

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

ANAÍSA CRISTINA PINTO

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ENSINO EM
ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA: VALIDAÇÃO
DE CONTEÚDO**

**SÃO PAULO
2020**

ANAÍSA CRISTINA PINTO

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ENSINO EM
ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA: VALIDAÇÃO
DE CONTEÚDO**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Área de Concentração: Enfermagem

Linha de pesquisa: Prática Social e Profissional em Saúde

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Barros

**SÃO PAULO
2020**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ___/___/___

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Pinto, Anaísa Cristina

Escala de avaliação da qualidade do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo / Anaísa Cristina Pinto. São Paulo, 2020.

287 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sônia Barros

Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da EEUSP e EERPUSP

1. Ensino. 2. Enfermagem. 3. Saúde Mental. 4. Reabilitação Psicossocial. 5. Estudo de Validação de Conteúdo. I. Título.

Nome: Anaísa Cristina Pinto

Título: Escala de avaliação da qualidade do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo.

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, para a obtenção do título de Doutora em Ciências.

Aprovado em: __/__/____.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof.^a Dr.^a Sônia Barros

Instituição: EEUSP

Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. (a) Dr. (a) _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

Aos meus amores,

Lucas (Bruno) e Cardoso, por serem minhas fontes de inspiração, de
energia, coragem e amor;

Cleo e Binho, pelo suporte e confiança;

Vinícius e Rafael, pelo companheirismo de toda a vida;

Meus amigxs pelos choros e pelas risadas!

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora, Prof.^a Dr.^a Sônia Barros, quem me ensinou e acolheu nos diversos momentos em que me faltou clareza, durante esta trajetória;

Ao babe, que tem o melhor coração, o melhor raciocínio matemático, os melhores conselhos e o melhor abraço do mundo. Meu amor e agradecimento por tanto;

Ao Cardoso, meu grudinho, que trouxe leveza aos meus dias;

À minha amada família, que sempre se mostrou preocupada, na torcida por mim e que me deu suporte, sempre que eu precisei;

Aos meus sosôbrinhos, que revigoram a minha alma;

Aos meus amigxs Talita, Sas, Thiago, Natee, Maril, Karis, Pão, Lô e Karina, que às vezes choram, às vezes riem comigo e sempre me inspiram;

Às queridas amigas Lara e Laís, com as quais construí uma parceria, para além da ciência;

À todxs do Grupo de Pesquisa Enfermagem e as Políticas de Saúde Mental (GEnPSM), por tanto aprendizado e ótimos momentos;

Ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem, da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, pela oportunidade de um aprendizado de excelência;

Às participantes de minha pesquisa, pelo aceite, atenção e disponibilidade;

Aos membros da banca de exame de qualificação e defesa da tese de doutoramento, pela disponibilidade e valiosas contribuições;

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro para a realização desta pesquisa, principalmente neste momento em que educação e ciência passam por infindáveis ameaças. Obrigada pela resistência;

Às pessoas que nem imaginam, mas que sou muito grata pela torcida e apoio.

“Se tantos homens em quem supomos juízo são reclusos por dementes, quem nos afirma que o alienado não é o alienista?”

Joaquim Maria Machado de Assis, O Alienista

Pinto AC. Escala de avaliação da qualidade do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo. [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2020.

RESUMO

Introdução: As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem (DCN/ENF) consideram que as escolas devem reconhecer as formas de organização social, transformações e expressões. Concomitantemente, a Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira busca substituir o modelo centralizado na assistência no hospital. Embora o paradigma psicossocial seja o norteador das políticas públicas de saúde mental no Brasil, o histórico da hegemonia do modelo hospitalocêntrico, em relação ao psicossocial, sugere que ensino ainda seja pautado no modelo asilar. **Pergunta de pesquisa:** Uma escala de avaliação de qualidade padronizada poderá identificar se o ensino de Saúde Mental e Psiquiatria nos cursos de graduação em Enfermagem brasileiros está pautado na reabilitação psicossocial; se atende aos dispostos da lei 10.216/2001 e das DCN/ENF/2001; e se ajuda nas reformulações necessárias ao n.º processo de ensinar Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria na perspectiva da RP? **Objetivo Geral:** Construir e validar o conteúdo de uma escala que avalie o ensino de Saúde Mental e Psiquiatria nos cursos de graduação em Enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei n.º 10.216/2001 e das DCN/ENF. **Objetivos Específicos:** Caracterização as IES brasileiras; realizar um censo dos cursos de graduação em Enfermagem em IES brasileiras; identificar e caracterizar as disciplinas de Saúde Mental e Psiquiatria dos cursos de Enfermagem de escolas brasileiras; identificar as dimensões necessárias para o ensino desta disciplina nos cursos de graduação em Enfermagem, na Lei n.º 10.216, no capítulo *A reabilitação como cidadania* do livro *Libertando Identidades*, de Benedetto Saraceno (2001), no texto das DCN/ENF/2001 e nas opiniões de professores de disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria de cursos de graduação em Enfermagem; elaborar itens de uma escala contendo as dimensões necessárias para o ensino de Saúde Mental e Psiquiatria nos cursos de graduação em Enfermagem; validar o conteúdo da escala; realizar teste-piloto da escala com professores de disciplinas de Saúde Mental e Psiquiatria de cursos de Enfermagem brasileiros. **Materiais e Métodos:** Estudo de abordagem quantitativa e psicométrica (quando se construiu e validou o conteúdo da escala de avaliação de qualidade do ensino de Saúde Mental e Psiquiatria de cursos de graduação em Enfermagem - E-Mental). **Resultados e Discussões:** A maioria das IES e dos cursos de Enfermagem brasileiros são privados. A variação em relação à quantidade de disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria foi alta por não haver uma legislação específica para a padronização das disciplinas. A escala E-Mental apresentou evidências de validade de sua estrutura interna pelo conteúdo. **Considerações Finais:** Para que o ensino seja coerente com as políticas de saúde mental e que os cursos formem profissionais aptos para atuarem de acordo com as demandas do sistema público de saúde, é necessário que pesquisas se dediquem à temática.

Palavras-Chave: Ensino. Enfermagem. Saúde Mental. Reabilitação Psicossocial. Estudo de Validação de Conteúdo.

Pinto AC. Quality assessment scale of mental and psychiatric health nursing education: content validation [thesis]. São Paulo: Nursing School, University of São Paulo; 2020.

ABSTRACT

Introduction: The National Curriculum Guidelines for Nursing Courses (DCN / ENF) consider that schools should recognize forms of social organization, transformations, and expressions. Concomitantly, the Brazilian Psychiatric Reform (PR) seeks to replace the centralized model of in-hospital care. Although the psychosocial paradigm is the guiding principle of public mental health policies in Brazil, the history of hospital-centered hegemony regarding the psychosocial model suggests that teaching is still based on the asylum model. **Research question:** A standardized quality assessment scale will identify whether the Mental Health and Psychiatry teaching in Brazilian Nursing undergraduate courses is based on psychosocial rehabilitation and meets the provisions of Law nº 10.216/2001 and DCN/ENF/2001, and to help in necessary reformulations to the process of teaching Nursing in mental and psychiatric health from the PR perspective? **General Objective:** To construct and to validate the content of a scale that evaluates the teaching of Mental Health and Psychiatry in Brazilian Nursing undergraduate courses from the perspective of psychosocial rehabilitation, according to the provisions of Law nº 10.216/2001 and DCN/ENF/2001. **Specific Objectives:** Brazilian HEIs characterization; to conduct a census of undergraduate nursing courses in Brazilian HEIs; to identify and characterize the disciplines of Mental Health and Psychiatry in Nursing courses of Brazilian schools; to identify the necessary dimensions for the teaching of this subject, based on Law nº 10.216/2001, in the chapter *The rehabilitation as citizenship* from the book *Libertando Identidades*, by Benedetto Saraceno (2001), the DCN/ENF/2001 text and teachers opinions of Nursing disciplines in Mental and Psychiatric Health of undergraduate Nursing courses; to elaborate items of a scale containing the necessary dimensions for the teaching of Mental Health and Psychiatry in undergraduate Nursing courses; to validate the content of the scale; to conduct a pilot-scale test with Mental Health and Psychiatry teachers from Brazilian Nursing courses. **Materials and Methods:** To study the quantitative and psychometric approaches (when the content of the quality assessment scale of the teaching of Mental Health and Psychiatry of undergraduate Nursing - E-Mental) was constructed and validated. **Results and Discussion:** Most Brazilian HEIs and Nursing courses are private. The variation in disciplines in Mental and Psychiatric Health Nursing was high because there is no specific legislation for discipline standardization. The E-Mental scale showed evidence of its internal structure validity by content. **Final Considerations:** For the teaching to be coherent with the mental health policies and the courses train fit professionals to work by following the public health system demands, it is necessary to research this theme properly.

Keywords: Teaching. Nursing. Mental health. Psychosocial rehabilitation. Content Validation Study.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Áreas temáticas dos cursos de enfermagem e carga horária total, em 1994...	37
Tabela 2 - Instituições de Ensino Superior no Brasil, segundo a categoria administrativa. Brasil, 2019	89
Tabela 3 - Instituições de Ensino Superior no Brasil, por categoria administrativa, segundo região. Brasil, 2019	90
Tabela 4 - Instituições de Ensino Superior no Brasil, segundo a forma da categoria administrativa pública. Brasil, 2019	90
Tabela 5 - Instituições de Ensino Superior no Brasil, por forma de categoria administrativa pública, segundo região. Brasil, 2019.....	91
Tabela 6 - Cursos de enfermagem brasileiros por categorias administrativas. Brasil, 2019	97
Tabela 7 - Cursos de enfermagem brasileiros, por categoria administrativa, segundo regiões brasileiras. Brasil, 2019.....	97
Tabela 8 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo organização acadêmica. Brasil, 2019	98
Tabela 9 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo grau. Brasil, 2019	98
Tabela 10 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo turno. Brasil, 2019	99
Tabela 11 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo cursos que acontecem em um turno. Brasil, 2019	99
Tabela 12 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo duração. Brasil, 2019	100
Tabela 13 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo carga horária mínima. Brasil, 2019.....	100
Tabela 14 - Cursos de enfermagem brasileiros, por categoria administrativa, segundo as notas de avaliações do MEC. Brasil, 2019	102
Tabela 15 - Curso de enfermagem brasileiros, por categoria administrativa, segundo vagas. Brasil, 2019	103
Tabela 16 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo tipo de credenciamento. Brasil, 2019	104
Tabela 17 - Cursos de enfermagem brasileiros por tipo de credenciamento, segundo organização acadêmica. Brasil, 2019	104
Tabela 18 - Cursos de enfermagem brasileiros, por tipo de credenciamento, segundo as notas de avaliações do MEC. Brasil, 2019	105
Tabela 19 - Cursos de enfermagem brasileiros, por tipo de credenciamento, segundo vagas Brasil, 2019	106

Tabela 20 - Disciplinas obrigatórias de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem, por categoria administrativa, segundo quantidade. Brasil, 2019	118
Tabela 21 - Disciplinas optativas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem, por categoria administrativa, segundo quantidade. Brasil, 2019	119
Tabela 22 - Disciplinas obrigatórias de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem, por tipo de credenciamento, segundo quantidade. Brasil, 2019	120
Tabela 23 - Disciplinas optativas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem, por tipo de credenciamento, segundo quantidade. Brasil, 2019	120
Tabela 24 - Coeficientes de Validade de Conteúdo segundo domínios. Brasil, 2019	131
Tabela 25 - Coeficientes de Validade de Conteúdo, quanto à Clareza de Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica, segundo cada item da E-Mental. Brasil, 2019	132
Tabela 26 - Respostas de professoras de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação brasileiros, à E-Mental. Brasil, 2019	148

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Mapa do Brasil, no portal e-MEC	94
Figura 2 - Cursos por estados, no portal e-MEC.	94
Figura 3 - Página da IES no portal e-MEC	95
Figura 4 - Página do curso, no portal e-MEC.....	96
Figura 5 - Página do curso com carga horária mínima de 13.515 horas, no portal e-MEC.....	101
Figura 6 - IES com curso EAD que oferece 47.880 vagas para enfermagem.....	107
Figura 7 - E-Mental enviada aos juízes.	129
Figura 8 - Aba Domínios da E-Mental	130

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** - Dimensão 2, item, sugestões das juízas e decisão, quanto aos itens com escores abaixo de 0,80 135
- Quadro 2** - Dimensão 4.3, itens, sugestões das juízas, decisões e redações dos novos itens, quanto aos itens com escores abaixo de 0,80 136
- Quadro 3** - Dimensões, itens, sugestões das juízas, decisões e redações dos novos itens, quanto aos itens com escores acima de 0,80..... 138
- Quadro 4** - Dimensões e itens retirados com escores acima de 0,80 143

LISTA DE SIGLAS

Abed	Associação Brasileira de Educação a Distância
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ABP	Associação Brasileira de Psiquiatria
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABRASME	Associação Brasileira de Saúde Mental
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
ALMG	Assembleia Legislativa de Minas Gerais
Cadastro e-MEC	Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior
CAMI	<i>Community Attitudes Toward the Mentally Ill Inventory</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e outras Drogas
CC	Conceito de Curso
CEEE	Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CES	Câmara de Educação Superior
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGMAD	Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas
CH	Carga horária
CI	Conceito Institucional
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CL	Clareza de Linguagem
CNE	Conselho Nacional de Educação
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNSM	Conferência Nacional de Saúde Mental
CO	Centro Oeste
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONASEMS	Conselhos Nacionais de Secretários Estaduais e Municipais da Saúde
CONASS	Conselhos Nacionais de Secretários de Saúde
COSAM	Coordenação de Saúde Mental do Ministério de Saúde
CPC	Conceito Preliminar de Curso
CT	Comunidades Terapêuticas

CVC	Coeficiente de Validade de Conteúdo
DCN	Diretrizes Curriculares Nacionais
DCN/ENF	Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem
DEPES	Departamento de Política de Ensino Superior
DH	Direitos Humanos
EAD	Educação à Distância
EDUSERVE	<i>Education Service</i>
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ENADE	Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes
ENC	Exame Nacional de Cursos
EUA	Estados Unidos da América
FIES	Programa de Financiamento Estudantil
Fiocruz	Fundação Oswaldo Cruz
GT	Grupo de Trabalho
HEdPERF	<i>Higher Education PERFORMANCE-only</i>
HEDUQUAL	Instrumento para medir grandes fatores do serviço de ensino superior
HETQMEX	<i>A Higher Education TQM Excellence Model</i>
HP	Hospital Psiquiátrico
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICC	<i>Intraclass Correlation Coefficient</i>
IDD	Índice de Diferença de Desempenho entre os Desempenhos Observado e Esperado
IES	Instituições de Ensino Superior
INEP	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC	Ministério da Educação
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
MTSM	Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental
N	Norte
NE	Nordeste
NOAS-SUS	Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB-SUS	Normas Operacionais Básicas do Sistema Único de Saúde
NT	Nota Técnica
OMI	<i>Opinion About Mental Illness</i>

OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
PABAK	<i>Prevalence Adjusted Bias Adjusted Kappa</i>
PHC	Pedagogia-Histórico-Crítica
PIB	Produto Interno Bruto
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNASH/Psiquiatria	Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares
PNSM	Política Nacional de Saúde Mental
PP	Pertinência Prática
PPP	Projeto Político Pedagógico
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RP	Reforma Psiquiátrica
RT	Relacionamento Terapêutico
RT	Relevância Teórica
S	Sul
SE	Sudeste
SENADEn	Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem
Seres	Supervisão da Educação Superior
SERVPERF	Service Performance
SERVQUAL	<i>Service Quality Gap Analysis</i>
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGESTES	Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde
SINAES	Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior
SM	Saúde Mental
SQM-HEI	<i>Service Quality Measurement and Higher Education in India</i>
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUS	Sistema Único de Saúde
TEVT	<i>Technical Educational and Vocational Training</i>
TM	Transtorno Mental
UA	Unidades de Acolhimento
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UPHG	Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais
WHO	<i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1 O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA	19
2 INTRODUÇÃO.....	21
2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA, MECANISMOS DE GESTÃO PARA A SUA IMPLEMENTAÇÃO E OS RETROCESSOS NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL	25
2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL/2005 E A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS	31
2.3 O ENSINO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM X CURRÍCULOS MÍNIMOS DE ENFERMAGEM BRASILEIROS.....	33
2.4 LEI DE DIRETRIZES E BASES E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DE ENFERMAGEM DE 2001	37
2.5 AVALIAÇÃO E QUALIDADE NA EDUCAÇÃO SUPERIOR	39
2.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ENSINO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA EM CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM	43
3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA, JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	49
4 PERGUNTA DE PESQUISA	52
5 OBJETIVOS	54
5.1 OBJETIVO GERAL	55
5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	55
6 MATERIAIS E MÉTODOS	57
6.1 Delineamento da pesquisa.....	57
6.2 ETAPA I: CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR BRASILEIRAS	57
6.2.1 Fonte de dados	57
6.2.2 Procedimento de coleta de dados	57
6.2.3 Análise de dados	58
6.2.4 Aspectos éticos	59
6.3 ETAPA I: CENSO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DAS DISCIPLINAS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA DESTES CURSOS	59
6.3.1 Fonte de dados	59
6.3.2 Procedimentos de coleta de dados.....	59
6.3.3 Análise de dados	61
6.3.4 Aspectos éticos	62

6.4	ETAPA III: CONSTRUÇÃO E LEVANTAMENTO DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CONTEÚDO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ENSINO EM DISCIPLINAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA (E-MENTAL)	62
6.4.1	Referencial teórico-metodológico desta etapa da pesquisa.....	62
6.4.2	Geração do conjunto de itens	68
6.4.3	Validade de conteúdo e avaliação das propriedades psicométricas.....	80
6.4.4	Procedimento de coleta de dados: comitê de juízes.....	81
6.4.5	Análise dos dados: comitê de juízes.....	84
6.4.6	Aspectos éticos do comitê de juízes	86
6.5	VERIFICAÇÃO DA APLICABILIDADE DA ESCALA E-MENTAL.....	86
6.5.1	Fonte de dados	86
6.5.2	Procedimento de coleta de dados	86
6.5.3	Análise de dados	87
6.5.4	Aspectos éticos	87
7	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	88
7.1	CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR BRASILEIRAS	89
7.1.1	Discussões dos resultados da caracterização das Instituições de Ensino Superior brasileiras	91
7.2	CENSO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM BRASILEIROS.....	93
7.2.1	Discussão dos resultados do censo dos cursos de graduação em enfermagem brasileiros.....	108
7.3	IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DAS DISCIPLINAS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM BRASILEIROS.....	117
7.3.1	Discussão dos resultados de identificação e caracterização das disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem brasileiros	121
7.4	CONSTRUÇÃO, LEVANTAMENTO DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CONTEÚDO E APLICAÇÃO DA ESCALA E-MENTAL	123
7.4.1	Discussões dos resultados da construção, levantamento de evidências de validade de conteúdo e aplicação da escala E-Mental.....	152
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	155
	REFERÊNCIAS.....	161
	APÊNDICES	184
	ANEXOS	268

1 O DESPERTAR
PARA A TEMÁTICA

1 O DESPERTAR PARA A TEMÁTICA

Desde o início do meu processo de formação, tive afinidade pelas áreas Saúde Mental (SM), Direitos Humanos (DH) e Educação. A aproximação com estudos relacionados a estes temas clarificou as relações entre eles, as normativas e as teorias que devem conduzir o ensino em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria, ao mesmo passo que refletiu sobre o seguinte questionamento: O ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Brasil, é baseado no modelo de atenção psicossocial?

Esta inquietação emergiu da compreensão de que as violências sofridas por pessoas com transtornos mentais (TM) ao longo da história foram naturalizadas pela sociedade por muito tempo, enquanto o paradigma de atendimento que respeita os direitos humanos, que é norteador de políticas públicas e apoiado por órgãos como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Organização Panamericana de Saúde (OPAS) ainda é incipiente e tem sido ameaçado nos últimos anos.

Para apresentar este histórico, na introdução problematizaremos o objeto de estudo, exibiremos o norte teórico e o panorama de publicações da área. Além disto, apresentaremos o norte teórico que orientou este estudo.

2 INTRODUÇÃO

2 INTRODUÇÃO

O conceito de *loucura*¹ é socialmente construído e se modifica de acordo com o contexto vivido. Ao longo da história ocidental, este conceito já sofreu intervenção religiosa, legal e psiquiátrica e os modos de atendimento aos *loucos* os estigmatizou, os segregou e negou-lhes, os seus DH fundamentais. Por isto, foi necessário pensar uma forma de cuidar inclusiva, que promovesse autonomia e que fosse a favor dos direitos das pessoas com transtornos mentais.

A ideia da *loucura* como *desrazão* tem raízes no renascimento. A exclusão social do *louco* data do século XVII, com a criação de hospitais gerais para isolar e corrigir as condutas consideradas desviantes. Delinquentes, libertinos, doentes, pobres, moribundos, religiosos infratores e *loucos* eram internados nestes espaços controlados (Foucault, 2012; Barros, Bichaff, 2008; Barros, Egry, 2001).

O ideal de liberdade, igualdade e fraternidade do iluminismo foi fundamental para uma reação contrária ao isolamento de pessoas que prejudicavam a ordem social (Kinoshita, 2000). Embora o movimento tenha sido um avanço no sentido dos DH², ele contribuiu para a volta à sociedade, somente daqueles que não eram considerados *loucos*. Foi neste contexto, que a *loucura* passou a ser objeto de estudo da medicina, que houve a criação de asilos como espaços de poder exclusivamente médico e que o *louco* passou a ser considerado como doente mental (Barros, Bichaff, 2008).

No Brasil, as pessoas com TM foram privadas dos seus direitos humanos e aprisionadas nas Santas Casas, e depois nos grandes hospícios, a partir da vinda da família real portuguesa, em 1808. Na segunda metade do século XX houve uma crescente abertura de Hospitais Psiquiátricos (HP) do setor privado (Oliveira, Teixeira, 1986). O modelo de atendimento centrado no poder médico e em hospitais prevaleceu quase que exclusivamente, até meados de 1980.

As condições de funcionamento destes hospícios eram precárias. Havia muitas pessoas alocadas dentro do mesmo espaço e as terapêuticas utilizadas costumavam ser baseadas na punição e na exclusão social, por estes motivos, eles foram sistematicamente denunciados por maus tratos e violação dos direitos básicos de vida

1 O termo *loucura* e *louco* utilizados neste estudo não têm conotação de perda da razão. Eles serão utilizados para designar transtornos mentais e as pessoas com transtornos mentais.

