século XX. *Atas I Congresso de História Contemporânea*, pp. 180-189.
- Relvas, J. (2001). Ensino da Psiquiatria em Portugal Breve nota histórica. *Revista da Ordem dos Médicos, fevereiro/março 2001*, pp. 12-14. Obtido de <https://ordemdosmedicos.pt/revistas/ROM20.pdf>.
- Redondo, J. e Sequeira, D. (2005). Registos para a memória do Hospital Sobral Cid. Multitema. Coimbra.
- Saraiva, C., Semedo, L., Ribeiro, M., Oliveira, M. M., & Francisco, S. (2007). Enfermagem no Séc. XXI: 1ª década. *Percursos - Edição Especial Dia do Enfermeiro - Número temático: História da Enfermagem*, pp. 27-31.
- Silva, A. V., Macedo, E. M., Garcia, E. M., Marques, M. F., Pedroso, M. H., & Varandas, M. L. (2007). *Escola Superior de Enfermagem de Artur Ravara. Pioneira no passado, actuante no presente, inovadora no futuro 121 anos de história*. Loures: Lusociencia.
- Silva, T. C., & Kirschbaum, D. I. (2010). A construção do saber em enfermagem psiquiátrica: uma abordagem histórico-crítica. *Revista Eletrónica Saúde Mental Álcool Drogas (Ed. port.) 2010, Nov, 6 (especial)*, pp. 409-438.
- Soares, M. I. (2008). A Reforma dos Serviços de Assistência Psiquiátrica. *Pensar Enfermagem vol. 12, n° 2*, pp. 35-51.

Soares, M. I. (1997). *Da Blusa de Brim à Touca Branca: contributo para a história do ensino de enfermagem em Portugal (1880-1950)*. Lisboa: Educa, Associação Portuguesa dos Enfermeiros.

Spindola, T., & Santos, R. (2003). *Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora?)*. Obtido de Revista da Escola de Enfermagem da USP, 37(2), 119-126: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342003000200014>.

## **APÊNDICES**



## **APÊNDICE 1**

1 - Folha de rosto do questionário



### Questionário

Caro(a) estudante, o meu nome é Lino Ramos estou a realizar uma investigação, no cumprimento do objetivo de elaborar Tese de Doutoramento em Enfermagem, na Universidade Católica Portuguesa, orientação científica da Professora Doutora Lucília Nunes.

Com este trabalho pretendemos conhecer melhor a opinião dos estudantes sobre as crenças relacionadas com a doença mental. Uma etapa do estudo inclui a aplicação da escala Inventário de Crenças sobre a Doença Mental (ICDM). sendo por isso muito importante obter o maior número possível de respostas. Para tal, solicitamos a sua colaboração, no preenchimento do questionário anexo.

### **Questionário**

As questões são de resposta fechada em escala que deve responder com uma cruz (x) no quadrado que melhor traduz a sua opinião.

A análise dos questionários será feita com utilização do programa informático SPSS. Os dados serão utilizados única e exclusivamente para o objetivo deste estudo garantindo **o anonimato e a confidencialidade dos mesmos.**

Não existem respostas correctas ou inadequadas. O importante é a sua opinião!

O questionário demora cerca 15 minutos a ser preenchido.

**Muito Obrigado pela sua Colaboração.**



## **APÊNDICE 2**

2 – Carta explicativa do estudo dirigida aos estudantes participantes do focus group (grupo de discussão ou grupo focal)



## **Informação aos participantes**

Caro(a) estudante,

O meu nome é Lino Ramos, estou a realizar uma investigação, no cumprimento do objetivo de elaborar a Tese de Doutoramento em Enfermagem, com o título "O Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Proposta de uma matriz para o acompanhamento dos estudantes do Curso de Licenciatura", na Universidade Católica Portuguesa, com a orientação científica da Professora Doutora Lucília Nunes.

Ao realizarmos este trabalho propomo-nos elaborar uma matriz de acompanhamento dos estudantes no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria visando facilitar a aprendizagem mais adequada às situações na saúde e doença mental.

Uma etapa do estudo inclui a recolha da opinião dos estudantes face às situações experienciadas, que dificuldades e estratégias utilizaram no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria. Para esta colheita de dados, pretendemos utilizar a entrevista de “focus group” (grupo de discussão ou grupo focal), que consiste na discussão organizada com um grupo seleccionado de estudantes.

O focus group terá a duração estimada de uma hora.

Ser-lhe-á solicitada autorização para gravação áudio, sendo que esta gravação, assim como os registos, serão destruídos após a discussão da tese.

Os dados serão utilizados única e exclusivamente para o objetivo deste estudo garantindo-se o anonimato dos participantes e a confidencialidade das respostas individuais, uma vez que os dados serão agregados.

Não existem respostas correctas ou inadequadas. O importante é a sua opinião.

E se o vier a pretender, pode abandonar o estudo, enviando-me informação dessa decisão (lino.ramos@ess.ips.pt).

Na sequência de aceitação da participação, livre e esclarecida, ser-lhe-á solicitado que assine o formulário de consentimento informado.