2 A perspectiva assumida é a da Declaração Universal dos Direitos Humanos, de 1948. Ou seja, nos contextos históricos citados, esta ideia não existia ou não possuía a mesma definição da atualidade.

dos internos, tanto pelos familiares destas pessoas, quanto pelos trabalhadores destes estabelecimentos, que constituíram o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM).

Este movimento era favorável à reestruturação dos saberes e práticas da psiquiatria, com enfoque em serviços extra-hospitalares e humanizados, recomendando a substituição das noções de desrazão, defeito, periculosidade, doença, por uma de sofrimento. Neste contexto foi iniciada a luta pelos DH e cidadania de pessoas com TM (Rocha, 2010). Estas demandas embasaram a proposta de uma reforma psiquiátrica brasileira, que foi fortemente respaldada em referenciais teóricos e experiências exitosas italianas.

O médico Franco Basaglia (Itália, 1924-1980) ocupou lugar de destaque na luta contra a violação dos direitos das pessoas com transtornos mentais. Ele liderou o movimento *Psiquiatria Democrática Italiana*, que fazia críticas e denunciava os estabelecimentos psiquiátricos por privarem as pessoas com TM de seus direitos e por excluí-las do seu meio social (Vigano, 2006, p. 18).

Em 1961 Basaglia assumiu a direção do Hospital Provincial Psiquiátrico de Gorizia (Itália). Sob a sua administração, o hospital foi submetido a um processo de transformação institucional, que buscou romper com as práticas excludentes, de poder sobre os corpos e de violência. Este remodelamento das ações institucionais permitiu uma renovação da maneira de se compreender e tratar a *loucura*, libertando sujeitos aprisionados por sua doença. Basaglia inaugurou, então, um novo campo do conhecimento, que possibilitou que a lógica psiquiátrica tradicional, violenta e segregadora fosse substituída pela das possibilidades: a da desinstitucionalização.

O termo desinstitucionalização surgiu nos Estados Unidos, para designar o processo de alta e reinserção de pessoas com TM na comunidade (Barros, 1990; Rotelli, 2001). Basaglia incorpora ao termo, uma conotação ideológica, rompendo com um modelo de assistência que, além de não tratar, exclui a pessoa com transtorno mental da sociedade (Amarante, 1994, 2008).

A verdadeira desinstitucionalização em psiquiatria é um processo social complexo que mobiliza sujeitos sociais e transforma as relações de poder entre os usuários dos serviços e as instituições (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001). Na Itália, a desinstitucionalização “não apenas desconstruiu, mas também construiu: tornou a instituição um terreno produtivo de inovações e fez de seus recursos e de seus atores, recursos e atores da produção do novo” (De Leonardis, 1990, p. 68), pela substituição

de internações em Hospitais Psiquiátricos por tratamento em estruturas de Saúde Mental que nasceram da desmontagem destes hospitais (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

Assim, a pessoa com TM passa a ser vista como sujeito, e não objeto de saber. A clínica deixa de ser o local de isolamento ou do tratamento moral pineliano³ (Barros, Egry, 2001), para tornar-se espaço de criação de possibilidades, sociabilidades, subjetividades e onde a pessoa com transtorno mental é considerada cidadã (Terra et al. , 2006).

Até então, o *modus operandi* se pautava no modelo hospitalocêntrico, manicomial, asilar, centrado no médico, na segregação e internação. Ele compunha o campo psiquiátrico⁴. Com a desinstitucionalização emergiu um novo paradigma, o do campo psicossocial, que reorientou o modelo assistencial a partir do uso “dos recursos e dos problemas internos da estrutura em decomposição para construir, pedaço por pedaço, as novas estruturas externas” (Rotelli, 2001, p. 35; Barros, 1990).

No campo psicossocial, o planejamento da assistência é coletivo, produzido no espaço multiprofissional com qualidade interdisciplinar, em ambientes diversos e territoriais, para gerar um produto de saúde compatível com a necessidade da pessoa com TM (Aranha e Silva, Fonseca, 2005). Neste campo estão inseridas as ações de reabilitação psicossocial.

A reabilitação psicossocial é um processo que facilita a autonomia da pessoa com TM. Isto acontece pela retirada de barreiras que impedem que o indivíduo seja reintegrado socialmente e exerça a sua cidadania (Pitta, 2001). Ela visa minimizar os efeitos desabilitantes da cronificação das doenças, pelo desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários (Bertolote, 2001; Pitta, 2001).

Para Saraceno (2001), a desabilitação está relacionada ao tratamento que a sociedade dá ao sujeito, e não com a desabilidade em si. O intuito da reabilitação psicossocial é aumentar as habilidades, ou diminuir as desabilitações. Isto é possível

3 Referência creditada ao médico francês Philippe Pinel, que desenvolveu o tratamento moral. Esta intervenção isolava o louco do meio social, com a justificativa de que isto seria fundamental, para retirar o louco de suas percepções habituais, que afetavam a sua sanidade. Ela consistia no isolamento; no trabalho braçal dentro do asilo; e na obediência. O objetivo do tratamento era a adequação do louco aos costumes de uma sociedade sadia e regulamentada (Queiroz, 2001; Kinoshita, 2000).

4 Para Campos (2000), no trabalho em saúde, a institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se dá mediante a conformação de campos, que são espaços de limites imprecisos onde cada disciplina ou profissão busca apoio para cumprir tarefas teóricas e práticas.

pelo aumento da contratualidade afetiva, social e econômica, que resulta na abertura de espaços de negociação para a pessoa com transtorno mental, sua família e comunidade. Este resultado possibilita “o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade” (Pitta, 2001, p. 9).

A literatura descreve diversos modelos de reabilitação psicossocial. O de Saraceno (2001), versa sobre os três eixos da reabilitação psicossocial: o habitar (moradia), a rede social e o trabalho. O primeiro refere-se à apropriação do espaço em que se vive; o segundo trata das trocas entre indivíduo e sociedade; e o terceiro é relacionado ao poder econômico que, nas sociedades capitalistas, é fundamental para promover a articulação dos interesses, necessidades e desejos.

No Brasil, no final da década de 1970, atores sociais que lutavam pela garantia de direito das pessoas com TM, se aproximaram dos referenciais do campo psicossocial, da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial. Este foi o início do movimento da reforma psiquiátrica (RP) brasileira.

2.1 REFORMA PSIQUIÁTRICA BRASILEIRA, MECANISMOS DE GESTÃO PARA A SUA IMPLEMENTAÇÃO E OS RETROCESSOS NAS POLÍTICAS NACIONAIS DE SAÚDE MENTAL

A RP brasileira constitui-se como um movimento de caráter histórico, político, social e econômico, de luta pela cidadania das pessoas com transtornos mentais. Ela se caracteriza por um conjunto de transformações de saberes, práticas, valores sociais e culturais em torno do *louco*, da *loucura* e, principalmente, de políticas públicas para lidar com estes temas (Brasil, 2011c). Fundada na lógica da desinstitucionalização, ela possibilitou que as pessoas com TM circulassem pelo território trocando experiências, afetos e bens, para que fossem incluídas socialmente.

O movimento da RP carrega o entendimento de que, para que as pessoas com TM sejam tratadas como cidadãs, é necessário que a sociedade as compreenda como sujeitos de direitos e de deveres. Esta mudança paradigmática dos saberes exigiu a reformulação de pensamentos, das ciências, das práticas e do aparato legal da área (Costa-Rosa, 2000). A RP brasileira avança na medida em que mecanismos de gestão são instaurados, para que a rede de serviços de saúde mental seja ampliada (Barros, Salles, 2011).

A RP no Brasil é contemporânea à reforma sanitária brasileira, que se consolidou pela instituição do Sistema Único de Saúde (SUS), regulado pelas Leis n.º 8.080 e 8.142, ambas de 1990 (Brasil, 1990a, 1990b).

Neste ambiente de efervescência política e social, em 1990, a Coordenação de Saúde Mental do Ministério de Saúde (COSAM) reconheceu que a assistência à saúde mental prestada no Brasil era de má qualidade e que isto decorria, principalmente, do modelo assistencial psiquiátrico vigente, centrado no leito hospitalar. Assim, a coordenação propôs transformações na área buscando substituir ações do campo psiquiátrico, por aquelas com potencial de contribuir para a consolidação do campo psicossocial (Barros, 1996).

Naquela época, a operacionalização do SUS e a relação com seus administradores passaram a ser tratadas por meio de Portarias do Ministério de Saúde, e das Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS) (Brasil, 2002). As NOB-SUS possibilitaram transformações na área de Saúde Mental, pela diversificação de procedimentos remunerados pelo SUS, em níveis ambulatorial e hospitalar, além de regulamentar o funcionamento dos serviços e implantar a fiscalização dos hospitais psiquiátricos (Barros, 1996)⁵.

Estas primeiras normas possibilitaram a implementação de estratégias de desinstitucionalização, por meio de experiências de: humanização do atendimento; controle da hospitalização; implantação dos novos serviços substitutivos e; concessão de financiamentos (Barros, Salles, 2011).

Em 1989, o então deputado federal Paulo Delgado (PT-MG) deu entrada no Congresso Nacional, em um projeto de lei que regulamentava os direitos das pessoas com TM e propunha a extinção dos HP no país (Brasil, 1989). Em 2001, este o projeto foi aprovado com uma emenda no texto original, determinando a progressiva extinção dos manicômios e a proteção dos direitos das pessoas com TM. Assim, foi estabelecida a Lei Federal n.º 10.216/2001, a Lei da Reforma Psiquiátrica (Brasil, 2001b).

Esta lei ditou novo impulso e ritmo para o processo de RP no Brasil. Foi a partir dela que se iniciou a expansão de uma agenda de trabalho com projetos para situações específicas (como a de crianças e adolescentes com TM), e maior

5 Mais atualmente, a operacionalização do SUS e a relação com seus administradores também é feita pelas Normas Operacionais da Assistência à Saúde (NOAS-SUS) e pelo Pacto de Gestão.

articulação de políticas intersetoriais (Barros, Salles, 2011). Ela também determinou que políticas públicas fossem criadas para atender as demandas das pessoas institucionalizadas em HP (Brasil, 2005b), e possibilitou financiamentos para a implantação de dispositivos de desinstitucionalização da pessoa com transtorno mental, objetivando a sua reabilitação psicossocial, por meio de uma rede de serviços de base territorial, que tem como um de seus principais dispositivos de atendimento, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS). Estes serviços destinam-se a acolher pessoas com TM, estimulando a sua autonomia e sua integração social e familiar, oferecendo atendimento psicossocial (Brasil, 2011b).

A PNSM reitera a superação do modelo asilar; a afirmação dos direitos, da proteção e da cidadania; a priorização de assistência especializada em ambientes extra-hospitalares e; as mudanças legislativas e socioculturais, tudo isto visando a reabilitação psicossocial das pessoas com transtornos mentais (Brasil, 2005b).

As premissas da política são qualificar, expandir e fortalecer a rede extra-hospitalar de base territorial e os serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que preconiza o cuidado de base comunitária e em liberdade nos diversos tipos de CAPS⁶, nos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e nas Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG); incluir ações de SM na atenção básica; implementar uma política de atenção integral voltada aos usuários de álcool e outras drogas; efetivar o *Programa De Volta Para Casa* (Brasil, 2003); promover os direitos de usuários e familiares incentivando a participação no cuidado; superar o modelo de assistência ao *louco infrator*, centrado no manicômio judiciário; manter um programa de formação permanente de recursos humanos para reforma psiquiátrica; reduzir os leitos psiquiátricos de baixa qualidade de forma pactuada e programada; avaliar continuamente os hospitais psiquiátricos por meio do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (PNASH/Psiquiatria); e manter um programa permanente de formação de recursos humanos para RP (Brasil, 2005b).

Desde a publicação da Lei n.º 10.216, em 2001, até 2016, o Brasil reduziu em 38,7% os leitos de internações psiquiátricas da rede pública e os gastos da rede

6 Estes serviços destinam-se a acolher pessoas com TM, estimulando a sua autonomia e sua integração social e familiar, oferecendo atendimento psicossocial. Para mais informações consultar: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA Brasília: Ministério da Saúde; 2015b. 44 p

hospitalar caíram de 75,24% para 28,91%. Em contrapartida, a quantidade de CAPS foi de 424 para 1.981, e os gastos extra-hospitalares subiram de 24,76% para 71,09%, em investimentos em equipamentos de saúde substitutivos aos HP (Brasil, 2016b).

Com este histórico de mudanças efetivas no cuidado às pessoas com TM, o Brasil foi reconhecido e premiado internacionalmente, sendo citado como referência em atendimento à saúde mental pela Organização das Nações Unidas (ONU) (COFEN, 2017). A OMS e a OPAS consideraram que a experiência do país é de grande êxito no que se refere à reforma psiquiátrica, e serve de modelo para outros países, por promover mobilização cultural, redução significativa de leitos psiquiátricos e pela criação da RAPS (Brasil, 2005b).

Ainda que todos estes avanços sejam evidenciados por órgãos de saúde pública reconhecidos mundialmente, vários retrocessos estão sendo registrados e, os direitos das pessoas com transtornos mentais, adquiridos constitucionalmente e por meio de muita luta, estão sob risco.

Em dezembro de 2015, com a mudança do ministro da saúde, a Coordenação Geral de Saúde Mental, Álcool e outras Drogas (CGMAD) foi dada a uma pessoa crítica à Lei n.º 10.216/2001, aos pressupostos da RP e que foi gestor do maior manicômio que o país já teve. Desde a redemocratização do Brasil, foi a primeira vez que a cadeira foi assumida por alguém com matiz ideológica manicomial (Pinheiro, 2019). Pela intensa mobilização social, em maio de 2016, este coordenador foi exonerado do cargo, apesar disto, este momento marcou o início da era conservadora sobre as décadas de edificação e implementação da RP brasileira.

Em agosto de 2016, o Brasil sofreu um golpe político-institucional, e uma presidenta eleita democraticamente foi deposta do cargo, sendo substituída pelo seu vice, que traiu o plano de governo pelo qual foi eleito e deu início a um programa de austeridade fiscal, que deixou de oferecer direitos básicos de vida a muitos brasileiros.

Em fevereiro de 2017 outro crítico da RP foi nomeado para a CGMAD, o que deu consistência à agenda de retrocessos no processo de reforma psiquiátrica brasileira. Em setembro do mesmo ano, este coordenador, junto com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) publicaram uma nota de enfraquecimento das PNSM, justificando a ação pela *inconsistência nas políticas* e propondo a consolidação de uma *nova política de saúde mental no país* (Pinheiro, 2019).

Em dezembro de 2017 a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) aprovou em um plenário esvaziado, a noite e na véspera do natal e do recesso de órgãos públicos, mudanças na PNSM, sem levar o debate à sociedade civil e às entidades especializadas. No dia da votação, Ronald dos Santos, presidente da CNS, e Paulo Amarante, ligado à Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) e presidente de honra da Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME), tiveram manifestações negadas, com a justificativa de que, no regimento da CIT, não havia espaço para fala (OAPS, 2018). Sobre isto, Ronald dos Santos relatou: “além dos possíveis retrocessos, o que sai ferida é a gestão participativa” (Brasil, 2017d).

Estas modificações colocaram os HP novamente no centro do atendimento em saúde mental, pela ampliação dos financiamentos a estes serviços e criação de novos leitos. Além disto, estas alterações legitimaram e incluíram as Comunidades Terapêuticas (CT)⁷ na RAPS (COFEN, 2017). As vagas custeadas pelo governo nestas instituições foram ampliadas em mais de 50%, chegando-se a mais de 28 mil acolhimentos em 2018 (Brasil, 2018a). Estas ações opõem-se fortemente à lógica da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, que pautam a RP brasileira.

O processo de enfraquecimento da RAPS, descrito anteriormente, foi legitimado pelas Resolução n.º 32 e Portaria n.º 3.588, ambas do MS, e pela Portaria Interministerial n.º 2 dos Ministérios da Justiça e Segurança Pública; da Saúde; e do Desenvolvimento Social e do Trabalho. (Brasil, 2017c, 2017e, 2017f). Para críticos, por trás destas medidas há um movimento que privilegia a indústria farmacêutica, o mercado hospitalar e a chamada *indústria da loucura* (OAPS, 2018).

No ano de 2018 o valor da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), em leitos em hospitais gerais aumentou de 15% para 20%. Além disto, houve a desvinculação do número de leitos em relação ao quantitativo populacional, possibilitando aumentos por meio de acordos entre as coordenações. Neste ano foram anunciados os orçamentos de 100 milhões para as CT; 70 milhões para a RAPS; 60 milhões para os HP; 50 milhões para os Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT) e; 33 milhões para

7 Instituições privadas que buscam “recuperar pessoas que fazem uso problemático de álcool e outras drogas” (Brasil, s.d.). Em muitos casos, há ações que ferem os DH de seus internos, por os obrigarem a participar de atividades religiosas; os privarem de sua liberdade; os internarem involuntariamente, sem notificar o Ministério Público (MP) e; realizarem contenções físicas/medicamentosas, sem prescrição médica. Além disto, não promovem ações de inserção social, nem de construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS), com a participação do usuário/seu familiar, e que possa ter continuidade após a saída do estabelecimento (Santos, 2018; CFP, 2011).

os novos dispositivos (ambulatórios e o novo CAPS Álcool e Drogas IV - CAPS AD IV⁸) incluídos na RAPS (Pinheiro, 2019).

Neste mesmo ano houve edição na Portaria n.º 2.434, do MS, que promoveu aumento de 60% nas diárias pagas aos HP, de pessoas internadas por mais de 90 dias, ou reinternadas em intervalo menor do que 30 dias (Brasil, 2018b). Além disto, com a justificativa de ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS, a Portaria n.º 3.659, de novembro de 2018, suspendeu o recurso financeiro de custeio mensal de SRT, Unidades de Acolhimento (UA), CAPS, e de Leitos de SM em Hospital Geral, que integram a RAPS (Brasil, 2018c).

Com o pano de fundo da eleição em outubro, de um presidente de extrema-direita e ultraconservador, no dia 27 de novembro de 2018 foi lançada no salão nobre da Câmara dos Deputados, a frente parlamentar mista em defesa da nova política nacional de saúde mental e da assistência hospitalar psiquiátrica, conhecida como frente pró-internação psiquiátrica, com a composição de 226 deputados e 4 senadores de diversos partidos políticos (Pinheiro, 2019).

Estas diligências são retrocessos do ponto de vista da RP, já que fortalecem serviços que segregam pessoas com TM, enfraquecem serviços que as incluem socialmente, e coloca em xeque o princípio elementar das internações de curta permanência, realizadas apenas em casos de crises e respeitando o PTS da pessoa.

Em 4 de fevereiro de 2019, a CGMDA publicou no site do Ministério da Saúde a Nota Técnica (NT) n.º 11/2019 sobre a proposição de uma nova política de saúde mental (Brasil, 2019b). Esta NT foi alvo de muitas críticas por parte de pessoas ligadas à área de SM, o que seus defensores qualificaram como *críticas ideológicas* (Amarante, 2019). Esta NT versava sobre o retorno dos HP como integrantes da RAPS; CT como local estratégico para o tratamento para pessoas que fazem uso/abuso de álcool e outras drogas; investimentos na compra de aparelhos de eletroconvulsoterapia (ECT)⁹ e; as possíveis internações de crianças e adolescentes, conjunta ou separadamente, em CAPS tipo IV (Brasil, 2019b).

O processo histórico da luta antimanicomial, contemporânea à luta pela redemocratização do país e à reforma sanitária, tem como *modus operandi*, os

8 Os CAPS AD tipo IV são destinados ao atendimento de pessoas que vivem nas ditas “cracolândias”.

9 Técnica criada na Itália no final da década de 1930, conhecida como eletrochoque, que foi amplamente utilizada nos manicômios, como método punitivo. Os que são a favor do seu uso, defendem que deva ser em condições muito específicas e sempre com consentimento, e acompanhamento de familiares (Amarante, 2019).

processos democráticos, onde os atores sociais participam da formulação de políticas públicas. Desde o golpe político-institucional de 2016, há um traço comum nas estratégias do governo, que é o de dialogar apenas com os que concordam com as tomadas de decisão governamentais. É possível perceber que as aprovações em modificações de políticas públicas ocorrem por meio de “*canetadas*”, como disse Paulo Amarante à Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO): “vemos (...) o retorno da velha lógica das políticas centralizadas e impostas de cima para baixo, sem participação social ou construção coletiva” (Amarante, 2019). Nos dois últimos governos, um de baixa legitimidade, e um outro autoritário, que tem baixa intensidade democrática e de cidadania, não há protagonismo dos atores sociais que são diretamente afetados com estas modificações.

Mesmo que diversas conquistas possibilitadas pelo modelo de atenção psicossocial estejam retrocedendo ou em risco, a lei que o respalda está em vigor e contraria as iniciativas explicitadas. Portanto, este estudo se apoiará nos prescritos da Lei n.º 10.216/2001 (Brasil, 2001b) e na Política Nacional de Saúde Mental (PNSM) de 2005 (Brasil, 2005b).

2.2 POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE MENTAL/2005 E A FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

A OMS parte da premissa de que, para que as legislações de Saúde Mental sejam implantadas, os profissionais precisam estar preparados e conhecer as leis referentes à área:

Os profissionais de saúde mental são fundamentais para a efetiva atenção (...) no âmbito dos serviços especializados (...), na atenção à saúde em geral e na comunidade. Sem um contingente suficiente ou treinamento adequado de profissionais, o objetivo imediato de uma lei de saúde mental, o de melhorar a atenção à saúde mental, fracassará (WHO, 2005 p.148).

A Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas produziu o documento Reforma Psiquiátrica e Política de Saúde Mental no Brasil, que aponta como um dos desafios da RP brasileira, a formação de recursos humanos “capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura” (Brasil, 2005b, p. 45).

Na PNSM, a formação de recursos humanos é referida no campo das especializações e atualizações em saúde mental (Brasil, 2005b), mas sabe-se que os cursos de graduação têm responsabilidade de formar profissionais que atendam às demandas do SUS (Fernandes, Rebouças, 2013). Logo, são pontos estratégicos para a divulgação das políticas públicas para sua posterior implantação/implementação.

As instituições de ensino são consideradas responsáveis pela formação e aprendizagem dos sujeitos. Na medida em que as transformações tecnológicas ocorrem, novas percepções e racionalidades são exigidas dos professores. Então, para além da questão de capacitar a instituição de ensino com equipamentos tecnológicos, é necessário repensar o papel e as competências docentes, para que se supere o paradigma tradicional, ainda hegemônico (Kenski, 2008).

O processo de reforma psiquiátrica exige que a formação de trabalhadores de saúde mental, aborde os marcos teóricos que respaldam a atenção psicossocial, que é o da desinstitucionalização e o da reabilitação psicossocial. Por isso, a partir de 2003, o MS instituiu uma estrutura organizativa mais ampla, a Secretaria Nacional de Gestão do Trabalho em Saúde (SGESTES), para enfrentar e superar as necessidades qualitativas e quantitativas de recursos humanos para o SUS. É de responsabilidade dela, a formulação das políticas relativas à formação (Brasil, 2005b, 2011b).

A formação na área da saúde¹⁰ tem o histórico de enfatizar as técnicas biomédicas (Patriota, 2011). Na cultura acadêmica e no imaginário social, a concepção medicalizadora da saúde é hegemônica (Barros, Lucchese, 2006; Ceccin, Feuerwerker, 2004). A necessidade de formação de recursos humanos comprometida com o ideário do sistema de saúde brasileiro é uma grave realidade do SUS (Barros, Egrý, 2001; Rossoni, Lambert, 2004). Este problema não é exclusividade de algum campo da saúde e repercute no campo da saúde mental.

Os principais eixos PNSM são a organização de rede de serviços de saúde mental substitutivos; a desmanicomialização e; o reconhecimento dos direitos de cidadania das pessoas com transtornos mentais. Conceber que esses três pontos devem permear as ações de forma horizontal, exige que a concepção do cuidado e a organização dos serviços superem as noções e estratégias tradicionais, o que determina que os profissionais de saúde estejam preparados para atender nesta

10 São considerados profissionais de saúde as categorias de trabalhadores com nível superior, relacionadas na Resolução n.º 287, de 8 de outubro de 1998, do Conselho Nacional de Saúde.

perspectiva (Barros, Lucchese, 2006). Para Bezerra Júnior (2007), as universidades assumem papel fundamental na construção deste novo perfil. Isto mantém a esperança de uma nova atitude epistemológica e ética frente à SM.

A adoção de novos modelos e práticas assistenciais no campo da saúde mental desafia a formação acadêmica (Barros, Egry, 2001). A maior parte dos novos profissionais da RAPS são de gerações que não passaram pelo processo de luta política/ideológica do movimento antimanicomial (Bezerra Júnior, 2007). Isto pode gerar uma baixa compreensão do movimento da RP, e um desconhecimento do fato de ele ter nascido com os ideais de uma sociedade mais justa, de ser solidificado em estudos e práticas que questionaram o *modus operandi* hegemônico, que não inclui a pessoa com TM na sociedade (Amarante, 2008; Barros, Egry, 2001) enunciam que, a formação de profissionais para o campo da saúde mental deve ter como objetivos a transformação das práticas profissionais e a desinstitucionalização.

2.3 O ENSINO DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM X CURRÍCULOS MÍNIMOS DE ENFERMAGEM BRASILEIROS

A primeira escola de enfermagem da história foi criada em Londres, em 1860 (Lopes, Santos, 2010) e nela o *louco* não era objeto de interesse (Barros, Egry, 2001). A primeira escola de enfermagem com enfoque psiquiátrico foi o McLean Hospital (EUA/1882) (Manfreda, Krampitz, 1977).

O ensino de enfermagem no Brasil data de 1890, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras da Assistência a Alienados. Ela foi influenciada pelo modelo francês, que era o expoente em psiquiatria na época (Barros, Egry, 2001). Esta escola foi criada por médicos para formar enfermeiros no hospício controlado por eles, reafirmando o poder da medicina como central na assistência à saúde (Pires, 1989). Por isto, não é consenso entre os profissionais de enfermagem, que essa tenha sido a primeira escola do país (Santos, 2003). Nesta escola, a função do enfermeiro era a de intermediar a relação entre o médico e a pessoa que seria atendida, além de cumprir ordens. As escolas que surgiram posteriormente tinham foco na higiene mental, no alcance de objetivos preventivos e eugênicos (Barros, Egry, 2001).

A enfermagem moderna de Florence Nightingale chegou ao Brasil após 1921 e foi contemporânea ao surgimento dos primeiros traços de uma política de saúde, por parte do Estado (Fernandes, 1982).

A Escola de Enfermagem Ana Néri, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) começou a funcionar em 1923 (Barros, Egry, 2001). Ela representou um marco fundamental na história da enfermagem como profissão, porque organizou e sistematizou conhecimentos, estabelecendo normas que regulam o exercício profissional (Pires, 1989). O seu currículo, estabelecido pelo Decreto n.º 16.300/1923 ainda não abordava a saúde mental/psiquiatria (Brasil, 1923). Em um estudo que objetivou conhecer o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, Maftum e Alencastre (2002) concluíram que a grade curricular de 1926 desta escola incluía a disciplina *Arte de Enfermagem em Doenças Mentais e Nervosas*, mas que o ensino de enfermagem psiquiátrica não acontecia. Em 1940 esta disciplina começou a ser ministrada por um psiquiatra na teoria e uma enfermeira na prática (Medeiros, Tipple, Munari, 2008). Até esta década, a enfermagem psiquiátrica incorporava a concepção médica às suas práticas, e suas ações eram subordinadas ao saber dos psiquiatras (Barros, Egry, 2001).

A Lei n.º 775/1949 (Brasil, 1949b) padronizou o curso de graduação em enfermagem no país, com duração de 36 meses. No Decreto n.º 27.426/49 (Brasil, 1949a) as disciplinas foram distribuídas em três séries. A disciplina *Enfermagem e Clínica Neurológica e Psiquiátrica* ficou alocada na segunda série. Apesar da obrigatoriedade, por um longo período as escolas não abordaram a pessoa com TM em suas grades curriculares (Miranda, 1994).

Na década de 1960, os psicofármacos começaram a ser inseridos na grade de ensino de enfermagem (Barros, Egry, 2001). Em 1962 houve uma nova alteração curricular nos cursos de enfermagem, que estipulou que o curso geral teria 36 meses, com duas alternativas de especialização, de 12 meses cada (Brasil, 1962). O curso geral tinha a disciplina *Enfermagem Psiquiátrica* (Brasil, 1974) com estágios curriculares ainda em HP (Barros, Egry, 2001).

Fernandes (1982) investigou 22 disciplinas de enfermagem psiquiátrica de escolas de enfermagem federais, estaduais e particulares, entre 1930 e 1964. Ela concluiu que o ensino tinha ênfase no aspecto clínico da doença mental e no hospital como centro de suas ações. Na década de 1970, algumas escolas começaram a chamar a disciplina *Enfermagem Psiquiátrica*, de *Enfermagem na Área de Saúde*

Mental, passando a abordar aspectos da relação familiar, relacionamento interpessoal e técnicas grupais (Barros, Egry, 2001).

Para dar corpo aos conhecimentos próprios da profissão, teóricas de enfermagem americanas foram introduzidas nos currículos de enfermagem do Brasil, a partir da década de 1970. No campo da SM/psiquiatria merecem destaque Hildegard Peplau e Joyce Travelbee.

Peplau é pioneira no desenvolvimento de uma teoria de SM e psiquiatria em enfermagem. Ela considera que no crescimento e desenvolvimento humano, as ações influenciam tanto a pessoa que será atendida, como o enfermeiro (Firmino et al., 2018). Para ela, os humanos têm estruturas biopsicoespirituais e sociológicas únicas; lutam para reduzir tensões geradas por suas necessidades e; aprendem de maneiras diferentes, a partir do meio em que estão inseridos. Assim, eles nunca reagirão do mesmo modo que outros, mas interagem mediante ideias preconcebidas, que influenciam nas suas percepções sobre as coisas (Peplau, 1988).

Esta teórica foi quem introduziu o Relacionamento Terapêutico (RT) na enfermagem. O RT determina que o maior papel do enfermeiro é o de estabelecer uma comunicação que estimule o enfrentamento dos problemas e o desejo de permanecer saudável da pessoa que será atendida por ele (Firmino et al., 2018).

Para Travelbee, a retomada das relações com o mundo externo da pessoa com TM está condicionada à existência de um elo entre ela e o enfermeiro. Este é um meio potencial para trocar experiências; emergência de recursos internos de enfrentamento dos problemas e; para que o indivíduo se reconheça e participe integralmente de seu tratamento com certa independência (Travelbee, 1971).

O ano de 1972 foi o da reforma universitária na enfermagem. Os envolvidos nesse movimento escreveram um anteprojeto de currículo mínimo que contemplava a disciplina *Enfermagem Psiquiátrica*. Também neste ano, foram criadas muitas instituições universitárias privadas, para suprir a crescente demanda pelo ensino de terceiro grau não atendida por universidades públicas. Isto exerceu impacto na expansão do ensino superior em enfermagem, estimulando o aumento do número de vagas e o surgimento de novas escolas (Fernandes, 1982).

A década de 1980 foi de grande efervescência no campo político nacional, o que influenciou na formação de enfermeiros¹¹. Ainda nesta década, intensificou-se a abertura de cursos de graduação e de pós-graduação em enfermagem. Em 1980, o país tinha 882 Instituições de Ensino Superior (IES) e destas, 16 tinham cursos de enfermagem. Em 1990, o número de IES com cursos de enfermagem era de 102 (Maftum, Alencastre, 2002). Teixeira et al. (2006) relatam que de 1991 até 1994, o número de IES que ofereciam o curso passou de 106 para 415.

O fortalecimento dos cursos de pós-graduação intensificou a produção de pesquisas, que possibilitaram aos enfermeiros perceberem a determinação social da prática de Enfermagem, que deveria sair das margens e se inserir no movimento transformador vigente para repensar/criticar os modelos formadores (Santos, 2003).

Em 1986, a Lei n.º 7.498 (Brasil, 1986a) e o Decreto n.º 94.406 (Brasil, 1987), que regulamentam o exercício profissional de enfermagem, foram aprovados. Estes acontecimentos orientaram uma nova concepção para a formação de enfermeiros e a necessidade de rever os currículos (Santos, 2003).

Assim, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e entidades de classe e algumas escolas realizaram encontros sobre o ensino superior e suas implicações no currículo de enfermagem. Após longas discussões foi elaborada uma proposta preliminar de currículo mínimo para os cursos de graduação em enfermagem, e encaminhada ao Ministério da Educação (MEC) (Santos, 2003). Ela resultou na Portaria n.º 1.721/1994 e é a última normativa de currículo mínimo de enfermagem. Nela, a carga horária (CH) mínima é de 3.500 horas e o estágio curricular supervisionado é de, pelo menos, dois semestres. O tempo total mínimo do curso é de quatro anos (oito semestres letivos) e máximo de seis anos (doze semestres letivos). Embora esse último currículo mínimo se aproxime dos ideais do SUS, tem enfoque em ações curativas do modelo biomédico (Lopes, Real, Bagnato, 2012). A sua organização é a seguinte (Brasil, 1994):

11 A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 1986b) e a criação do SUS (Brasil, 1990a) são dois dos marcos históricos.

Tabela 1 - Áreas temáticas dos cursos de enfermagem e carga horária total, em 1994

Nome	CH
Administração em Enfermagem	15%
Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem	25%
Fundamentos de Enfermagem	25%
Assistência de Enfermagem (quando a disciplina de saúde mental e psiquiatria acontece)	35%

Muitos investimentos foram feitos para que as escolas redimensionassem o ensino, em busca da qualidade da formação em enfermagem (Bagnato, De Sordi, Cocco, 1997), porém, para isto, é necessário definir o que seja a qualidade tornando claro o Projeto Político Pedagógico (PPP) que norteia a organização do trabalho pedagógico (De Sordi, 1994).

2.4 LEI DE DIRETRIZES E BASES E AS DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS PARA OS CURSOS DE ENFERMAGEM DE 2001

A Lei n.º 9.394 promulgada em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) da educação nacional, fundamenta o processo de formação superior na perspectiva de mudanças curriculares (Brasil, 1996). Ela abriu espaço para que currículos de graduação fossem flexibilizados, além de propor a superação dos protótipos de *currículo mínimo* e *grade curricular* (Fernandes, Rebouças, 2013).

Esta flexibilização deu às IES, liberdade para determinarem o perfil do estudante que desejam formar (Calleguillos, 2007), porque trouxe autonomia científica e didática; para criar cursos; para elaborar os currículos dos seus cursos e programas e; para adotar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (Fernandes et al., 2009). Segundo Calleguillos (2007, p. 17), apesar de esta liberdade e autonomia serem um avanço, é preciso refletir sobre o fato de:

o ensino estar sendo determinado pelos interesses dominantes, voltados para um mercado de trabalho que atende às necessidades de uma minoria. Profissionais e educadores devem estar atentos e comprometidos com o ensino que proporcione mudanças capazes de atender à sociedade e suas necessidades de saúde (Calleguillos, 2007, p. 17),

Em 1998 aconteceu o 3.^o Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em Enfermagem (SENADEn), que discutiu o processo ensino-aprendizagem de enfermagem à luz da LDB. Na 4.^o edição do SENADEn, o trabalho coletivo entre ABEn, profissionais da área e Comissão de Especialistas de Ensino de Enfermagem (CEEE), da Secretaria do Ensino Superior (SESu)/Departamento de Política de Ensino Superior(DEPES)/MEC resultou na construção de uma nova proposta curricular para os cursos de enfermagem, enviada ao Conselho Nacional de Educação (CNE)/Câmara de Educação Superior (CES) (Fernandes, 2006). Deste documento originou-se a Resolução CNE/CES n.º 3, de 7 de novembro de 2001, que trata das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCN/ENF) (Brasil, 2001c).

Esta resolução direcionou as escolas a elaborarem Projetos Políticos Pedagógicos (PPP) que contemplem dimensões necessárias à formação do enfermeiro, pautadas em competências, habilidades, conteúdos essenciais e indicadores de avaliação. Além disto, ela institui que a formação em enfermagem deve ser integrada, crítica, reflexiva, pautada na humanização, de perfil generalista e com base no rigor científico. A organização do curso passa a ser definida pelo seu colegiado, podendo ser em modalidade seriada anual, seriada semestral, por sistema de créditos ou modular. As DCN/ENF orientam que nos últimos dois semestres do curso os estágios curriculares sejam realizados com carga horária de pelo menos 20% do total do curso e que sejam oferecidas aos estudantes, atividades complementares, com no mínimo de 200 horas, para todo o curso (Brasil, 2001c).

No bojo das discussões sobre questões curriculares, um elemento muito importante é o planejamento das atividades teóricas e práticas, que não seja isolado das lutas econômicas, políticas e ideológicas da sociedade (Santos, 2003). É crucial para pensar/fazer educação a intencionalidade de formar enfermeiros que compreendam a complexidade da vida humana, com foco na pessoa que será atendida, e não apenas no seu problema de saúde; sejam reflexivos sobre o contexto em que as coisas se dão e; estejam aptos para atender às demandas do SUS. Estes pontos são pré-requisitos para que os preceitos da RP sejam respeitados, para que pessoas sejam atendidas com equidade e tenham os seus direitos garantidos. Assim é necessário o diagnóstico constante dos resultados sociais que o ensino promove, e os processos avaliativos são importantes instrumentos para esta finalidade.

Alguns SENADEns trouxeram o tema da avaliação ao debate. Foram eles: o 5.º realizado em 2001 (ano da promulgação da Lei n.º 10.216 e do estabelecimento das DCN/ENF), com o tema *Avaliação no contexto das DCN/ENF* (SENADEn, 2001); o 6.º, que concluiu que o Exame Nacional de Cursos (ENC) não atingia o objetivo de promover uma avaliação congruente (SENADEn, 2002); o 8.º, que ressaltou a importância de o Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP) e da SESu utilizarem as avaliações como espaços de análises, baseando-se nas DCN/ENF (SENADEn, 2004); o 9.º, que retratou a avaliação como fundamental para garantir a qualidade dos cursos e como um instrumento que sinaliza o rumo dos PPP, e então se possa medir a eficácia do currículo escolar frente às exigências sociais e culturais (SENADEn, 2005); o 15.º, que além de abordar os processos de avaliação na formação de qualidade, também discutiu questões relacionadas à SM (SENADEn, 2016), e o 16.º SENADEn (último) trouxe as DCN/ENF à discussão (SENADEn, 2018).

Estes dados mostram que a ABEn, promotora dos SENADEn, faz esforços para que as questões da avaliação em enfermagem sejam pensadas, analisadas, discutidas e ressignificadas, na busca de currículos sejam mais democráticos e que atendam às necessidades de saúde do país.

Os próximos tópicos abordam mais profundamente as questões relacionadas à avaliação e qualidade na educação superior e no ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

2.5 AVALIAÇÃO E QUALIDADE NA EDUCAÇÃO SUPERIOR

Avaliar significa verificar, medir e julgar a partir de um parâmetro (Reis, Oliveira, Selleira, 2012), permitindo monitoramento e aperfeiçoamento da qualidade do que está sendo avaliado (Campos, Furtado, 2011). Como a avaliação sustenta a tomada de decisões, ela é utilizada, também, como instrumento de gestão (De Sordi, Malavazi, 2004).

Na década 1970 foram construídas as primeiras escalas destinadas a medir a qualidade dos serviços. Eles tinham enfoque no que o serviço deveria oferecer, e o que realmente era oferecido (Zeithaml, Parasuraman, 1990).

A princípio, os estudos sobre a qualidade dos serviços de educação superior, utilizavam escalas de medição de qualidade de serviços em geral. Este é o caso, por exemplo, do instrumento *Service Quality Gap Analysis* (SERVQUAL), dos Estados Unidos da América (EUA), que mede a satisfação da pessoa que consome o serviço. Na sua versão original, a escala tinha 10 dimensões (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1988), que foram reduzidas para 5 (Parasuraman, Zeithaml, Berry, 1991) e depois para reajustadas para 6 (Owlia, Aspinwall, 1996). Posteriormente Cronin e Taylor (1994), dos EUA, desenvolveram o *Service Performance* (SERVPERF), uma modificação do SERVQUAL, que mede a qualidade como uma atitude e não como satisfação.

Para medir a qualidade do ensino superior, os ingleses Ho e Wearn (1996) incorporaram o SERVQUAL ao *A Higher Education TQM Excellence Model* (HETQMEX) e, os autores Klarić e Kulašin (2011), da Bósnia e Herzegovina integraram o SERVQUAL ao *instrumento para medir grandes fatores do serviço de ensino superior*, o HEDUQUAL.

Outras escalas com o mesmo intuito foram criadas, como o *Higher Education PERFORMANCE-only* (HEdPERF), da Malásia (Abdullah, 2005); o *Service Quality Measurement of Higher Education in India* (SQM-HEI), da Índia (Senthilkumar, Arulraj, 2011) e; o *Technical Educational and Vocational Training* (TEVT), da Malásia (Ibrahim, Rahman, Yasin, 2012).

Um artigo que teve como objetivo revisar as escalas de qualidade de serviço de ensino superior usadas em diferentes nações, revelou que SERVQUAL é a escala mais aceita e dominante (Gupta, Kaushik, 2018).

As escalas de avaliação de qualidade do ensino superior encontradas, olharam para isto do ponto de vista do estudante. Vários deles tinham a mesma finalidade, mas foram criados em países diferentes. Isto mostra que a ideia do que seja qualidade, as dimensões que a medem e as expectativas em relação a ela, variam conforme a localização geográfica onde a escala foi construída/aplicada, por conta da interferência cultural. Estas escalas contribuíram para o crescimento da literatura sobre a qualidade do ensino superior mundial, mas cada uma possui suas próprias vantagens e desvantagens, que são objetos de discussão entre autores (Mattah, Menash, Kwarteng, 2018).

No Brasil, espera-se que a formação de profissionais de saúde seja SUS-centrada. Este tipo de formação se baseia nos fatos históricos e políticos das

construções sociais das concepções de ser humano, sociedade e cidadania; estimula a ética e a capacidade crítica e; objetiva melhorias nas condições de vida e diminuição das desigualdades sociais da população. Este modelo é comprometido com as necessidades dos usuários e pautado na integralidade e intersetorialidade. Nele, os profissionais são formados para potencializarem mudanças nos cenários de prática, o que qualifica a assistência prestada a população (Lopes Neto et al., 2008; De Sordi, Malavazi, 2004).

Para De Sordi e Malavazi (2004), em um processo de ensino-aprendizagem é necessário ter a clareza se o intuito é o de *formar* ou de *instruir*, pois isto interfere no padrão de qualidade do ensino. O mercado de trabalho exige do egresso da IES conhecimentos técnicos e habilidades coerentes com a necessidade da empresa (muitas vezes, o lucro). Um processo educativo que atende apenas às demandas do capitalismo competitivo e individualizado é nocivo para a sociedade, porque as regras do mercado são distintas dos princípios do SUS e não priorizam as necessidades de saúde da população.

É evidente que as leis de mercado existem e que somos submetidos a elas, mas não podemos nos conformar com o “trabalho pedagógico da escola submetido à estas regras ineficazes e desestimulantes para a aprendizagem sem oferecer alguma contestação” (De Sordi, Malavazi, 2004, p. 112), aceitando que no embate entre formar e instruir, a instrução técnica e fragmentada está à frente da formação humanizada (De Sordi, Malavazi, 2004).

Consentir com isto é problemático, porque o sistema de saúde brasileiro, que deve ser equitativo, universal e integral, tem sofrido com desmontes, com o enfraquecimento de políticas públicas e, assim, vive a iminência de perder (mais) espaço para o setor privado. Scheffer e Schraiber (2017, p. 490) defendem que, para que haja a superação das crises política, econômica, ética, moral e societal, que atualmente abatem o país, o campo da Saúde Coletiva e a defesa do SUS são:

(...) elementos de um novo projeto nacional e de civilização a ser coletivamente forjado, que clame por outra economia – que gere crescimento, que promova inclusão e renove o estado de bem-estar social – e uma (...) democracia representativa (...) permitindo novas experiências, nas quais a população possa ter presença efetiva e direta na gestão, nas decisões e nos vetos sobre temas nacionais como a saúde (Scheffer, Schraiber, 2017, p. 490).

Por isso, a avaliação deve preocupar-se em se colocar à serviço da formação, resgatando sua influência na educação e emancipação (Bertagna, De Sordi, 2016). De Sordi e Malavazi (2004, p. 107) enunciam que a qualidade no ensino “(...) implica o compromisso com a produção de um ser humano capaz de transformar a sociedade”.