### **APÊNDICE 3**

3 – Carta explicativa do estudo dirigida aos professores participantes do focus group (grupo de discussão ou grupo focal)



## **Informação aos Participantes**

Caro(a) Docentes,

O meu nome é Lino Ramos, estou a realizar uma investigação, no cumprimento do objetivo de elaborar a Tese de Doutoramento em Enfermagem, com o título "O Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Proposta de uma matriz para o acompanhamento dos estudantes do Curso de Licenciatura", na Universidade Católica Portuguesa, com a orientação científica da Professora Doutora Lucília Nunes.

Ao realizarmos este trabalho propomo-nos elaborar uma matriz de acompanhamento dos estudantes no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria visando facilitar a aprendizagem mais adequada às situações na saúde e doença mental.

Uma etapa do estudo inclui a recolha da opinião dos docentes que leccionam e/ou orientam estudantes no Ensino Clínico de Saúde Mental e Psiquiatria. O intuito é perguntar face às situações experienciadas, que estratégias utilizaram no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Para esta colheita de dados, pretendemos utilizar a entrevista de “focus group” (grupo de discussão ou grupo focal), que consiste na discussão organizada com um grupo seleccionado de docentes.

O focus group terá a duração estimada de uma hora.

Ser-lhe-á solicitada autorização para gravação áudio, sendo que esta gravação, assim como os registos, serão destruídos após a discussão da tese.

Os dados serão utilizados única e exclusivamente para o objetivo deste estudo garantindo-se o anonimato dos participantes e a confidencialidade das respostas individuais, uma vez que os dados serão agregados.

Não existem respostas correctas ou inadequadas. O importante é a sua opinião.

E se o vier a pretender, pode abandonar o estudo, enviando-me informação dessa decisão (lino.ramos@ess.ips.pt).

Na sequência de aceitação da participação, livre e esclarecida, ser-lhe-á solicitado que assine o formulário de consentimento informado.



## **APÊNDICE 4**

4 – Carta explicativa do estudo dirigida aos orientadores de ensino clínico participantes do focus group (grupo de discussão ou grupo focal)



## **Informação aos Participantes**

Caro(a) Orientadores,

O meu nome é Lino Ramos, estou a realizar uma investigação, no cumprimento do objetivo de elaborar a Tese de Doutoramento em Enfermagem, com o título "O Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Proposta de uma matriz para o acompanhamento dos estudantes do Curso de Licenciatura", na Universidade Católica Portuguesa, com a orientação científica da Professora Doutora Lucília Nunes.

Ao realizarmos este trabalho propomo-nos elaborar uma matriz de acompanhamento dos estudantes no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria visando facilitar a aprendizagem mais adequada às situações na saúde e doença mental.

Uma etapa do estudo inclui a recolha da opinião dos orientadores que leccionam e/ou orientam estudantes no Ensino Clínico de Saúde Mental e Psiquiatria. O intuito é perguntar face às situações experienciadas, que estratégias utilizaram no Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria.

Para esta colheita de dados, pretendemos utilizar a entrevista de “focus group” (grupo de discussão ou grupo focal), que consiste na discussão organizada com um grupo seleccionado de orientadores.

O focus group terá a duração estimada de uma hora.

Ser-lhe-á solicitada autorização para gravação áudio, sendo que esta gravação, assim como os registos, serão destruídos após a discussão da tese.

Os dados serão utilizados única e exclusivamente para o objetivo deste estudo garantindo-se o anonimato dos participantes e a confidencialidade das respostas individuais, uma vez que os dados serão agregados.

Não existem respostas correctas ou inadequadas. O importante é a sua opinião.

E se o vier a pretender, pode abandonar o estudo, enviando-me informação dessa decisão (lino.ramos@ess.ips.pt).

Na sequência de aceitação da participação, livre e esclarecida, ser-lhe-á solicitado que assine o formulário de consentimento informado.



## **APÊNDICE 5**

5 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (focus group)



## **Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos, Docente de Enfermagem e doutorando em Enfermagem, a desenvolver o projecto subordinado ao tema: “O Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria: Proposta de uma Matriz para o Acompanhamento dos Estudantes do Curso de Licenciatura”, sob orientação da Professora Doutora Lucília Nunes, solicita a sua disponibilidade para participar num Focus Group, a fim de colaborar no referido estudo.

Ao assinar o presente termo de consentimento livre e esclarecido, manifesto:

- Saber que o objetivo do estudo é recolher dados, face às situações experienciadas no contexto de Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria;
- Saber que a minha participação é voluntaria, podendo ser interrompida em qualquer momento;
- Saber que da aceitação em participar no estudo não decorrem quaisquer benefícios ou prejuízos;
- Saber que da recusa em qualquer momento em participar no estudo não decorrem quaisquer benefícios ou prejuízos;
- Saber que a minha identificação será mantida no anonimato;
- Saber que a informação recolhida no focus group é confidencial e se destina exclusivamente a ser utilizada neste estudo;
- Ter esclarecido com o investigador qualquer questão não respondida neste termo de consentimento;
- Autorizar que o focus group seja gravado em suporte áudio;

Assinatura do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura do investigador: \_\_\_\_\_

(Lino Alexandre Andrade Martins dos Ramos)