Algumas estratégias avaliativas são utilizadas na educação brasileira. O Sistema Nacional de Avaliação do Ensino Superior (SINAES) foi criado em 2004, com a Lei n.º 10.861 (Brasil, 2004a), e o seu principal objetivo é a promoção da qualidade do ensino com a formação de profissionais competentes na sua área de atuação, por meio da avaliação como instrumento de política educacional (Brasil, 2004a; Lopes Neto et al., 2008). Esta lei articula a regulação da educação superior com a avaliação institucional, de cursos de graduação e; de desempenho do estudante (Lopes Neto et al., 2008).

O Decreto Federal n.º 5.773, de 9 de maio de 2006, foi um importante dispositivo de avaliação educacional, para fortalecer o SINAES. Ele dispunha sobre as funções de regulação, supervisão e avaliação de cursos e instituições de ensino e superior. Este marco legislativo deixou evidente a preocupação do governo com um crescimento do número de cursos de graduação, que aconteça junto com a proteção da qualidade do ensino (Brasil, 2006a).

No ano de 2017, seguindo a agenda mercantilista e de retrocessos nas políticas públicas, interpelada no item 2.2 deste estudo, foi publicado o Decreto n.º 9.235 (Brasil, 2017b) quem entre outros objetivos, pretendeu ampliar a oferta de cursos superiores na modalidade de Ensino à Distância (EAD). Ele revogou os Decretos n.º 5.773 (Brasil, 2006a); n.º 5.786 (Brasil, 2006b); n.º 6.303 (Brasil, 2007a); n.º 8.142 (Brasil, 2013a); n.º 8.754 (Brasil, 2016a). Ele também invalidou o art. 15 do Decreto n.º 6.861 (Brasil, 2009) e a Portaria Normativa n.º 40/2007, republicada em 2010 (Brasil, 2011a), além de alterar o Decreto n.º 9.057 (Brasil, 2017a).

A avaliação educacional não é algo simples. Ela se constitui um campo em disputa que defende concepções de qualidade da educação superior opostas às atualmente hegemônicas (Bertagna, De Sordi, 2016; Lopes Neto et al., 2008).

O próximo tópico explorará a avaliação qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

2.6 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ENSINO DE SAÚDE MENTAL E PSQUIATRIA EM CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A Austrália é um país com muitas publicações sobre avaliação do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Este fato se deve pela influência de uma reformulação curricular ocorrida nos cursos de graduação em enfermagem, que teve como objetivo melhorar a qualidade da atenção nos serviços de saúde mental (Happel, 2009).

Um estudo compreensivo sobre a graduação em enfermagem na Universidade de Victoria apontou mudanças significativas no ensino de saúde mental/psiquiatria. Lá, os estudantes são preparados para prover cuidados aos doentes mentais em vários *settings* terapêuticos (Happell, 2006). Outro estudo concluiu que a carga horária e os recursos disponibilizados para o ensino em saúde mental deveriam ser aumentados (Moxham et al., 2011). Happel, Robins e Gouch (2008) defendem a tese de que tanto teoria, como prática, ajudaram os graduandos de enfermagem a desenvolverem atitudes mais assertivas frente aos portadores de transtornos mentais.

Em relação aos recursos, uma pesquisa concluiu que os setores de serviço colaboram com a graduação em enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, promovem suporte no aprendizado e aumentam o entusiasmo na área, desenvolvendo um enlace de experiências clínicas e educacionais, para os estudantes (Arnold, Deans, Munday, 2004). Clinton e Hazelton (2000) apontaram alguns fatores que afetam a qualidade da educação, como a falta de preparo dos estudantes de enfermagem ao início das práticas e a escassez de professores de saúde mental com formação na área.

Holmes (2006) defende que, para se pensar construtivamente sobre o futuro da enfermagem psiquiátrica, as forças de trabalho em saúde mental deveriam ser graduadas por especialistas que compreendam as particularidades da área. Wand (2011) conclui que a promoção de saúde mental requer a reorientação da educação, da prática e da pesquisa.

Os estudos americanos dão maior enfoque aos aspectos clínicos e psicopatológicos, utilizando estratégias de ensino-aprendizagem modernas. Nos EUA, uma pesquisa objetivou a construção de ferramentas de raciocínio para formulação de diagnósticos diferenciais relacionados à doença mental, por estudantes

de enfermagem. Isto aconteceu em um ambiente controlado, onde os estudantes praticaram a avaliação e o diagnóstico, em protótipos de usuários dos serviços de saúde, e recebiam retorno dos professores. Ao final, os estudantes apresentaram excelentes resultados no manejo de ferramentas e habilidades, além da confiança durante a entrevista e com os protótipos (Shawler, 2008). Um estudo finlandês usou a mesma ferramenta e concluiu que o uso desse tipo de estratégia promove o pensamento crítico, a comunicação e a tomada de decisão (Guise, Chambers, Valimaki, 2012).

Na Nova Zelândia, Crowe e O'Malley (2006) realizaram uma revisão de literatura que abordou a teoria do *ensino de habilidades de reflexão crítica* para a prática avançada de enfermagem em saúde mental. Com o uso desta teoria, as questões da prática clínica podem ser examinadas por um processo sistemático de exploração e raciocínio, geralmente construído como uma narrativa retrospectiva de eventos, usando um cenário ou exemplo da prática para ilustrar um dilema de prática. Os pesquisadores concluíram que esta abordagem proporciona a oportunidade de integrar prática e teoria, para o desenvolvimento de habilidades e de pensamento crítico.

Estudos do Reino Unido se dedicaram ao relato de experiência do ensino em enfermagem psiquiátrica, envolvendo usuários dos serviços de saúde mental. Um deles utilizou como estratégia educativa, fóruns de discussões online entre estudantes e usuários dos serviços. Os resultados apontaram que, com o uso desta tecnologia, os estudantes apresentaram empatia pela experiência da doença mental dos usuários e refletiram sobre a prática clínica (Simpson et al., 2008). Em relação às competências necessárias aos estudantes, Gile, Klose e Birger (2007) sugerem a inclusão de uma ferramenta pedagógica de avaliação do discente na performance clínica.

Na Colômbia, Infante (1978) fez uma análise temporal da situação da psiquiatria e saúde mental no país, com um olhar na educação em enfermagem psiquiátrica e de saúde mental. O estudo apontou que, naquela época, a formação em enfermagem abordava pouco ou nada a saúde mental. Até meados da década de 1970, o ensino era pautado no modelo prático-clínico, de cuidado custodiado e na compreensão de que a pessoa com transtorno mental era perigosa e deveria ser separada do seu meio social. A partir de 1976 buscou-se a transição do modelo clínico tradicional para um modelo social. Esta pesquisa mostra que há convergências entre

o caminho percorrido pela RP do Brasil com o que ocorreu na Colômbia, embora o modelo social colombiano tenha sido anterior ao movimento da RP brasileiro.

Um estudo realizado no México comparou estratégias educativas no processo de ensino-aprendizagem de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, e a conclusão que os autores chegaram foi que a atitude clínica depende dos conhecimentos acumulados, do consumo de informação e da reflexão de situações reais (Angulo-Gerardo, Valencia-Sauceda, 2008). Uma pesquisa uruguaia se inclinou em desvelar a importância da transversalidade na formação em saúde mental no currículo de enfermagem e concluiu-se que a transversalidade dos temas de saúde mental e psiquiatria é embasada na necessidade de adquirir conhecimentos e ferramentas para a formação de profissionais prudentes e responsáveis, que possam cuidar da saúde mental das pessoas, com qualidade humanística e atitude ética (Garay, 2013).

No contexto brasileiro, também foram localizadas publicações que se dedicaram ao ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Em 1994 aconteceu o Seminário Nacional de Enfermagem em Saúde Mental em uma parceria da OPAS com o então Centro Colaborador em Saúde Mental sediado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). O evento verificou quais aspectos da reforma da assistência psiquiátrica estavam sendo abordados nos currículos de graduação das escolas de enfermagem.

O relatório final do evento apontou que a reforma psiquiátrica era minimamente contemplada nos currículos, porém não foram obtidos dados sobre como eram ministrados os conteúdos deste ensino; havia uma tendência hospitalocêntrica e pautada no modelo médico tradicional, no ensino de enfermagem psiquiátrica; havia dificuldade em instrumentalizar o ensino em serviço alternativo à hospitalização, porque isto representava a aquisição de novos conhecimentos teóricos e práticos e; as escolas de enfermagem, naquele momento, não produziam conhecimento suficiente para subsidiar novas práticas exigidas pela RP (Stefanelli et al., 1994).

A partir da construção deste relatório, importantes recomendações foram feitas às escolas de enfermagem, em relação ao ensino de saúde mental e psiquiatria. São elas: que definissem os marcos conceituais e os modelos teóricos que fundamentavam seus programas de ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica; que se envolvessem em cursos de treinamento e de reciclagem nos serviços; que contemplasse a psicopatologia, porém com abordagem centrada na

pessoa em sua existência, não na doença; que fossem enfatizados o relacionamento interpessoal no processo saúde e doença mental, tanto no ensino, quanto na assistência; que se promovesse a discussão dos vários modelos assistenciais, enfatizando o indivíduo na sua integralidade no processo saúde/doença mental, e contextualizando-o como um ser histórico-social (Stefanelli et al., 1994).

Outros três importantes estudos feitos antes da aprovação da Lei n.º 10.216, se dedicaram ao tema e produziram resultados parecidos entre si. São eles: a tese de doutorado de Barros (1996), que discorreu sobre a alienação institucional no ensino de enfermagem psiquiátrica; um estudo realizado pelas autoras Olschowski e Barros (1999), que objetivou identificar as mudanças incorporadas no ensino de graduação em enfermagem psiquiátrica e; um estudo feito por Kantorski e Silva (2000), que abordou o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental nos cursos de graduação em enfermagem das universidades públicas do Rio Grande do Sul.

Estes estudos apontaram para o fato de que, as disciplinas curriculares de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, eram marcadas pelo enfoque do que era considerado normal e patológico, além de serem centrados na psicopatologia e na instituição psiquiátrica. As autoras defenderam que esses fatores geravam preocupação com a atualização do ensino na área, que deveria se voltar para a necessidade de construir novas concepções do saber e das práticas psiquiátricas (Barros, 1996; Olschowski, Barros, 1999; Kantorski, Silva, 2000).

Estes resultados são bastante semelhantes aos resultados dos estudos realizados depois do ano de 2001. Alguns indicaram avanços discretos na inserção de conteúdos que favorecem o campo psicossocial, e na prática de ensino das disciplinas estudadas. Os desafios encontrados se relacionaram à necessidade de abordar de maneira mais incisiva e sistemática, conteúdos referentes à saúde mental, e ao favorecimento de campos de estágios em serviços de base comunitária (Carneiro, Porto, 2014; Queiroz, 2014; Barros, Claro, 2011; Santos, Mello e Souza, Oliveira, 2011; Siqueira Júnior, Otani, 2011; Rodrigues, 2010; Lucchese, Barros, 2009; Munari, Godoy, Esperidião, 2006; Schmitt, 2006; Maftum, 2004; Silva et al., 2004; Rocha et al., 2003; Olschowsky, 2001; Braga, Silva, 2000; Kantorski, Silva, 2000).

Lucchese e Barros (2009, p. 153) concluíram que “este cenário é um dos fatores que colabora para a formação de profissionais acríticos e pouco atuantes politicamente dentro de um contexto de Reforma Psiquiátrica”. Mello e Souza (2016) analisaram o ensino de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental nos cursos

públicos de enfermagem do Estado de São Paulo e a prática dos professores dessas disciplinas. Os resultados do estudo evidenciaram que a maioria dos professores desconhecem o PPP dos cursos em que estão inseridos; o método de ensino é predominante tradicional, mas há o desejo de usar metodologias ativas; os conteúdos têm enfoque prioritariamente biologicista e; há desvalorização da profissão de professor.

Campoy, Merighi e Stefanelli (2005) realizaram um estudo no qual se propuseram a compreender o processo ensino-aprendizagem na perspectiva do professor e do aluno que vivenciaram a disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. O resultado foi que o processo de ensino-aprendizagem desperta interesse pela especialidade, desenvolvimento pessoal e valorização da sua utilização na enfermagem geral. Um estudo que analisou as disciplinas de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental dos cursos de graduação brasileiros, cadastrados no site do INEP apontou a existência de cursos que não ofertam a disciplina (Vargas et al., 2018).

Os estudos apresentados não trazem resultados muito otimistas, quando olhados pela ótica da desinstitucionalização, reabilitação psicossocial e da Lei n.º 10.216. Não há consenso na literatura de que o ensino de fato mudou após esta lei e observamos avanços discretos no sentido de uma abordagem que valoriza o campo psicossocial.

Em relação às escalas que medem a qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, no final da década de 1950 várias escalas foram construídas para mensurar as opiniões, as crenças e as atitudes em relação à doença mental. Os principais são: o *Custodial Mental Illness Ideology Scale* (Roger, Cohen, Naranick, 1958), o *Opinion About Mental Illness* (OMI) (Cohen, Struening, 1962) e o *Community Attitudes Toward the Mentally Ill Inventory* (CAMI) (Taylor, Dear, 1981). Os dois últimos são mais utilizados para medir as atitudes de leigos, profissionais e estudantes da área da saúde. O OMI foi validado para o português, no Brasil, por Rodrigues (1983), e teve a sigla representada pelas letras ODM. Avanci, Malaguti e Pedrão (2002) e Pedrão et al. (2003, 2005) aplicaram esta escala a estudantes de enfermagem. Soares (2015) fez a adaptação transcultural das propriedades psicométricas da escala *Nursing Students Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers*, que foi aplicado com graduandos de enfermagem, com o objetivo de

mensurar as atitudes do estudante de enfermagem frente aos usuários e a enfermagem em saúde mental.

Outros estudos de diversos países encontrados sobre o ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiatria, que usaram escalas, versam sobre a qualidade da assistência/do ensino em enfermagem, de acordo com as atitudes dos estudantes (Napoletano, 1981; Madianos et al., 2005; Romem et al., 2008; Schafer, Wood, Willians, 2011).

3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA
DE PESQUISA, JUSTIFICATIVA E
RELEVÂNCIA DO ESTUDO

3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA, JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

Os estudos apresentados no tópico anterior colaboraram para a construção de um corpo de conhecimento sobre o tema e geraram dados sobre o ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Ainda assim, há uma lacuna na literatura, sobre como está a qualidade do ensino, na perspectiva do campo psicossocial, baseado nos marcos teóricos da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial, na Lei n.º10.216 e nas normativas educacionais do Brasil. A própria OPAS considera necessário que as escolas busquem formar profissionais para atenderem na perspectiva da RP (Brasil, 2005b). Assim, se faz necessário criar e validar o conteúdo de uma escala de avaliação de qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem, construída a partir da teoria da reabilitação psicossocial, da Lei n.º10.216, das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Enfermagem/2001 e das opiniões de professores da área sobre que itens eles consideram importantes para comporem as disciplinas de enfermagem em saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica/reabilitação psicossocial (dimensões que assumimos como parâmetro de qualidade).

Além disto, consideramos importante integrar um referencial pedagógico para orientar a criação da escala. Esta decisão se deu porque, além da compreensão do aporte teórico que embasou as mudanças assistenciais na área da saúde mental, foi necessário inserir um olhar pedagógico que consideramos necessário, significativo e que conversava com os referenciais do campo psicossocial. Por isto, integramos esta compreensão para construir uma escala que possa ser usada para avaliação de qualidade do ensino na área e, em um outro momento, pode servir de subsídio para tecer análises sobre como o ensino na área repercute nas práticas assistenciais.

É sabido que quando se avalia algo, o olhar que se coloca sobre o objeto, contém valores, impulsiona debates sobre poder e os interesses que o circundam. Apesar deste entendimento, o senso comum considera o ato de avaliar como algo imparcial, e que é compreendido como uma prática “neutra, técnica e despolitizada (...)”. Ao mesmo tempo em que avaliar pode elevar indicadores a um grau de visibilidade importante (...), pode condenar outros indicadores à categoria da marginalidade” (De Sordi, Malavazi, 2004, p. 106).

Assim, é necessário desconstruir essa neutralidade dos processos avaliativos e assumir que em um instrumento de avaliação, se parte da perspectiva do que seja qualidade no âmbito daquela questão. Este estudo assume como parâmetro de qualidade, um ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica pautado nos dispostos da Lei n.º 10.216, nas DCN/ENF/2001 e embasado na lógica da reabilitação psicossocial. Estes norteadores favorecem a cidadania, a integralidade do cuidado e os direitos das pessoas com transtornos mentais: bandeiras defendidas pela pesquisadora, que sempre estarão hasteadas, seja o momento de inércia ou de catarse.

Esta escala pode servir de subsídio para que as disciplinas sejam avaliadas tanto por terceiros, como auto avaliadas, segundo as mudanças necessárias para seus próprios currículos. Ela também pode auxiliar o processo de reformulação de PPP. Além do mais, a escala possibilita análises sobre o cenário brasileiro da educação em enfermagem em saúde mental e psiquiatria, que sejam pautadas em regulamentos e, no caso da reabilitação psicossocial, em uma teoria que embasou a construção de um dos regulamentos que será utilizado, portanto, temos como pressuposto que esta escala poderá produzir um diagnóstico sobre a qualidade do ensino na área, na perspectiva da reabilitação psicossocial. Por meio da escala, será possível analisar pragmaticamente se todo o processo de RP e as conquistas decorrentes dele, embasam o ensino de graduação em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

A IV Conferência Nacional de Saúde Mental (IV CNSM), que aconteceu em junho de 2010 e incluiu como sub-eixo estratégico para consolidar a RP brasileira, a discussão sobre a formação de recursos humanos para a área. O desafio político pedagógico lançado foi “o comprometimento com uma formação coerente com a política pública de saúde e com as transformações que ela implica” (Carneiro, Porto, 2014, p. 162). Assim, esta escala é relevante por se tratar de algo pioneiro e que pode contribuir com a demanda atual de ampliação do debate sobre a RP e a sua interface com as DCN/ENF/2001.

4 PERGUNTA DA PESQUISA

4 PERGUNTA DE PESQUISA

Uma escala de avaliação de qualidade padronizado poderá identificar se o ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros está pautado na reabilitação psicossocial; atende aos dispostos da Lei n.º 10.216 e das DCN/ENF/2001 e; ajuda nas reformulações necessárias ao processo de ensinar enfermagem em saúde mental e psiquiátrica na perspectiva da RP?

5 OBJETIVOS

5 OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Construir e validar o conteúdo de uma escala de avaliação de qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei n.º 10.216, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem/2001 e de professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Realizar a caracterização das Instituições de Ensino Superior brasileiras;
- Realizar um censo dos cursos de graduação em enfermagem em instituições de ensino superior brasileiras;
- Identificar e caracterizar as disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de enfermagem de escolas brasileiras;
- Identificar as dimensões e elementos necessários para o ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem, na Lei n.º 10.216, no capítulo *A reabilitação como cidadania* do livro *Libertando Identidades* de Benedetto Saraceno (2001), no texto das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem/2001 e nas opiniões de professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica de cursos de graduação em enfermagem;
- Elaborar os itens de uma escala contendo as dimensões necessárias para o ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem, com vistas a construção de uma escala de avaliação de qualidade do ensino referido;
- Realizar a validação de conteúdo da versão preliminar da escala, para verificar a clareza de linguagem, a pertinência prática e a relevância teórica da escala;
- Realizar um teste-piloto da escala com professores de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem brasileiros.

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6 MATERIAIS E MÉTODOS

6.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Estudo realizado em três etapas, sendo que a primeira e segunda tiveram abordagem quantitativa. Na primeira realizou-se uma caracterização das IES brasileiras; na segunda realizou-se um censo dos cursos de enfermagem brasileiros e, a identificação e caracterização das disciplinas de saúde mental e psiquiatria destes cursos.

A terceira etapa teve abordagem psicométrica e foi quando se construiu e validou o conteúdo de uma escala de avaliação de qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem.

6.2 ETAPA I: CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR BRASILEIRAS

6.2.1 Fonte de dados

Os dados foram buscados no site do INEP, na Sinopse Estatística da Educação Superior-graduação, 2018, que é o último censo da educação superior brasileira e é correspondente ao ano de 2017. Desde 1995 ele é anualmente realizado pelo INEP, e tem como objetivo oferecer informações detalhadas sobre a situação e as tendências do setor educacional superior, sendo o instrumento de pesquisa sobre as IES mais completo do Brasil (INEP, 2017).

6.2.2 Procedimento de coleta de dados

Entre os dias 27 de abril e 21 de maio de 2019, buscaram-se informações sobre todas as IES, na Sinopse Estatística da Educação Superior-graduação, 2018. No site do INEP, esta sinopse é apresentada a quem a acessar, por meio do agrupamento dos dados em 9 temas sobre a educação superior no país. Cada um deles tem tabelas

com dados específicos sobre estes temas. A seguir estão expostos os temas e a quantidade de tabelas em cada um deles:

1. Dados gerais das Instituições de Ensino Superior: apresentados em 17 tabelas;
2. Recursos Humanos: dados apresentados em 8 tabelas;
3. Cursos de graduação presenciais: dados apresentados em 2 tabelas;
4. Processos seletivos: dados apresentados em 5 tabelas;
5. Matrículas: dados apresentados em 5 tabelas;
6. Concluintes: dados apresentados em 5 tabelas;
7. Cursos de graduação a distância: dados apresentados em 7 tabelas;
8. Cursos sequenciais presenciais e a distância: dados apresentados em 4 tabelas;
9. Instituições Federais: dados apresentados em 4 tabelas.

Destes 9 temas e 57 tabelas da sinopse estatística, alguns dados de 1, dos 9 temas e de 3, das 57 tabelas foram utilizados nesta fase da pesquisa, pois eram os que se relacionavam com o objetivo de realizar uma caracterização das Instituições de Ensino Superior brasileiras. São eles:

1. Dados gerais das Instituições de Ensino Superior

1. Tabela 1.1 Número de Instituições de Educação Superior, por Organização Acadêmica e Localização (Capital e Interior), segundo a Unidade da Federação e a Categoria Administrativa das IES – 2017;
2. Tabela 1.10 Dados Gerais de Cursos de Graduação Presenciais e a Distância, por Categoria Administrativa das IES, segundo as áreas Gerais e detalhamento da Área da Saúde e Bem-Estar Social – Brasil – 2017;
3. Tabela 1.14 Dados Gerais dos Cursos de Graduação em Enfermagem Presenciais e a Distância, por Categoria Administrativa das IES, segundo a Unidade da Federação e o Curso (Classe INEP) – 2017.

6.2.3 Análise de dados

Estas tabelas foram reorganizadas no programa do Windows Microsoft Excel, do pacote Windows Office 10, de acordo com os dados que interessavam para este estudo.

A estatística descritiva pode ser considerada como um conjunto de técnicas analíticas utilizado para resumir o conjunto dos dados recolhidos numa dada investigação, que são organizados, geralmente, através de números, tabelas e gráficos. Pretende proporcionar relatórios que apresentem informações sobre a tendência central e a dispersão dos dados (Morais, 2010, p. 8).

6.2.4 Aspectos éticos

Os dados utilizados nesta fase da pesquisa são de domínio público, por isto esta etapa não foi submetida à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

6.3 ETAPA I: CENSO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DAS DISCIPLINAS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA DESTES CURSOS

6.3.1 Fonte de dados

Foram utilizados dados do portal e-MEC sobre os cursos de enfermagem brasileiros. O e-MEC, ou Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior (Cadastro e-MEC) é um site do Ministério da Educação que contém o catálogo de IES e cursos de graduação no Brasil. Este site pode ser consultado por qualquer interessado (E-MEC, 2017).

Para complementar o censo dos cursos de graduação em enfermagem e caracterizar e analisar as disciplinas de saúde mental e psiquiatria, foram utilizados dados localizados nas páginas dos cursos, nos sites das IES.

6.3.2 Procedimentos de coleta de dados

A princípio, esta coleta daria corpo a duas caracterizações: a dos cursos de graduação em enfermagem brasileiros e a das disciplinas de saúde mental e psiquiatria destes cursos. Como as informações sobre os cursos de enfermagem brasileiros coletadas eram referentes à dados populacionais, acabou-se produzindo um censo sobre a graduação em enfermagem no Brasil.

As seguintes informações foram coletadas no e-MEC: nome da IES; categoria administrativa (pública ou privada), se pública, federal, estadual ou municipal; região brasileira em que o curso ocorre; organização acadêmica (universidade, centro universitário, faculdade ou instituto federal de educação, ciência e tecnologia); duração; carga horária mínima; índices do MEC (Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes – ENADE, Conceito Preliminar de Curso – CPC, Conceito de Curso - CC e, Índice de Diferença de Desempenho entre os Desempenhos Observado e Esperado - IDD); número de vagas; grau (bacharelado ou licenciatura); tipo de credenciamento (presencial ou EAD); nome e contato do(a) coordenador(a) do curso e; site da IES. No site da IES foram coletadas as informações sobre o turno em que o curso ocorre; nome e número de disciplinas de saúde mental e psiquiatria obrigatórias; nome e número de disciplinas de saúde mental e psiquiatria optativas; nome e contato do(a) responsável pela disciplina obrigatória (Apêndice A).

Para localizar quais eram as disciplinas de saúde mental e psiquiatria dos cursos de enfermagem, primeiro o curso de enfermagem era localizado no site da IES. Com esta informação, a matriz curricular do curso era procurada. Quando o site apresentava esta informação, todos os títulos de todas as disciplinas da matriz eram lidos, na busca de um ou mais dos termos: saúde mental; psiquiatria; reabilitação psicossocial; psicossocial; psíquico; dependência química; álcool e; drogas. Todas as disciplinas que tivessem um ou mais destes termos foram incluídas no estudo.

Além disto, foram coletados também o nome e o contato (e-mail e/ou telefone) dos(as) responsáveis pelas 1.249 disciplinas localizadas. Isto aconteceu porque, a princípio, estas pessoas seriam participantes da pesquisa e responderiam a um instrumento de coleta de dados com informações complementares sobre as disciplinas, de acordo com o seu plano de ensino. Assim, de 14 de maio a 31 de julho de 2019 foram feitos convites para estes(as) responsáveis, e pedida a anuência do(a) coordenador(a) do curso, para a participação do(a) professor(a) responsável. Das 1.249 disciplinas localizadas, 553 apresentaram os contatos dos(as) responsáveis e/ou coordenadores(as). Foram enviados e-mails e feitas ligações para todos estes. Em 397 casos, e-mails voltaram e telefones estavam inativos. Como dos 156 contatos restantes, apenas 18 responderam ao instrumento citado, optou-se por não utilizar estes resultados nesta pesquisa, e sim em uma iniciação científica (IC) e em um trabalho de conclusão de curso (TCC), orientados e co-orientados, respectivamente,

pela orientadora e pela pesquisadora do presente estudo¹². Esta coleta de dados ocorreu de setembro de 2018 a abril de 2019 e a organização do banco de dados ocorreu de abril a julho de 2019.

6.3.3 Análise de dados

Os dados foram tabulados no programa Microsoft Office Excel do pacote Windows Office 10 e submetidos à análise estatística.

Para realizar o censo dos cursos de graduação em enfermagem, as análises foram estratificadas por categoria administrativa e por tipo de credenciamento. No caso do credenciamento EAD, como uma mesma IES poderia ter cursos em diversas regiões do país, foram considerados os números de estados atendidos por tal instituição (ou seja, houve repetição da instituição de acordo com o número de estados atendidos). Não foram conduzidos testes de hipóteses por tratar-se de valores populacionais. As análises foram realizadas com auxílio do software R 3.5.1 (R Core Team, 2018).

Para fazer as análises dos dados da identificação e caracterização das disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem, as variáveis contínuas foram descritas por médias, medianas, desvios padrão, intervalos interquartis e valores máximo e mínimo. As variáveis categóricas foram descritas com uso de frequências absolutas e relativas.

No caso das variáveis contínuas, utilizou-se o teste T-Student ou Mann Whitney. No caso das categóricas, utilizou-se o teste do Qui-quadrado ou Exato de Fisher. As análises foram realizadas com auxílio do software R 3.5.1 (R Core Team, 2018).

12 Estas pesquisas foram aprovadas pelo CEP da EEUSP. Toda a coleta e aspectos éticos estão explicitados nas suas sessões referentes ao método. Para mais informações consultar: Camarini AIL, Barros S, Pinto AC. Caracterização das disciplinas de saúde mental e psiquiátrica de cursos de enfermagem brasileiros. Trabalho de Iniciação Científica (IC) apresentado ao Programa Unificado de Bolsas (PUB), em agosto de 2019.

6.3.4 Aspectos éticos

Apesar dos dados utilizados nesta fase da pesquisa serem de domínio público, o projeto contendo esta etapa foi submetido à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois ainda não se sabia que alguns dados que foram coletados com professores de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de enfermagem não seriam utilizados neste estudo. A emenda do projeto foi aprovada em 25 de abril de 2019, sob o CAAE 99514718.1.0000.5392 (Anexo A). Os trabalhos de IC e TCC mencionados anteriormente foram submetidos ao CEP da EEUSP e aprovados em 18 de outubro de 2018, sob o CAAE 99253518.0.0000.5392¹³ (Anexo B).

6.4 ETAPA III: CONSTRUÇÃO E LEVANTAMENTO DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CONTEÚDO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO ENSINO EM DISCIPLINAS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA (E-MENTAL)

6.4.1 Referencial teórico-metodológico desta etapa da pesquisa

A Psicometria é uma área da Psicologia, que visa à medição de processos psíquicos. Este método é utilizado por diversas áreas do saber (por exemplo: Cientometria, Antropometria e Econometria) e se trata de um conjunto de modelos e métodos estatísticos que resume, descreve, extrai inferências de dados coletados e explica comportamentos e aptidões, usando testes em que a mensuração é feita por meio das respostas fornecidas aos itens (Pasquali, 2013; Hair, Black, Babin, 2009).

A Psicometria está inserida no campo das ciências psicossociais e pode ser considerada uma sobreposição do modelo matemático (das ciências exatas) ao modelo empírico (dos fenômenos naturais). Com ela, importa verificar a validade e a precisão da uma escala, submetendo-a a diversos recursos estatísticos, a fim de diminuir a probabilidade de ocorrência do erro. A Psicometria não considera um

13 Para mais informações consultar: Camarini AIL, Barros S, Pinto AC. Caracterização das disciplinas de saúde mental e psiquiátrica de cursos de enfermagem brasileiros. Trabalho de Iniciação Científica (IC) apresentado ao Programa Unificado de Bolsas (PUB), em agosto de 2019.

número como um valor exato, mas como o valor mais provável, considerando que toda a ciência mede seus fenômenos com algum erro (Pasquali, 2003, 2009, 2010).

Os modelos psicométricos tiveram início em meados de 1880, por trabalhos de Galton, que visavam a avaliação de aptidões humanas, por medidas sensoriais. Posteriormente, nas décadas de 1890 e 1900, o modelo recebeu colaborações de Cattell, que trouxe a medida das aptidões para o domínio cognitivo, e Binet, que criou um teste de inteligência com boas propriedades psicométrica, utilizado até hoje. Karl Spearman lançou os fundamentos da psicometria clássica e entre 1910 e 1930 (Pasquali, 2003, 2010).

O processo de construção de instrumentos psicométricos é feito em algumas etapas. Em primeiro lugar, é necessário definir qual será o fenômeno que se pretende medir com a escala. No caso do presente estudo, o fenômeno é *a qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria, de cursos de graduação em enfermagem*.

Depois, é fundamental que o pesquisador especifique pelo menos um modelo teórico para guiar a construção da escala de avaliação. Quando a teoria não guia o pesquisador no desenvolvimento da escala, deve-se revisar a teoria apropriada relacionada ao problema de medição em questão e, não havendo uma teoria disponível, o pesquisador deve elaborar suas próprias formulações conceituais, antes de tentar operacionalizá-las (Devellis, 2017; Streiner, Normam, Cairney, 2014; Furr, Bacharach, 2018).

Definir a **teoria** é fundamental, pois permite determinar o construto e situá-lo precisamente em seus limites e balizas.

(...) Com uma base teórica coerente e, quando possível, completa, torna-se viável uma definição de tipos e características que irão constituir a representação empírica dos traços latentes e, assim, facilitar a tarefa do psicometrista em operacionalizá-lo adequadamente (Pasquali, 2013, p.167).

Teoria: Desinstitucionalização

A teoria assumida para este estudo é da desinstitucionalização de Franco Rotteli, que se situa no campo psicossocial. O campo psicossocial é o conjunto de práticas substitutivas ao modelo manicomial (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003). Nele, a assistência é coletiva, multiprofissional, interdisciplinar e busca gerar um trabalho em saúde mental compatível com a necessidade do consumidor (Aranha e Silva, Fonseca, 2005). O conceito de desinstitucionalização é maior do que o da

desospitalização (retirada de indivíduos de hospitais). Desinstitucionalizar é criar meios terapêuticos e incentivar as relações autênticas e espontâneas, desmontando cuidados que naturalizam desigualdades, violências, segregações e que cronificam a pessoa com TM (Rotelli, 2001).

A desinstitucionalização surgiu como base do atendimento em saúde mental na Itália, por uma experiência exitosa de Trieste. O hospital psiquiátrico desta cidade, que tinha a capacidade para alojar 1200 internos, foi progressivamente esvaziado entre 1971 e 1978 e, completamente reconvertido e abolido no ano de 1980. O desmonte do hospital deu espaço para se constituir uma grande variedade de serviços substitutivos a ele (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

A necessidade de pensar na desinstitucionalização manifestou-se pela separação que a psiquiatria fez da doença, da existência humana complexa. Isto deu corpo a aparatos científicos, legislativos e administrativos referidos à doença: a instituição. É necessário que haja a desinstitucionalização destes artefatos, para que o contato com a existência humana seja tomado. É preciso desmontar a relação problema-solução (doença-normalidade), o que não significa que o atendimento seja negado, mas que o tratamento, como busca de cura, seja substituído pelo cuidado (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

A desinstitucionalização usa as energias internas da instituição para desmontá-la. As estruturas deste sistema de saúde mental nasceram ao lado do manicômio, pela transformação progressiva de sua organização (financiamento, equipe de trabalho, espaços físicos e competências). Para Rotelli, De Leonardis e Mauri 2001, p. 34), neste novo modelo “uma porta feita para estar fechada é usada, mas ativamente usada para estar aberta – a abertura cria problema, a gestão desses problemas modifica a cultura dos atores em jogo”.

Os principais atores do processo de desinstitucionalização, além dos usuários dos serviços, são as pessoas que trabalham nas instituições. Elas podem transformar as relações e a organização exercitando ativamente o seu papel terapêutico (De Leonardis 1986; Rotelli, 1981). A organização do trabalho se dá em equipe para a socialização de experiências, enfrentamento dos problemas, compartilhamento e avaliação das decisões que os membros da equipe tomam. Esta autoavaliação entrelaçada ao trabalho, favorece a autotransformação e aprendizagem da equipe.

O objetivo prioritário da desinstitucionalização é transformar as relações de poder entre instituição e sujeitos, pelo trabalho de desconstrução do manicômio, por

meio do restabelecimento da relação da pessoa com o seu corpo e com seus objetos pessoais; abertura das portas para que as pessoas circulem livremente nos espaços, estimulando os intercâmbios sociais; produção de espaços de compartilhamento de sentimentos e; eliminação dos meios de contenção, das tutelas jurídicas e do estatuto de periculosidade pela restituição dos direitos civis (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

A desinstitucionalização acontece pelo deslocamento das pessoas com TM, profissionais, verbas e serviços de base manicomial, para os de base comunitária. A gestão financeira e administrativa é destinada não mais para a instituição (que mede seus custos com base nos leitos), mas para fornecer serviços às pessoas com TM, baseados em mobilidade da equipe de trabalho (não são mais apenas os usuários que vão em busca do serviço, o serviço vai até as pessoas); individualização do serviço, para que os recursos se adaptem às necessidades dos usuários; aumento dos recursos geridos pelos usuários (por exemplo: gastos com medicação); financiamento do trabalho dos usuários (por exemplo: por contribuições financeiras às cooperativas de trabalho) e; promoção de capacidade de autonomia das pessoas com TM. Este conjunto de medidas enriquece a eficácia terapêutica, por evitar internações (o que, além de tudo, também racionaliza as despesas), a cronificação e a exclusão social (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

O processo de desinstitucionalização é caracterizado por três aspectos que tomam corpo, à medida que o manicômio se desmonta a construção de uma nova política de saúde mental, o trabalho terapêutico com o objetivo de transformar os usuários em sujeitos ativos e não objetos na sua relação com a instituição e, pela construção de estruturas substitutivas à internação no manicômio (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

A desinstitucionalização é um trabalho complexo para os operadores e administradores, por mudar o entendimento que se tem da necessidade de restrição de liberdade, para o do exercício de liberdade como algo terapêutico. Da desinstitucionalização nascem novas estratégias de cuidado, para acompanhar de perto os usuários fora do manicômio. Pode-se enfatizar, então, que a desinstitucionalização é o oposto de toda a prática de abandono (Rotelli, De Leonardis, Mauri, 2001).

Construto: Reabilitação Psicossocial de Benedetto Saraceno (2001)

Depois da definição da teoria, o construto (ou variável latente) deve ser determinado. Ele diz respeito ao que é latente, não está expresso, ou seja, não pode ser diretamente medido nem acessado pelos órgãos dos sentidos (comum em fenômenos psicossociais) (Hair et al. 2014). Por este motivo, os traços latentes são acessados por meio de comportamentos relacionados a ele. Desta maneira, as medições da teoria psicométrica são sempre feitas de maneira indireta.

A variável latente é considerada como uma causa da pontuação do item, que é o valor de seu escore observado. Em outras palavras, cada item deve dar uma indicação da magnitude da variável latente em cada sujeito. Para se ter a noção de uma variável latente, é necessário que se estabeleça uma certa relação entre ela e os itens correspondentes (Devellis, 2017).

Se um valor de item é causado por uma variável latente, então deve haver uma correlação entre esse valor e o escore real da variável latente. Como consequência, cada um dos indicadores correlacionados com a variável latente também deve correlacionar-se uns com os outros. Não se pode avaliar diretamente a verdadeira pontuação, não se pode calcular uma correlação entre ela e o item. No entanto, pela mesma variável latente, pode-se examinar suas relações umas com as outras (Furr, Bacharach, 2018).

O construto desta pesquisa é a reabilitação psicossocial de Benedetto Saraceno (2001). No campo psicossocial (e dentro das possibilidades de ações da desinstitucionalização) está inserida a reabilitação psicossocial. Em 1996 a WHO a definiu como um processo de concessão de autonomia à pessoa com TM. Isto acontece pela retirada das barreiras que impedem o indivíduo com TM de ser reintegrado socialmente e de exercer sua cidadania. Ela visa minimizar os efeitos da cronificação das doenças, pelo desenvolvimento de insumos individuais, familiares e comunitários, pelo aumento da contratualidade afetiva, social e econômica, que resulta na abertura de espaços de negociação. Segundo Pitta (2001, p. 9), isto pode “viabilizar o melhor nível possível de autonomia para a vida na comunidade”.

A literatura descreve diversos modelos de reabilitação psicossocial. Saraceno é um dos principais autores do tema e tem grande influência na reforma do atendimento em saúde mental no Brasil, inclusive na prática da enfermagem, no contexto da RP (Lussi, Pereira, Pereira Junior, 2006).

As suas teorizações sobre o tema são encontradas no livro *Libertando Identidades*, principalmente no capítulo *A reabilitação como cidadania*, que é o construto deste estudo. Nele, o autor pormenoriza os três eixos da reabilitação psicossocial: o habitar (moradia), a rede social e o trabalho (Saraceno, 2001).

O primeiro refere-se à apropriação do espaço em que se vive, por meio de atitudes, ações e pactos que possam dar vida ao lugar. Este eixo favorece o desempenho da contratualidade da pessoa com TM, na sua relação com a organização e divisão afetiva do lar. Este eixo coloca o direito à casa como elemento fundamental para a reabilitação psicossocial, pois é a partir dele que se constroem políticas públicas, para a formação de cidadania, que melhoram a qualidade de vida das pessoas com TM (Saraceno, 2001).

É preciso que os serviços de saúde mental trabalhem para garantir o habitar, mesmo que não haja casa. Isto deve ser buscado em todos os espaços que a pessoa com TM ocupa, inclusive no manicômio. Como nestes lugares nega-se o habitar e afirma-se o estar, o trabalho da reabilitação psicossocial deve perseguir a humanização, a garantia de direitos, a desinstitucionalização das práticas e; a subjetivação dos indivíduos. Ainda assim é necessário cuidar para não tornar hospitais em lugares domésticos, pois o *melhoramento* destes espaços pode ser entendido como álibi para a manutenção da hegemonia manicomial, e atrapalhar o processo de transformação (desinstitucionalização) do hospital psiquiátrico (Saraceno, 2001).

O segundo eixo da reabilitação psicossocial trata das trocas de sociais pelas pessoas com TM. A desabilitação gera perda de rede social, começando pela família. Assim, intervenções que melhorem o cenário familiar, melhoram a rede social do usuário do serviço de saúde mental, mas os programas reabilitativos devem ir além da intervenção familiar, já que a família pode não existir mais (Saraceno, 2001).

O terceiro eixo da reabilitação psicossocial é o do trabalho. Ele é fundamental para promover a articulação dos interesses, necessidades e desejos das pessoas com TM, com os seus meios de sustento. As variáveis determinantes que perpassam as discussões de desenvolvimento de programas de reabilitação psicossocial centrado no trabalho são estigma, intolerância, grau de socialização, relações interpessoais e expectativas sobre o contexto social (Saraceno, 2001).

O trabalho não pode ser entendido como uma simples maneira de desenvolver tarefas, pois sem os valores social e financeiro, pode ser considerado como maneira

de conter (trabalho no manicômio). A relação entre psiquiatria e trabalho tem origem na prática e teoria da desinstitucionalização da instituição negada. A dupla desinstitucionalização-reabilitação deve ser acionada em qualquer lugar que tenha a proposta de desinstitucionalizar e reabilitar psicossocialmente (inclusive em hospitais) (Saraceno, 2001).

Uma das dificuldades dos programas de reabilitação é a distância entre serviços de saúde mental e o mundo externo. Assim, é função de trabalhadores destes serviços negociar oportunidades de trabalho em nome do usuário. Uma maneira de desenvolver trabalho anti-institucional é pela criação de cooperativas integradas. Elas são, ao mesmo tempo, tratamento e locais de produção (no mercado), além de serem uma forma coletiva de exercício de empresa, com sócios com e sem TM (Saraceno, 2001).

Na reabilitação psicossocial, trabalho e lucro são pontos de partida, não de chegada, pois isto confere cidadania aos que trabalham. Além disto, o trabalho pode gerar contratualidade, tanto no sentido de produção de valor econômico, quanto social (pelas trocas) (Saraceno, 2001).

A reabilitação psicossocial revela que as desabilitações têm mais a ver com a resposta que a organização social dá ao sujeito, do que com as desabilidades em si. Oliveira e Alessi (2001) destacam a dificuldade do enfermeiro em abandonar o modelo organicista, como referencial de sua atuação prática, e incorporar os conceitos psicossociais inerentes ao contexto dos serviços substitutivos de atenção em saúde mental. Por isto, este referencial é de grande importância no redirecionamento de práticas em saúde mental, que muitas vezes segue modelos hospitalocêntricos e médico centrados ultrapassados, e utilizados no atendimento tradicional em saúde.

6.4.2 Geração do conjunto de itens

Para orientar o processo de escrita dos itens, é necessário que se faça uma descrição exata do objetivo da escala (Furr, Bacharach, 2018). O objetivo da escala que se construiu nesta pesquisa foi o de *avaliar a qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria, de cursos de graduação em enfermagem*. O que se espera nessa fase inicial é identificar uma grande variedade de maneiras que o conceito central da

escala pretendida pode ser declarado. Ao escrever os itens, pode-se buscar formas alternativas de expressar ideias (Furr, Bacharach, 2018).

Para alcançar o objetivo da escala, primeiro foi necessário definir o que se entende como um ensino de saúde mental e psiquiatria de qualidade, em cursos de graduação em enfermagem. Este estudo considera como ensino de qualidade, propostas pedagógicas baseadas no texto da Lei n.º 10.216 (Brasil, 2001b); nas DCN/ENF (Brasil, 2001b) e; no construto da escala, a Reabilitação Psicossocial de Saraceno (2001). Além disto, também se considera importante apreciar as opiniões de envolvidos neste processo, sobre o que eles consideram importante de ser abordado no processo ensino aprendizagem de saúde mental e psiquiatria, do ponto de vista da reabilitação psicossocial e da RP, para que a escala contemple elementos não localizados nos referenciais, mas que são necessários para o ensino na área.

Como estes referenciais fundamentaram a concepção de qualidade do ensino assumida no estudo, eles foram o corpo teórico que embasou a construção dos itens da escala.

6.4.2.1 Procedimentos de coleta e análise de conteúdo do corpo teórico que embasou a construção da escala

O texto da Lei n.º 10.216 (Brasil, 2001b) (Anexo C), as DCN/ENF (Brasil, 2001c) e o do capítulo *A reabilitação psicossocial para a cidadania* (por não se ter a autorização do autor para reproduzir o material, optou-se por não inserir o capítulo do livro como anexo) são de domínio público. Os dois primeiros materiais foram coletados na internet, no site do Planalto e do MEC, respectivamente. O texto que trata da reabilitação psicossocial, foi coletado no livro *Libertando Identidades* (Saraceno, 2001).

As opiniões de professores de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem foram coletadas por e-mail. Isto se deu da seguinte maneira:

1. Na etapa II deste estudo, foram coletados dados sobre nomes e contatos (e-mail e telefone) dos coordenadores de curso e responsáveis pelas disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem. Das 1.249 disciplinas localizadas, 553 apresentavam os nome e contatos;

2. Foi elaborado um formulário do Google (Apêndice B), para ser respondido pelos(as) professores(as), com a seguinte questão: No seu ponto de vista, quais itens devem compor as disciplinas de enfermagem em saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica/reabilitação psicossocial?;
3. Foram endereçados e-mails (Apêndice C) com convites para todos os contatos levantados. Estes e-mails possuíam uma breve apresentação da pesquisadora e da pesquisa; a explicação sobre o preenchimento e tempo de duração do processo; solicitação de autorização institucional do(a) coordenador(a) do curso e assinatura da carta de autorização (Apêndice D); um arquivo com o resumo do estudo (Apêndice E); convite ao(à) professor(a) para a participação e, no caso de resposta afirmativa, assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice F), que deveria ser devolvido via e-mail; um Termo de Responsabilidade e Confidencialidade assinado pela pesquisadora (Apêndice G); o parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) (Anexo A); o link do formulário a ser preenchido pelo(a) professor(a); a explicação sobre o preenchimento e o tempo de duração do processo;
4. Nos casos em que só havia o e-mail do(a) coordenador(a), foi solicitado para ele(a), além da autorização devolvida assinada por e-mail, o contato do(a) professor(a). Nos casos em que só havia o contato do(a) professor(a) foi pedido para ele(a), o contato do(a) coordenador(a);
5. Os e-mails foram enviados entre 14 de maio e 31 de julho, duas vezes por semana. Neste período, também foram realizadas ligações telefônicas reforçando o convite para a participação, para todos(as) os(as) coordenadores(as) e/ou professores(as), que não tinham respondido o e-mail até o momento da ligação. Das 1.249 disciplinas, 553 tinham os contatos de responsáveis e/ou coordenadores. Destes, 397 e-mails voltaram e/ou telefones estavam inativos. Dos 156 contatos restantes, apenas 18 responderam ao e-mail e à pergunta (Apêndice H).

As análises de conteúdo das opiniões dos professores, do texto da Lei n.º 10.216/2001 (Brasil, 2001b), das DCN/ENF/2001 (Brasil, 2001c) e do capítulo *Reabilitação Psicossocial para cidadania* (Saraceno, 2001) forneceram material que

foram as fontes de dados para a criação dos itens da escala. Este processo foi longo e teve início em dezembro de 2016 e durou até agosto de 2019.

A análise de conteúdo busca produzir ou reelaborar conhecimentos, criando formas de compreender fenômenos (Minayo, 2004). Ela se deu pelas análises dos materiais citados, em quatro momentos: leitura exploratória, leitura seletiva, leitura analítica e leitura interpretativa (Gil, 2010; Minayo, 2004).

Durante a leitura exploratória, o material foi lido na íntegra e exaustivamente, na busca de relação entre o conteúdo dos textos e o tema da pesquisa. A imersão nestes textos serviu para identificar os conteúdos necessários para estarem presentes no ensino de saúde mental e psiquiatria em cursos de enfermagem.

Depois disto, foram feitos fichamentos, destacando-se os trechos onde as questões pertinentes à pesquisa estavam localizadas, na busca de temas que apareciam nestes materiais. Este momento se caracterizou como leitura seletiva.

Na leitura analítica, os dados destacados na leitura seletiva foram inseridos em documentos do programa Microsoft Word. Nestes documentos, foi possível organizar os dados em temas emergentes e os conteúdos extraídos destes temas.

Vale lembrar que, neste momento, os materiais ainda estavam separados, cada um em um documento do programa, referente a Lei n.º 10.216/2001 (Apêndice I); DCN/ENF/2001 (Apêndice J); opiniões de professores de cursos de graduação em enfermagem sobre o que eles consideram importante no ensino de saúde mental e psiquiatria (Apêndice K) e; a Reabilitação Psicossocial e os seus três eixos (Apêndice L). Estes documentos se desvelaram como os temas das dimensões da escala. No caso das opiniões dos(as) professores(as) o tema da dimensão foi saúde mental.

Por fim, foi feita a leitura interpretativa do material. Neste momento foram atribuídos significados mais amplos aos resultados obtidos pela leitura analítica, ou seja, foram definidos conteúdos que expressavam ao que os temas se referiam. Depois disto, estes quatro materiais foram agrupados em um documento do Microsoft Word e redigidos em forma de itens.

É importante relatar que houve uma preocupação em trazer uma linguagem e um olhar pedagógicos, durante o processo de redação dos itens e das dimensões. E, para isto, optou-se por utilizar a Pedagogia-Histórico-Crítica (PHC), de Demerval Saviani neste processo.

O uso deste referencial se justificou, pois, esta teoria é conexa com os ideais da desinstitucionalização e da reabilitação psicossocial (teoria e construto que guiaram a construção da escala). A PHC está descrita no item a seguir.

6.4.2.2 Norte pedagógico para a criação da escala

O norte pedagógico, que nos direcionou na criação da escala, foi a Pedagogia-Histórico-Crítica, de Demerval Saviani (2005). Organizada no Brasil a partir de 1980, é considerada um marco na educação brasileira, porém pouco praticada no cotidiano escolar. Esta teoria tem como foco a transmissão de conteúdos científicos por parte da escola, porém sem ser conteudista. O ensino conteudista é aquele em que se passa uma quantidade enorme de conteúdo, sem se preocupar com o desenvolvimento intelectual, cultural e de raciocínio do estudante. A teoria de Saviani, no entanto, preza pelo acesso ao conhecimento e sua compreensão para que os que estudam sejam, inclusive, capazes de transformar a sociedade.

Inspirada no marxismo, a PHC se preocupa com os problemas educacionais que decorrem da exploração do homem pelo homem. Nela, o papel da educação escolar é o de fornecer conteúdos que permitam que os alunos compreendam e participem da sociedade, de maneira crítica, superando a visão do senso comum.

Esta teoria entende que a sociedade capitalista é baseada na exploração pelo trabalho, por isto, a sociedade deve se organizar para diluir os papéis de explorados e exploradores. Segundo o próprio autor:

Para que essa teoria se desenvolva efetivamente é necessário um outro tipo de organização social e isso é difícil porque nesse caso a nossa sociedade é questionada, mas a ideia é assegurar aos alunos o domínio dos conhecimentos e conquistas humanas para que eles possam agir na sociedade de maneira diferente (Saviani, 2014, s. p.).

Esta concepção surgiu pela prática de educadores, que consideravam que as pedagogias tradicionais e tecnicistas não apresentavam características historicizadoras, ou seja, elas eram carentes de consciência dos determinantes históricos que moldam a sociedade (Saviani, 2007).

A PHC ofereceu um aporte pedagógico para olhar qualitativamente o problema de pesquisa e, com as lentes das carências educacionais para a transformação social, auxiliou na construção de uma escala que exprimisse as demandas pedagógicas e

psicossociais, para o ensino de saúde mental e psiquiatria em cursos de graduação em enfermagem.

Assim, aproximamos toda a riqueza deste referencial a um dos marcos teóricos da reforma psiquiátrica: a Reabilitação Psicossocial, proposta por Saraceno (2001). Esta escolha se deu porque este estudo parte de dois grandes temas latentes: formação/educação e reforma psiquiátrica brasileira. Apesar da teoria de Demerval Saviani apresentar elementos que podem gerar discussões acerca da reforma psiquiátrica, o caminho e a busca da RP são declarados e apoiados pelas balizas do campo psicossocial e da Reabilitação Psicossocial. Assim, é desejável que a perspectiva teórica assumida indique questões tanto para a área da formação/educação, quanto para o campo psicossocial.

No próximo item, foi feita uma breve apresentação dos marcos pedagógico e teórico, aproximando-os.

A Pedagogia-Histórico-Crítica e a sua aproximação com a Reabilitação Psicossocial (marco teórico e construto da escala)

Demerval Saviani é um filósofo e pedagogo brasileiro que participou ativamente de processos de transformações escolares, como o que se deu no período de redemocratização do país, sempre visando o progresso educacional e social.

Ainda quando estudava filosofia, no ano de 1965, teve a sua primeira experiência marcante, que o inspirou a formular as primeiras teorizações sobre a educação. Foi quando tomou a análise da estrutura do ser humano como referência para equacionar o problema da educação. O filósofo elaborou um programa de disciplina, a partir desta análise da estrutura do ser humano e, em seguida, usou-a como referência para fazer uma análise da estrutura do ser humano brasileiro, visando elaboração de uma teoria da educação no Brasil, e para isso, baseou-se na fenomenologia. A análise fenomenológica revelou que o ser humano se constituía como um ser paradoxal, um ser estranho que apresentava características contraditórias. Diante disto, o autor se propôs a incorporar essa abordagem em suas teorizações, superando o paradoxo pela via da dialética (Saviani, 2017).

Saviani abordou, em sua tese de doutorado, o problema da existência ou não de sistema educacional no Brasil, buscando responder à pergunta: *como pode o ser humano sistematizar?* Ao discutir o problema metodológico, revisou os vários métodos que poderiam ser adotados para responder esta questão e, por fim, articulou os

métodos fenomenológico e dialético. Porém, após maior aprofundamento em textos de Karl Marx, percebeu que o caminho que adotou era a própria dialética, pois partia do caos, caminhava para uma mediação e chegava a uma síntese. A partir daí, buscou uma teoria educacional efetivamente dialética, baseada no materialismo histórico (Saviani, 2017).

Para Minayo (2004, p. 68) a dialética "introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição como algo permanente que explica a transformação". Para Lukács (1979), Konder (1981), Kosik (1995) e Lefebvre (1991) nada é eterno, fixo, absoluto. O humano é um ser social, essencialmente ativo, que interfere na realidade e é sujeito a transformações, ou seja, também é histórico. Os seres humanos são sujeitos dos processos e não apenas objeto de investigação.

Na sua busca nas matrizes do materialismo histórico, Saviani não encontrou uma teoria sistematizada da educação. Então, o filósofo buscou nos autores marxistas e nas experiências dos países socialistas, a sistematização teórica ou elementos que apontassem para a direção de uma teoria histórico-dialética da educação. A conclusão em que chegou foi a de que, para a construção de uma pedagogia inspirada no materialismo histórico, não bastava recolher as passagens das obras de Marx e Engels diretamente referidas à educação. Saviani percebeu que, a tarefa da construção de uma pedagogia inspirada no marxismo, implicava a apreensão da concepção de fundo, que caracteriza o materialismo histórico. Era necessário penetrar no interior dos processos pedagógicos, reconstruindo suas características objetivas. E foi assim que surgiu a pedagogia dialética identificada como a Pedagogia Histórico-Crítica (PHC) (Saviani, 2017), que foi o aporte pedagógico deste estudo.

A lei da dialética é defensora de que a negação de determinada realidade é força motora, que se empenha na construção de uma realidade mais rica e completa no caminho do progresso. Esta lei é congruente com as mudanças paradigmáticas no tratamento à pessoa com TM, no Brasil, possível pela RP e pelos preceitos da reabilitação psicossocial.

Para Saraceno (2001), a reabilitação psicossocial é um conjunto de ações que visam aumentar as habilidades da pessoa, diminuindo os danos da experiência do transtorno mental. Para que efetivamente ocorra a reabilitação, é importante que aconteça a reinserção social da pessoa com TM, porque, historicamente, a psiquiatria tradicional favoreceu a cisão entre sujeito e contexto social, oprimindo o seu direito de cidadania. O autor defende que a reabilitação psicossocial se respalda na

“reconstrução, um exercício pleno de cidadania e, também, de plena contratualidade nos três grandes cenários: hábitat, rede social e trabalho com valor social”.

A construção deste referencial foi possível por uma mobilização social progressista, que não aceitava mais a violação dos direitos das pessoas com TM. A dialética esteve presente neste processo de transformação paradigmática, que foi mais possibilitada pelo pensamento crítico e questionador das atitudes do que pelo campo psiquiátrico. Isto favoreceu a constituição do campo psicossocial.

Voltando à PHC, Saviani considera que existam três momentos cruciais desta teoria (Saviani, 2017; Lavoura, Martins, 2017). Nos próximos parágrafos, tentaremos aproximar estes momentos ao referencial da reabilitação psicossocial, e apontar em qual ocasião o desenvolvimento desta pesquisa contemplou estes momentos. São eles:

1. **Aproximação ao objeto em suas características estruturais de modo a apreendê-lo em sua concreticidade:** Este momento trata de compreender a essência da educação identificando suas características estruturais. Importa explicitar a natureza e especificidade da educação. A construção deste projeto, até chegar ao problema deste estudo, se aproxima disto, já que tenta desvelar o contexto que marcou e marca as concepções e *modus operandi*, no que tange às questões de educação e de saúde mental e a serviço de quem os PPP são (devem ser) formulados.
2. **Contextualização e crítica do tratamento dado ao objeto pelas teorias hegemônicas:** Empreende a crítica contextualizada das principais teorias que vêm hegemonzando o campo da educação em saúde mental. A história nos aponta para o fato de que os séculos de exclusão social das pessoas com transtornos mentais configuraram-se em violência e privação de direitos. Diante disto, como é possível que o modo de atender essa população, ainda tenha influência deste tipo de atendimento? Os autores que discorrem sobre a reabilitação psicossocial, partem da ideia de que a lógica de exclusão é determinada por uma maneira estrutural de se compreender a *loucura*. Esta pesquisa se aproxima deste momento, quando constrói uma escala considerando elementos e dimensões que revelam a qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria em cursos de graduação em enfermagem. Para este processo foi necessário explicitar a história da compreensão da *loucura*, o que se fez com o *louco* ao longo dos tempos e o processo dialético que

viabilizou a mudança paradigmática, que indica a reabilitação psicossocial como uma possibilidade frente ao atendimento psiquiátrico, médico centrado, manicomial de privação de direitos e possibilidades.

3. **Elaboração e sistematização da teoria crítica:** O diagnóstico de como está o ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem, que será possibilitado pela aplicação da escala construída e que teve seu conteúdo validado, implica na definição de um problema e o olhar que se tem sobre ele. As dimensões necessárias ao ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, podem corroborar com esse ponto de partida ou não. Em ambas as situações, a dialética está posta, já que é certo que o processo proporcionará o encadeamento de questões, construções, desconstruções e reconstruções, com um resultado que, mesmo que não confirme o pressuposto deste estudo, ainda assim trará elementos que poderão ser descortinados.

Vale lembrar que estes três momentos propostos por Saviani, não são hierárquicos, não acontecendo necessariamente, um na sequência do outro. Estes momentos se interpenetram relacionando-se e condicionando-se reciprocamente (Saviani, 2017).

6.4.2.3 Versões da escala

Todo este processo deu origem à primeira versão completa da escala, com 495 itens (Apêndice M). Esta primeira versão deu origem a outras cinco versões da escala. Durante este processo de desconstrução e reconstrução do instrumento, os itens foram examinados de maneira crítica, quanto:

- a apresentação de mais de uma ideia no mesmo item: primeiro os temas foram escritos de maneira que, em uma mesma sentença havia várias ideias, ferindo o critério da simplicidade. Ao longo do processo de transformação dos itens e de escrita de versões da escala, tomou-se o cuidado para que cada item tivesse apenas uma ideia, para que não se produzisse uma sentença com mais de uma opção de resposta (por exemplo: um item que traz mais de uma ideia, pode ter respostas positivas para algumas delas e negativas, para a outras);

- a clareza de expressão: os que não se apresentavam de uma maneira direta e objetiva, foram reescritos de diversos modos, até se chegar no que se considerou a melhor versão da escrita;
- as ideias centrais dos itens: ou seja, o quanto representavam o construto e a teoria que embasaram a construção da escala. Os itens que, mesmo com a mudança de redação, não atenderam a este critério, foram excluídos da escala;
- aos que eram semelhantes, mas estavam em dimensões diferentes: estes itens foram aproximados (sofreram mais uma leitura analítica), para se definir se o conteúdo estaria apenas em uma dimensão, qual e, se ele fosse se apresentar em mais de uma dimensão, em quais;
- ao ensino em todo o curso de enfermagem X ensino na disciplina de saúde mental e psiquiatria: Especificamente com o material proveniente da análise de conteúdo das DCN/ENF/2001, tomou-se o cuidado de excluir os conteúdos que se tratavam do ensino no curso como um todo. Assim, foram incluídos apenas os conteúdos que pudessem ser desenvolvidos no ensino em saúde mental e psiquiatria, para evitar que, quando o instrumento for aplicado, a avaliação seja ruim, pois os critérios de avaliação utilizados não são adequados;
- a inclusão ou não de dimensões: na penúltima versão da escala elaborada neste momento, testou-se a retirada das dimensões (Apêndice N), para que se pudesse avaliar a melhor maneira de representar os itens. Considerou-se a dimensionalidade um elemento importante de estar presente na escala pois, por meio dela foi possível expor as balizas teóricas que embasaram a construção do instrumento, e deixar evidente ao que o item se referia. Após estes procedimentos foi possível se chegar na sexta versão da escala. No dia 09 de novembro de 2019, a esta versão foi enviada a um gramático, para análise da redação. Estas correções resultaram na versão da escala E-Mental, enviada aos juízes (Apêndice O), que teve a validade de conteúdo avaliada. Esta escala foi elaborada no programa Microsoft Excel, pois assim as respostas ficaram tabuladas para facilitar a análise dos dados.

Sobre a etapa de redação de itens, Furr e Bacharach (2018), Devellis (2017), Streiner, Norman e Cairney (2014) ponderam que a escrita deve ser executada com

cuidado e buscando a clareza, pertinência e relevância dos itens, pois as propriedades psicométricas de uma escala são determinadas pelos itens que a compõem. Todos os itens que compõem uma escala homogênea devem refletir a variável latente, para que a escala capture com precisão a essência do construto.

Não há como pré-definir o número de itens que irão compor a escala. No entanto, deve-se elencar um grande conjunto de comportamentos relevantes para o conteúdo de interesse, para identificar uma variedade de maneiras em que o conceito central da escala pode ser declarado. Como a natureza das correlações geralmente não são conhecidas neste estágio de desenvolvimento da escala, ter muitos itens é uma forma de segurança caso análises posteriores demonstrem uma deficiência de consistência interna (Devellis, 2017).

Normalmente, um conjunto inicial de itens, é três ou quatro vezes maior que a escala final. Em termos gerais, quanto maior o agrupamento de itens, melhor. A primeira versão da escala (Apêndice M) que foi construída neste estudo, tinha 495 itens (mais de cinco vezes maior do que a versão final do instrumento, com 96 itens – Apêndice P).

Devellis (2017) relata ser necessário atentar-se para o desenvolvimento de um conjunto muito grande de itens, que possa ser difícil de administrar e confundir o pesquisador sobre quais farão parte da escala (além de ser cansativo para o sujeito que está respondendo). Se o conjunto for excepcionalmente grande, o pesquisador pode eliminar alguns itens com base em critérios como falta de clareza, relevância questionável e similaridade indesejável com outros itens. Estes critérios foram avaliados diversas vezes durante o processo de construção da escala, pois era sabido que o conjunto primário de itens era muito grande, o que resultaria em uma escala muito cansativa. Assim, foram produzidas seis versões da escala, até se chegar na versão que foi encaminhada aos juízes (Apêndice O).

Um bom conjunto de itens deve ser escolhido aleatoriamente, por meio do universo de itens relacionados à construção de interesse, exaurindo-se as possibilidades de tipos e dos limites preestabelecidos (Devellis, 2017). Respeitando este preceito da construção de escalas, foram testadas diversas maneiras de escrever o item, até se chegar naquela que, aparentemente, melhor representava o construto na sua interface com a dimensão (escrita sempre com o cuidado de trazer o olhar da PHC para a construção).

Outra questão que também deve ser analisada em uma escala é a redundância dos itens. Ela pode ser uma característica boa e ruim, já que, para que se fortaleça uma escala, pode haver a necessidade de se repetir a ideia que o item exprime (isto pode acontecer na mesma dimensão e em dimensões diferentes). Para que se resolva este paradoxo, é necessário distinguir as características de itens que fortalecem uma escala, por meio da repetição e observar as que não o fazem (Furr, 2011; Devellis, 2017).

Na fase de construção uma escala, é mais adequado ser mais inclusivo. Pode haver uma tentativa de capturar o fenômeno de interesse, desenvolvendo um conjunto de itens que revele o fenômeno de diferentes maneiras. Mas, ao usar itens múltiplos e aparentemente redundantes, o conteúdo comum aos itens somará vários itens, enquanto suas idiossincrasias irrelevantes serão canceladas (Furr, Bacharach, 2018). Como as pontuações dos itens são causadas pelos mesmos traços latentes, é de se esperar que os itens sejam semelhantes entre si. Múltiplos itens poderão se constituir em um teste mais confiável, quando se compara os itens de maneira individual. Eles devem ser sensíveis ao escore verdadeiro da variável latente (Furr, 2011; Furr, Bacharach, 2018; Devellis, 2017). Concomitantemente ao processo de redação dos itens, definiu-se o formato para medição da escala, que se refere a como o teste mensurará a questão.

6.4.2.4 Formato para medição

De acordo com vários autores, existem muitos formatos possíveis para se escrever as questões. As formas mais comuns são a dicotômica (com duas opções de resposta, como *sim* e *não* / *certo* e *errado*) e a politômica (com uma gradação nas respostas), destacando-se as escalas tipo Likert (1932). No início da construção da escala, o pesquisador deve considerar qual será o formato que utilizará em sua pesquisa. Este passo deve ocorrer simultaneamente com a geração de itens para que os dois sejam compatíveis. Ele se refere a como o teste mensurará a questão (Devellis, 2017; Furr, Bacharach, 2018; Streiner, Normam, Cairney, 2014).

Alguns modelos teóricos podem ser mais consistentes com alguns formatos de resposta do que com outros. A maneira mais adequada para avaliar como uma afirmação deve ser redigida é imaginar para quem a escala se destina, tentando

imaginar como essa pessoa responderia aos itens de diferentes forças (Furr, Bacharach, 2018; Devellis, 2017; Streiner, Normam, Cairney, 2014).

O formato de medição definido para esta escala foi o dicotômico binário. Com este formato é possível verificar se os conteúdos relacionados ao construto, neste caso, a reabilitação social, são ou não abordados nas disciplinas, por meio de respostas sim ou não, sempre se tendo em mente que a população respondente da escala são professores de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação de enfermagem.

Optou-se por utilizar este formato, pois considerou-se que, como a opção politômica analisa intensidade, ela não seria a mais adequada para atender o objetivo da escala (de avaliar a qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria, de cursos de graduação em enfermagem), pois não se esperava compreender o quanto o conteúdo era abordado na disciplina, mas sim se era ou não contemplado.

6.4.3 Validade de conteúdo e avaliação das propriedades psicométricas

Avaliar a validade de conteúdo é essencial e é um dos critérios psicométricos mais importantes da construção de escalas. Ela se refere ao que o teste mede e o quão bem ele faz isto (Anastasi, Urbina, 2000). A validade de conteúdo associa conceitos abstratos, com indicadores observáveis e mensuráveis (Streiner, Normam, Cairney, 2014; Sireci, 1998), e consiste em julgar em que proporção estão os itens selecionados para medir uma construção teórica e representam uma amostra de todas as facetas do conceito a ser medido (Costa, 2011). Para Nunes e Primi (2010, p. 113), as evidências de validade baseadas no conteúdo visam:

demonstrar que o conteúdo dos itens de uma escala é adequado para representar um domínio de comportamentos a serem mensurados, isto é, se os itens se constituem em amostras abrangentes e representativas do domínio que se pretende avaliar com o teste.

Uma medida que inclui uma amostra mais representativa do comportamento do alvo, faz inferências mais válidas e precisas. Se houver aspectos importantes do resultado que são perdidos pelos itens, é provável que algumas inferências a partir da escala possam estar erradas. Assim, as inferências (não as escalas) serão inválidas (Furr, Bacharach, 2018).

Quanto maior a validade do conteúdo de uma medida, mais amplas são as inferências que podemos extrair (Furr, 2011). A validade do conteúdo difere de outras formas de teste de validade em um aspecto importante: não se baseia nos escores da escala, diferenças de desempenho entre pessoas, ou mudanças com base em alguma intervenção. Baseia-se apenas no julgamento de juízes especialistas quanto ao conteúdo dos itens (Messick, 1989).

6.4.3.1 Comitê de juízes

A escala precisa ser testada quanto ao pressuposto de que os itens escolhidos representam adequadamente o construto desejado, para isto são necessárias opiniões de juízes, para se garantir a validade da escala. (Keszei, Novak, Streiner, 2010; Streiner, Norman, Cairney, 2014; Pasquali, 1998; Sireci, 1998; Wynd, Schmidt, Schaefer, 2003). Esta avaliação é teórica e feita por meio de procedimentos qualitativos e quantitativos (Alexandre, Coluci, 2011; Pasquali, 2010; Hyrkas, Appelqvist-Schmidlechner, Oksa, 2003).

Não existe unanimidade na literatura sobre a qualificação e o número de juízes que devam compor o comitê, porém, a qualificação dos juízes considera experiência, disponibilidade, qualificação acadêmica dos participantes, além das características da escala (Polit, Beck, Hungler, 2004; Alexandre, Coluci, 2011). O número mínimo de um comitê de juízes é de três pessoas, não sendo necessária uma amostra tão grande (Cassepp-Borges, Balbinotti, Teodoro, 2010).

6.4.4 Procedimento de coleta de dados: comitê de juízes

Para avaliar a validade do conteúdo, ou as propriedades psicométricas da versão preliminar da escala (Apêndice O), entre 11 e 25 de novembro de 2019, foram feitos convites a nove pessoas para comporem o comitê de juízes especialistas na área.

Este convite se deu, primeiro, por contato telefônico convidando a juíza a participar do estudo. A partir do aceite, era explicado ao que a tese se destina; o objetivo da escala; que parâmetros foram utilizados para a sua construção; qual era o seu construto; qual era a quantidade de itens da escala; como a juíza avaliaria cada um deles; que o tempo médio de resposta era de uma hora; que a pesquisadora

estaria à disposição, em qualquer momento para sanar as dúvidas que surgissem e; a importância da contribuição da juíza.

Após este momento, eram endereçados e-mails para estas pessoas, com a uma carta convite, com o reforço de tudo o que foi dito por telefone e um resumo do estudo (Apêndice Q), um TCLE (Apêndice R), que deveria ser assinado e devolvido via e-mail (e, se isto não fosse possível, a pesquisadora levaria o termo até a juíza) e com o questionário de avaliação da escala pela juíza (elaborado no programa Microsoft Excel, pois assim os dados já ficaram tabulados para serem submetidos ao programa SPSS, para analisar o coeficiente de validade de conteúdo), com os itens da escala, com a explicação sobre o preenchimento da escala e com as explicações dos domínios que deveriam ser avaliados (Apêndice S).

A qualificação das pessoas selecionadas considerou experiência, disponibilidade e qualificação acadêmica, além das características da escala. Foram chamadas 9 pessoas para comporem o comitê, a fim de garantir a participação de pelo menos 3 juízes.

Estas pessoas eram todas mulheres e ligadas a curso de enfermagem. Delas, sete eram especialistas em saúde mental e psiquiatria. As duas que não tinham o título de especialização, estavam envolvidas na pesquisa na área. A seguir apresentar-se-á a qualificação de cada uma delas:

1. Pós-Doutora; orientadora de mestrado e doutorado na área de saúde mental e psiquiatria; professora associada de um curso público de enfermagem (na área de saúde mental e psiquiatria); especialista em saúde mental e psiquiatria;
2. Doutora em enfermagem em saúde mental e psiquiatria; professora de um curso público de enfermagem (na área de saúde mental e psiquiatria); especialista em saúde mental e psiquiatria;
3. Doutora em enfermagem em saúde mental e psiquiatria; especialista em saúde mental e psiquiatria; já ministrou aulas em cursos de graduação em enfermagem, na área de saúde mental e psiquiatria; tem experiência com psicometria;
4. Doutoranda e mestre em enfermagem em saúde mental e psiquiatria; especialista em saúde mental e psiquiatria; já ministrou aulas em cursos de graduação em enfermagem, na área de saúde mental e psiquiatria; tem experiência com psicometria;

5. Doutoranda em enfermagem em saúde mental e psiquiatria; professora de um curso público de enfermagem (na área de saúde mental e psiquiatria); especialista em saúde mental e psiquiatria; tem experiência com psicometria;
6. Mestre e doutoranda em enfermagem em saúde mental e psiquiatria; professora de um curso público de enfermagem (na área de saúde mental e psiquiatria); especialista em saúde mental e psiquiatria; já ministrou aulas em cursos de graduação em enfermagem, na área de saúde mental e psiquiatria; tem experiência com psicometria;
7. Mestre em saúde mental e psiquiatria; professora de um curso de pós-graduação privado de enfermagem, na área de saúde mental e psiquiatria;
8. Egressa de um curso de enfermagem; produz pesquisas na área de saúde mental e psiquiatria;
9. Estudante de um curso de enfermagem; produz pesquisas na área de saúde mental e psiquiatria.

A opção por convidar estas pessoas para comporem o comitê se deu porque é importante que os juízes sejam pessoas envolvidas na área. Considerou-se que especialistas, pesquisadoras, estudantes, e professoras de graduação e pós-graduação, poderiam trazer olhares distintos e, deste modo, contribuir para o melhoramento da escala. Das nove convidadas, sete aceitaram participar do estudo.

O papel das juízas foi o de avaliar os itens da escala, por meio de notas de 1 a 5 (sendo 1 muito ruim, 2 ruim, 3 razoável, 4 bom e 5 muito bom), para cada um dos itens, em relação aos domínios:

Clareza de linguagem: Avaliação do quanto o juiz considerava a linguagem do item compreensível (clara, direta, adequada e objetiva), tendo em vista as características da população respondente. O juiz deveria responder em que nível acreditava que o item tinha clareza de linguagem, considerando a população respondente (Cassepp-Borges, Balbinotti, Teodoro, 2010);

Pertinência Prática: Avaliação do quanto o juiz considerava que o item era pertinente. Analisava, de fato, se cada item possuía importância para o instrumento. O juiz deveria responder em que nível acreditava que o item era pertinente para o que ele se propõe, considerando a população respondente (Cassepp-Borges, Balbinotti, Teodoro, 2010);

Relevância Teórica: Avaliação do quanto o juiz considerava que o item era relevante. Visava analisar o grau de associação entre item e construto. O juiz deveria

responder em que nível acreditava que o conteúdo do item era representativo do comportamento que se quer medir (Cassepp-Borges, Balbinotti, Teodoro, 2010).

Depois da coleta de respostas dos juízes, o próximo passo foi definir os itens que ficariam e sairiam da escala. Isto foi determinado pela concordância de respostas que os juízes deram a cada um dos domínios em cada item, por meio de análises estatísticas das propriedades psicométricas da escala (Borsa, Damásio, Bandeira, 2012). Este processo teve a intencionalidade de avaliar em que medida a escala poderia ter seu conteúdo considerado válido.

6.4.5 Análise dos dados: comitê de juízes

6.4.5.1 Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC)

Representa mecanismos para associar conceitos abstratos com indicadores observáveis e mensuráveis de fenômenos específicos (Wynd, Schmidt, Schaefer, 2003), e julga em que proporção os itens representam as facetas do conceito a ser medido (Costa, 2011).

O CVC serve para mensurar a porcentagem de juízes que estão em concordância sobre a representatividade, clareza e correspondência dos fatores para cada um dos itens, para a compreensão da medida como um todo (Cassepp-Borges, Balbinotti, Teodoro, 2010; Alexandre, Coluci, 2011).

- **Representatividade do item:** capacidade do item para representar a definição teórica;
- **Clareza de linguagem:** frases devem ser de fácil compreensão;
- **Pertinência prática:** os itens devem referir-se ao construto, considerando a população avaliada; e
- **Relevância teórica do fator:** indica se o item corresponde à categoria onde está localizado.

Os itens e a escala devem ser considerados válidos, quando obtiverem um CVC de 0,80 (Rubio et al., 2003; Costa, 2011).

6.4.5.2 Análise das propriedades psicométricas da escala

As avaliações dos juízes foram submetidas à avaliação do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC). Pasquali (2013, p. 182) defende que “uma concordância de, pelo menos 80,00% entre os juízes, pode servir de critério de decisão sobre a pertinência do item ao traço a que teoricamente se refere”. Por esse motivo, é esperado que os itens apresentem CVC maior ou igual a 0,80. Primeiramente, foram calculadas as médias do CVC para a escala. Os indicadores relativos à Clareza de Linguagem (CVC = 0,91), Pertinência Prática (CVC = 0,92) e Relevância Teórica (CVC = 0,93) se mostraram adequados.

Dos 115 itens que foram para a análise dos juízes, 106 tiveram CVC igual ou maior do que 0,80 em Clareza de Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica, superando o ponto de corte para considerá-los adequados. Dos 9 itens que tiveram CVC menor do que 0,80, 5 itens tiveram restrições na Clareza de linguagem, 4 itens com restrições na Pertinência Prática e 1 item com restrição na Relevância Teórica (este item também teve baixo CVC na pertinência prática). Destes itens, 7 foram retirados e 2 mantidos e modificados. Um item (113) foi transformado em 2, por sugestão das juízas (optou-se por manter estes itens, pois as juízas os avaliaram relevantes, porém sugeriram melhora na escrita). Dentre os 106 com concordância maior do que 0,80, alguns foram retirados, por sugestão das juízas, por estarem contemplados em outro item e, outros, foram transformados em 2, por sugestão do comitê, por conterem duas ideias na mesma frase. Assim, a versão final da E-Mental ficou com 96 itens.

Depois das análises estatísticas, foi feita a redação da versão final da escala (Apêndice P), quando se concretizou o processo de levantamento de evidências de validação de conteúdo da escala E-Mental, que avalia a qualidade do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica (Hutz, Bandeira, Trentini, 2015).

Após a demonstração de adequadas evidências de validade de conteúdo pelo comitê de juízes, há a necessidade de validação de construto da escala, mas sabendo que esta etapa demanda bastante tempo e considerando-se o cronograma limitado, isto será realizado em um próximo estudo.

6.4.6 Aspectos éticos do comitê de juízes

As juízas receberam via telefone e e-mail um convite para participarem do estudo (Apêndice Q), um TCLE (Apêndice R) que foi assinado em duas vias e rubricado em todas as folhas, o questionário de avaliação da escala e a versão preliminar da escala (Apêndice S).

Esta pesquisa atendeu à Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012). Ela foi inserida na Plataforma Brasil e, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), em 25 de abril de 2019, sob o CAAE 99514718.1.0000.5392 (Anexo B).

6.5 VERIFICAÇÃO DA APLICABILIDADE DA ESCALA E-MENTAL

6.5.1 Fonte de dados

Para verificar a aplicabilidade da escala E-Mental, foi feito um estudo piloto com 5 professoras de disciplinas de saúde mental e psiquiatria, de cursos de graduação de enfermagem, localizados nas 5 regiões brasileiras, responderam ao instrumento.

6.5.2 Procedimento de coleta de dados

Entre os dias 1 e 5 de dezembro de 2019, foram feitos convites via telefone, para estas professoras, que aceitaram participar do estudo. Assim, durante este mesmo período, os convites foram reforçados via e-mail (Apêndice T) contendo uma breve apresentação da pesquisadora e da pesquisa; o link de acesso à escala, elaborada na ferramenta Google Formulário; a explicação do preenchimento da escala; um arquivo com o resumo do estudo, para conhecimento (Apêndice E); um arquivo com o termo de responsabilidade e confiabilidade, assinado pela pesquisadora, garantindo o uso responsável dos dados (Apêndice U); um TCLE (Apêndice V), que deveria ser assinado pela professora; orientação de coleta de assinatura da carta de autorização institucional, pela chefe do departamento, para a

realização do estudo (Apêndice W) (estes dois últimos documentos foram assinados e retornados pelo e-mail da pesquisadora principal do estudo) e; um pedido de sugestões/avaliações quanto à pertinência e compreensão dos itens da escala.

6.5.3 Análise de dados

A versão obtida na etapa anterior após ajustes realizados, foi aplicada em uma amostra de 5 professoras mulheres, enfermeiras, doutoras em saúde mental, conforme indicação de autores (Beaton et al., 2000; Pasquali, 2013) com o intuito de verificar se todos os itens eram compreensíveis para a população alvo. Assim, além das respostas à E-Mental, também foram analisadas as sugestões/avaliações das professoras, quanto à escala, que serão apresentadas nos resultados e discussões.

6.5.4 Aspectos éticos

As professoras receberam via e-mail um termo de responsabilidade e confiabilidade, assinado pela pesquisadora, garantindo o uso responsável dos dados (Apêndice U); uma carta de autorização institucional, que foi assinado pela chefe do departamento (Apêndice W) e; um TCLE (Apêndice V) que foi assinado em duas vias e rubricado em todas as folhas. Esta pesquisa atendeu à Resolução CNS 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (Brasil, 2012). Ela foi inserida na Plataforma Brasil e, foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), em 25 de abril de 2019, sob o CAAE 99514718.1.0000.5392 (Anexo A).

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

7 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados e discussões deste estudo foram apresentados em quatro momentos. São eles: Caracterização das instituições de ensino superior brasileiras; realização de censo dos cursos de graduação em enfermagem brasileiros; identificação e caracterização das disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de enfermagem brasileiros; construção, levantamento de evidências de validade de conteúdo e aplicação da escala E-Mental.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DAS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR BRASILEIRAS

Os resultados desta etapa foram apresentados em tabelas com dados gerais das IES brasileiras, com foco nas categorias administrativas (pública ou privada), forma de categorias administrativas públicas (federal, estadual ou municipal) e regiões brasileiras.

Na Tabela 2 foram apresentados os dados sobre o número e proporção de IES brasileiras, de acordo com as suas categorias administrativas.

Tabela 2 - Instituições de Ensino Superior no Brasil, segundo a categoria administrativa. Brasil, 2019

Categoria Administrativa	Número	Proporção
Privada	2.152	87,90%
Pública	296	12,09%
<i>Total Brasil</i>	<i>2.448</i>	<i>100,00%</i>

Os resultados mostram que existe um total de 2.448 IES no país. Deste, 2.152 ou 87,90% são privados, enquanto 296, ou 12,09% são públicos.

A Tabela 3 apresenta dados da distribuição das IES no país, segundo as suas categorias administrativas. Vale lembrar que, quando as siglas SE, NE, S, CO e N forem utilizadas, elas referem-se às regiões Sudeste, Nordeste, Sul, Centro Oeste e Norte (respectivamente).

Tabela 3 - Instituições de Ensino Superior no Brasil, por categoria administrativa, segundo região. Brasil, 2019

Região brasileira	Privada		Pública	
	Número	Proporção	Número	Proporção
SE	965	44,84%	156	52,70%
NE	451	20,95%	66	22,29%
S	374	17,37%	31	10,47%
CO	221	10,26%	19	6,41%
N	141	6,55%	24	8,10%
<i>Total BR</i>	<i>2.152</i>	<i>100,00%</i>	<i>296</i>	<i>100,00%</i>

No Brasil, as três regiões com mais IES, tanto privadas como públicas, são as regiões: Sudeste, com 44,84% (n=965) das IES privadas e 52,70% (n=156) das públicas; Nordeste, com 20,95% (n=451) das IES privadas e 22,29% (n=66) das públicas e; Sul, com 17,37% (n=374) das IES privadas e 10,47% (n=31) das públicas.

Em relação à distribuição de IES privadas, a região Centro-Oeste ocupa a quarta posição, com 10,26% (n=221) e a Norte, a quinta e última com 6,55% (n=141). Em relação à distribuição de IES públicas, a região Norte é a quarta colocada, com 8,10% (n=24), e a Centro-Oeste a quinta e última, com 6,41% (n=19).

Na Tabela 4 foram apresentados os dados das IES públicas, de acordo com a sua forma (federal, estadual ou municipal) em todo o território nacional.

Tabela 4 - Instituições de Ensino Superior no Brasil, segundo a forma da categoria administrativa pública. Brasil, 2019

Forma da Categoria Administrativa Pública	Número	Proporção
Federal	109	36,82%
Estadual	124	41,89%
Municipal	63	21,28%
<i>Total</i>	<i>296</i>	<i>100,00%</i>

A maioria das IES públicas do país são estaduais, 41,89% (n=124), seguida das federais, 36,82% (n=109) e das municipais, 21,28% (n=63).

Na Tabela 5, os dados da Tabela 3 foram destrinchados, segundo região brasileira.

Tabela 5 - Instituições de Ensino Superior no Brasil, por forma de categoria administrativa pública, segundo região. Brasil, 2019

Região	Federal		Estadual		Municipal	
	Número	Proporção	Número	Proporção	Número	Proporção
SE	36	33,02%	90	72,58%	30	47,61%
NE	29	26,60%	15	12,09%	22	34,92%
S	17	15,59%	9	7,25%	5	7,93%
N	17	15,59%	5	4,03%	2	3,17%
CO	10	9,17%	5	4,03%	4	6,34%
<i>Total BR</i>	109	100,00%	124	100,00%	63	100,00%

No Brasil, as três regiões com mais IES públicas tanto federais, como estaduais e municipais (respectivamente) são a região Sudeste (36 ou 33,02%, 90 ou 72,58% e 30 ou 47,61%), seguida da Nordeste (29 ou 26,60%, 15 ou 12,09% e 22 ou 34,92%) e da Sul (17 ou 15,59%, 9 ou 7,25% e 5 ou 7,93%). Em relação à distribuição de IES públicas federais, a região Norte empata na terceira posição com a região Sul (com 17 ou 15,59%) e a Centro-Oeste é a quarta e última colocada (com 10 ou 9,17%). Em relação à distribuição de IES públicas estaduais, as regiões Centro-Oeste e Norte empatam em quarta e última posição (ambas com 5 ou 4,03%). Em relação à distribuição de IES públicas municipais, a região Centro-Oeste é a quarta (com 4 ou 6,34%), e a Norte é a quinta e última colocada (com 2 ou 3,17%).

A seguir serão discutidos os dados sobre a caracterização das IES brasileiras.

7.1.1 Discussões dos resultados da caracterização das Instituições de Ensino Superior brasileiras

A maioria (2.152 ou 87,90%) das IES brasileiras são privadas. As IES privadas são administradas por pessoas ou grupo de pessoas físicas ou jurídicas de direito privado, com ou sem finalidade de lucro. Elas podem ser não beneficentes e beneficentes (Brasil, 2008).

As IES privadas beneficentes são divididas em:

- **Comunitárias:** abrangem representantes da comunidade em sua entidade mantenedora¹⁴;

¹⁴ Pessoa jurídica que provê recursos essenciais para o funcionamento da IES e é o seu representante legal.

- **Filantrópicas:** prestam serviços à população, de modo complementar às atividades do Estado e;
- **Confessionais:** IES orientadas por grupos religiosos, que atendem orientações ideológicas e confessionais (Brasil, 1996);
- **IES privadas sem fins lucrativos especiais:** instituições criadas por lei estadual ou municipal, que não são predominantemente mantidas por recursos públicos, portanto não são gratuitas (Brasil, 1988).

A minoria das IES brasileiras é pública (12,00%). Estas instituições são mantidas pelo Poder Público e financiadas pelo Estado, ou seja, não cobram matrícula ou mensalidade. Nelas, a maioria dos(as) professores(as) são titulares, selecionados por concursos públicos. Um importante critério para a contratação destes professores, são as publicações de pesquisas fora do Brasil, e a carga de trabalho reserva tempo para pesquisa. Não há taxas de matrícula ou ingresso nas universidades públicas (um direito estabelecido na Constituição Federal) (Brasil, 1988).

Sobre as formas de categorias administrativas das IES públicas (federais, estaduais e municipais), segundo o artigo nono da LDB, as IES federais brasileiras são as mantidas pelo governo federal. Elas são consideradas autarquias, ou seja, são autogeridas, porque o governo federal tem maior responsabilidade pela educação de nível superior (Brasil, 1996). Elas são de dois tipos: Universidades Federais e os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia. Este tipo de IES foi o segundo mais prevalente entre as três formas, com 109 ou 36,82% de todas.

As IES estaduais são em maior quantidade no país (124 ou 41,89%). Elas são criadas e mantidas pelos estados da federação. As municipais são as mantidas pelos municípios e são as menos comuns no Brasil (63 ou 21,28%). Isto ocorre porque a maior demanda e obrigação do município é a educação infantil. Assim, a preocupação com a educação superior não é a prioridade das prefeituras. Os cursos de graduação municipais normalmente são pagos. Isto porque, como a verba para a educação destinada aos municípios é direcionada para as escolas de educação básica e de ensino fundamental, é facultativo aos municípios oferecerem cursos superiores, portanto cabe a cada prefeitura essa decisão (Cavalcante, 2000).

Como se viu, a minoria das IES é pública e um fato que agrava este quadro é que, desde 2016, o Brasil vem passando pelo enfraquecimento das políticas públicas e fortalecimento de políticas neoliberais, pela intensa privatização de serviços geridos pelo Estado. Assim como a saúde, a previdência pública e outras áreas sociais, a

educação tem sofrido com este processo. Em 17 de julho de 2019, o governo federal lançou o programa Future-se, como uma tentativa de privatização de IES públicas (que já são a minoria e já não são acessíveis a toda a população). Este programa propõe, entre outras medidas, a facilitação de investimento de capital externo para aumento do orçamento das instituições (Brasil, 2019a).

Além das políticas públicas privatizantes, outra importante questão que influencia a distribuição e acesso às IES é a riqueza das regiões brasileiras. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Produto Interno Bruto (PIB) “é a soma de todos os bens e serviços finais produzidos por um país, estado ou cidade, geralmente em um ano. Todos os países calculam o seu PIB nas suas respectivas moedas” (IBGE, 2018). Assim, o PIB pode representar a riqueza de um país.

Um levantamento de 2012 mostrou que, as regiões com maiores PIB são a Sudeste (R\$ 2.424.005.000), a Sul (R\$ 710.860.000), a Nordeste (R\$ 595.382.000), a Centro Oeste (R\$ 430.463.000) e a Norte (R\$ 231.383.000) (BCB, 2012). É possível observar que, as três regiões mais ricas do país também são as regiões com mais IES (públicas e privadas). As regiões Centro Oeste e Norte, foram as com PIB menores em 2012 e as com menos IES (públicas e privadas). Assim, pode-se afirmar que a riqueza da região, determina a quantidade de IES delas.

O próximo tópico apresenta os dados do censo dos cursos de graduação em enfermagem brasileiros.

7.2 CENSO DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM BRASILEIROS

Os resultados desta etapa dizem respeito à caracterização dos cursos de enfermagem brasileiros. A estes resultados atribuímos o nome de censo, já que foi realizada coleta populacional, ou seja, em todos os cursos.

O caminho desta coleta de dados foi:

1. O portal e-mec.mec.gov.br era acessado;
2. Na aba consulta interativa, aparecia o mapa do Brasil, como mostra a Figura 1;

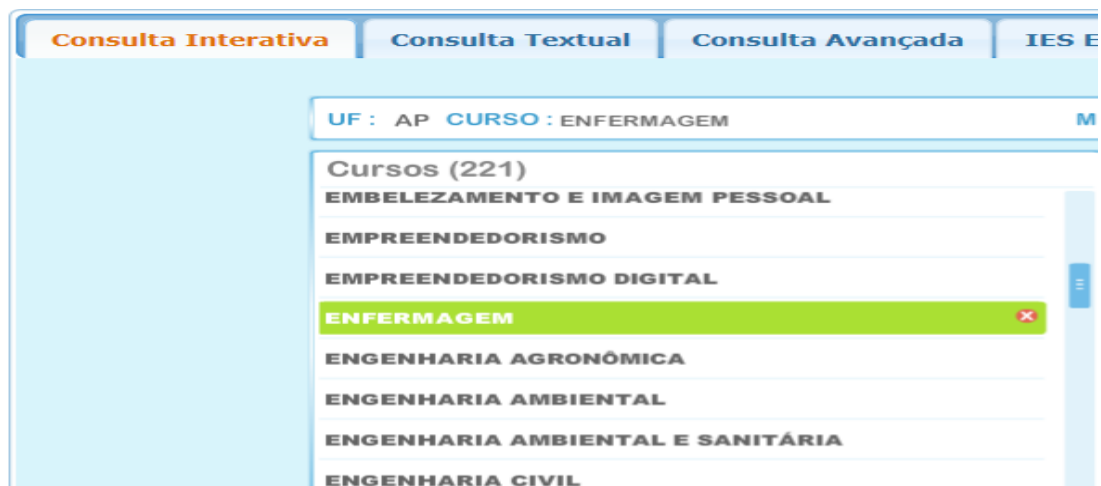
Figura 1 - Mapa do Brasil, no portal e-MEC



Fonte: e-MEC, 2019.

3. Todos os estados brasileiros foram acessados (os dados deste estudo foram apresentados por regiões brasileiras);
4. Apareciam os nomes dos cursos que tinham nestes estados;
5. Era selecionado o curso de enfermagem, como mostra a Figura 2;

Figura 2 - Cursos por estados, no portal e-MEC.



Fonte: e-MEC, 2019.

6. Apareciam as IES que ofereciam o curso (todas elas foram consultadas);
7. Na página da IES coletamos a informação sobre o nome da instituição, a categoria administrativa da IES (pública ou privada), organização acadêmica

(universidade, centro universitário, faculdade ou instituto federal de educação, ciência e tecnologia) e o site (sítio) da IES, como mostra a figura 3;

Figura 3 - Página da IES no portal e-MEC



Fonte: e-MEC, 2019.

*Para não expor pessoas e instituições, as seguintes informações foram apagadas da figura: Mantenedora; CNPJ; representante legal; nome da IES - sigla; endereço; complemento; bairro; município; telefone; n.º; CEP; UF; fax e; sítio.

8. Nesta mesma página, era clicado na aba *graduação* e, em seguida, escolhido o curso de enfermagem novamente. Após isto, apareciam todos os cursos de enfermagem da instituição, sendo todos eles acessados;
9. A primeira informação observada na página do curso na plataforma, era a situação de funcionamento. Foram coletadas as informações de todos os cursos que estavam em atividade, no momento da coleta. Os que estavam na plataforma, mas como descredenciados ou extintos, não foram incluídos no estudo. Após esta precaução, as seguintes informações foram coletadas: tipo de credenciamento (presencial ou EAD); grau (bacharelado ou licenciatura); notas de avaliações do MEC para ENADE, CPC, CC e IDD; carga horária mínima; coordenador(a); vagas anuais autorizadas. A periodicidade também foi coletada, porém é importante informar que, nem sempre, a informação sobre o curso ser semestral ou anual era apresentada, mas sempre era informada a quantidade de semestres em que o curso acontecia. Então, optou-se por apresentar os dados referentes à

periodização, em semestres. A Figura 4 mostra as informações que apareciam na página do e-MEC, sobre os cursos de enfermagem brasileiros.

Figura 4 - Página do curso, no portal e-MEC

The screenshot shows the e-MEC portal interface. At the top, there are tabs for 'Instituição de Educação Superior', 'Endereço', and 'Curso'. Below this, the 'RELACÃO DE CURSOS' section displays a table with one entry: '1405887 Presencial Bacharelado ENFERMAGEM'. The 'SITUAÇÃO' column shows 'Ativa'. Below the table, the 'DETALHES DO CURSO - (1405887) Bacharelado em ENFERMAGEM' section provides the following information:

(Código) Grau:	(1405887) Bacharelado em ENFERMAGEM		
Modalidade:	Educação Presencial		
Data de início de funcionamento:	.. Iniciado	Gratuito?	Não
Carga horária mínima:	4000 horas	Periodicidade (Integralização):	Semestral (10.0)
Coordenador:	.		
Situação de Funcionamento:	Em atividade	Vagas Anuais Autorizadas:	150

Fonte: e-MEC, 2019.

*Para não expor pessoas e instituições, as seguintes informações foram apagadas da imagem: Nome da IES; UF; Município; Coordenador.

Após estes procedimentos, os sites das IES (que foram coletados na página da IES – descrito no item 7) foram consultados na busca das informações adicionais sobre os cursos de graduação em enfermagem e informações sobre as disciplinas de saúde mental e psiquiatria destes cursos. Os dados coletados foram: Turno (período); contato do(a) coordenador(a) do curso; disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica obrigatórias e optativas (nome, número e semestre em que aconteciam); nome e contato do(a) responsável pela(s) disciplina(s) obrigatória(s). Depois desta coleta, os dados foram submetidos à análise estatística e os resultados estão na sequência.

Foram encontradas no portal e-MEC, 1.134 IES que ofereciam cursos de enfermagem. Na sessão anterior, vimos que existem 2.448 IES no Brasil, ou seja, 46,32% da totalidade das IES brasileiras, tem o curso de enfermagem.

Foram localizados 1.668 cursos de enfermagem (várias IES tinham mais de um campus, por isto há diferença entre o número de IES que oferecem cursos de enfermagem, e o número total de cursos de enfermagem brasileiros).

As Tabelas 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 apresentam os dados coletados, por categorias administrativas.

A Tabela 6 mostra a distribuição dos cursos de enfermagem brasileiros, segundo a categoria administrativa (pública ou privada) e o tipo de IES pública.

Tabela 6 - Cursos de enfermagem brasileiros por categorias administrativas. Brasil, 2019

Categoria Administrativa	n (%)
Privada	1.509 (90,46%)
Pública	159 (9,53%)
Total	1.668 (100,00%)
Categoria administrativa pública	
Municipal	3 (1,88%)
Estadual	74 (46,50%)
Federal	82 (51,57%)
Total	159 (100,00%)

De todos os cursos de enfermagem brasileiros (1.509), 90,46% são de instituições privadas e 9,53% (n=159) são de IES públicas. Dentre os públicos, a maioria é de instituições de ensino federais (82 ou 51,57%), seguidas das estaduais (74 ou 46,50%) e municipais (3 ou 1,88%).

A Tabela 7 apresenta os cursos de enfermagem brasileiros, por categoria administrativa, distribuídos por regiões, da qual fazem parte.

Tabela 7 - Cursos de enfermagem brasileiros, por categoria administrativa, segundo regiões brasileiras. Brasil, 2019

Regiões	Total no Brasil Privada e Pública n=1.668 (100,00%)	Total/Região Pública n=159 (9,53%)	Total/Região Privada n=1.509 (90,46%)
SE	669 (40,10%)	35 (5,23%)	634 (94,76%)
NE	463 (27,75%)	63 (13,60%)	400 (86,39%)
S	231 (13,84%)	23 (9,95%)	208 (90,04%)
CO	174 (10,43%)	19 (10,91%)	155 (89,08%)
N	131 (7,85%)	19 (14,50%)	112 (85,49%)

A atual distribuição espacial das cursos de enfermagem no Brasil é: região Sudeste, 669 cursos (40,10% dos cursos brasileiros), sendo que destas, 35 (5,23%) são públicas e 634 (94,76%) são privadas; região Nordeste, 463 cursos (27,75% dos cursos brasileiros), sendo que destas, 63 (13,60%) são públicas e 400 (86,39%) são privadas; região Sul, 231 cursos (13,84% dos cursos brasileiros), sendo que destas, 23 (9,95%) são públicas e 208 (90,04%) são privadas; região Centro-Oeste, 174 cursos (10,43% dos cursos brasileiros), sendo que destas, 19 (10,91%) são públicas e 155 (89,08%) são privadas e; região Norte, 131 cursos (7,85% dos cursos brasileiros), sendo que destas, 19 (14,50%) são públicas e 112 (85,49%) são privadas.

A Tabela 8, apresenta os dados dos cursos de enfermagem públicos e privados, segundo organização acadêmica.

Tabela 8 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo organização acadêmica. Brasil, 2019

Organização Acadêmica	Total no Brasil Privada e Pública n=1.668 (100,00%)	Pública n=159 (9,53%)	Privada n=1.509 (90,46%)
Faculdade	762 (45,68%)	4 (0,52%)	758 (99,47%)
Universidade	511 (30,63%)	153 (29,94%)	358 (70,05%)
Centro Universitário	393 (23,56%)	0 (00,00%)	393 (100,00%)
IF	2 (0,11%)	2 (100,00%)	0 (0,00%)

Nota-se que a maioria dos cursos de enfermagem brasileiros, acontecem em Faculdades (762 ou 45,60%), sendo que destes cursos, quase todos são de IES privadas (758 ou 99,47%) e apenas 4 ou 0,52% são públicas. No segundo lugar de organizações acadêmicas dos cursos de enfermagem brasileiros estão as Universidades (511 ou 30,63%), sendo que a maioria dos cursos que acontecem neste tipo de organização, são particulares (358 ou 70,05%) e, a minoria, públicos (153 ou 29,94%). Apesar disto, se observarmos que, de todos cursos que acontecem em IES públicas, que são 159, 153 são de universidades, podemos notar que 96,22% do ensino de enfermagem público, acontece na organização acadêmica Universidade.

Centros Universitários são 393 ou 23,56% da totalidade de IES que oferecem cursos de enfermagem, e todos os cursos deste tipo de organização acadêmica são de IES privadas. Os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia são apenas 2 ou 0,11% das IES que ofertam o curso de enfermagem e, ambos, são públicos.

A Tabela 9 apresenta os cursos de enfermagem do Brasil, divididos em públicos e privados, de acordo com o grau (bacharelado ou licenciatura).

Tabela 9 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo grau. Brasil, 2019

Grau	Total no Brasil Privada e Pública n=1.668 (100,00%)	Pública n=159 (9,53%)	Privada n=1.509 (90,46%)
Licenciatura	25 (1,49%)	14 (56,00%)	11 (44,00%)
Bacharelado	1.643 (98,50%)	145 (8,82%)	1.498 (89,80%)

Dos 1.668 cursos de enfermagem brasileiros, 1.643 (98,50%) formam bacharéis e 25 (1,49%) formam em grau de licenciatura. Dos 25 cursos em grau de licenciatura, 14 (ou 56,00% deles) são de cursos públicos e 11 (ou 44,00% deles) são

de cursos privados. Dos 1.643 cursos em grau de bacharelado, 145 (ou 8,82% deles) são de cursos públicos e 1.498 (ou 89,80% deles) são de cursos privados.

As Tabelas 10 e 11 expõem os dados sobre turno em cursos públicos e privados. É importante informar que, dos 1.668 cursos de enfermagem, não foram localizados dados sobre estas variáveis, em 462 casos. Por isto, estas tabelas apresentam os dados de 1.206 cursos. Estes dados foram localizados nas páginas dos cursos, pois o e-MEC não fornece esta informação. Os sites dos cursos são muito diversos e nem sempre mantêm um padrão de apresentação de dados (muitos não apresentavam dados algum, ou não tinham sites). Estes foram os motivos desta *perda* de dados.

Tabela 10 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo turno. Brasil, 2019

Turno	Total no Brasil Privada e Pública n=1.206 (100,00%)	Pública n=152 (12,60%)	Privada n=1.054 (87,39%)
Integral	153 (12,68%)	129 (84,31%)	24 (15,68%)
Em um turno	1.053 (87,31%)	23 (2,18%)	1.030 (97,81%)

Dos dados localizados sobre turno em que acontecem os cursos de enfermagem brasileiros (1.206), 153 ou 12,68% são integrais e, destes, a maioria 129 (84,31%) são públicos e a minoria, 24 (15,68%) são privados. A maioria dos cursos de enfermagem brasileiros acontecem em um turno (1.053 ou 87,31%), sendo que, destes, 23 ou 2,18% são públicos e 1.030 (ou 97,81%) são privados.

A tabela a seguir apresenta os dados dos cursos que acontecem em apenas um turno (1.053).

Tabela 11 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo cursos que acontecem em um turno. Brasil, 2019

Cursos em um turno	Total no Brasil Privada e Pública n=1.053 (100,00%)	Pública n=23 (2,18%)	Privada n=1.030 (97,81%)
Noturno	577 (54,79%)	4 (0,69%)	573 (99,30%)
Matutino	381 (36,18%)	18 (4,72%)	363 (95,27%)
Vespertino	94 (8,92%)	1 (1,06%)	93 (98,93%)
Não especificou	1 (0,09%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)

Localizamos as possibilidades de turnos matutino, vespertino e noturno, para os cursos que aconteciam em apenas um período.

A maioria dos cursos de enfermagem brasileiros, que acontecem em um período, são os noturnos, 577 (54,79%). Destes, 4 (0,69%) são de cursos públicos e

a grande maioria, 573 (99,30%) são de cursos privados. Os cursos matutinos foram os segundos colocados, dos cursos que acontecem em um turno. Eles são 381 casos (36,18% dos cursos em um turno brasileiros). Destes, 18 (4,72%) são de IES públicas e 363 (95,27) são de IES privadas. Os cursos vespertinos foram os menos recorrentes dos cursos em um período, 94 (8,92% dos cursos brasileiros). Deles, 1 (ou 1,06%) são de IES públicas e 93 (98,93%) são de IES privadas. Em um caso, dos 1.053 cursos em um período, não foi localizada a especificação sobre em qual turno o curso acontecia. Este caso foi de uma IES privada.

As Tabelas 12 e 13 apresentam dados sobre a duração (quantidade mínima de semestres para a finalização do curso de enfermagem) e carga horária mínima para os cursos de graduação em enfermagem, respectivamente.

Tabela 12 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo duração. Brasil, 2019

Duração	Total no Brasil Privada e Pública n=1.663 (100,00%)	Pública n=157 (9,44%)	Privada n=1.506 (90,55%)
8 semestres	287 (17,25%)	26 (9,05%)	261 (90,94%)
9 semestres	77 (4,63%)	23 (29,87%)	54 (70,12%)
10 semestres	1.297 (77,99%)	108 (8,32%)	1.189 (91,67%)
12 semestres	2 (0,12%)	0 (0,00%)	2 (100,00%)

É importante informar que não foram localizadas as durações de 5 cursos de enfermagem, então o número de cursos desta tabela é de 1.663. Foram localizados cursos que acontecem em 8, 9, 10 e 12 semestres. A maioria, 1.297 (77,99%) dos cursos são realizados em 10 semestres, sendo que, destes, 108 (8,32%) são públicos e 1.189 (91,67%) são privados; 287 (17,25%) são realizados em 8 semestres e, destes, 26 (9,05%) são públicos e 261 (90,94%) são privados; 77 (4,63%) são realizados em 9 semestres e, destes, 23 (29,87%) são públicos e 54 (70,12%) são privados e; 2 (0,12%) dos cursos são realizados em 12 semestres, sendo todos privados.

Tabela 13 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo carga horária mínima. Brasil, 2019

Carga Horária	Pública n=149	Privada n=1.057
Média (DP)	4.418,70 (544,50)	4.366,10 (1024,50)
Mediana [Q1; Q3]	4.359 [4.074; 4.680]	4.020 [4.000; 4.280]
Mín; Máx	2.840;6.048	3.200;13.515

É importante informar que, dos 1.668 cursos de enfermagem, em 462 casos não foram localizados dados sobre carga horária mínima do curso. Por isto, a Tabela 13 apresentou os dados de 1.206 cursos.

A média e mediana de cargas horárias mínimas são maiores em cursos públicos (4.418,70 e 4.359) do que em privados (4.366,10 e 4.020). A menor carga horária localizada (2.840 horas) foi em curso público. A menor carga encontrada na categoria administrativa privada foi de 3.200 horas. A maior carga horária mínima de cursos públicos foi a de 6.048 horas, enquanto a maior carga horária mínima de cursos privados foi de 13.515, o que é uma carga horária bem alta, por isto foi confirmada no site do e-MEC. A Figura 5 é a página deste curso, no portal e-MEC e comprova esta carga horária.

Figura 5 - Página do curso com carga horária mínima de 13.515 horas, no portal e-MEC

The screenshot shows the e-MEC portal interface. At the top, there are tabs for 'Instituição de Educação Superior', 'Endereço', and 'Curso'. Below this, the 'DETALHES DA IES' section is visible. The 'RELAÇÃO DE CURSOS' section contains a table with the following data:

Código	Modalidade	Grau	Curso	UF	Município	ENADE	CPC	CC	IDD	Situação
1397311	Presencial	Bacharelado	ENFERMAGEM	[Redacted]	[Redacted]	-	-	4	-	[Green]

Below the table, the 'DETALHES DO CURSO - (1397311) Bacharelado em ENFERMAGEM' section provides the following information:

- (Código) Grau: (1397311) Bacharelado em ENFERMAGEM
- Modalidade: Educação Presencial
- Data de início de funcionamento: [Redacted]
- Data prevista de início: [Redacted]
- Gratuito?: Não
- Carga horária mínima: 13515 horas
- Periodicidade (Integralização): Semestral (10.00)
- Coordenador: [Redacted]
- Situação de Funcionamento: Em atividade
- Vagas Anuais Autorizadas: 113

Fonte: e-MEC, 2019.

*Para não expor pessoas e instituições, as seguintes informações foram apagadas da imagem: Nome da IES; UF; Município; Coordenador.

A Tabela 14 aponta os dados sobre as notas de avaliações do MEC, que variam de 1 a 5, para: o Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE), o Conceito Preliminar de Curso (CPC) e o Índice de Diferença de Desempenho entre os Desempenhos Observado e Esperado (IDD). Para o Conceito de Curso (CC), a nota vai de 1 a 6. Vale informar que, no site do e-MEC, nenhuma nota foi apresentada em todos os cursos. Na Figura 4 é possível ter uma ideia de que, em vários casos, o site apresentava o dado sobre um índice, mas não de outros, ou não apresentava nota

alguma. Então, as quantidades de dados encontrados para estas notas são diferentes entre si, e diferentes do número total de cursos de enfermagem brasileiros.

Tabela 14 - Cursos de enfermagem brasileiros, por categoria administrativa, segundo as notas de avaliações do MEC. Brasil, 2019

Notas do MEC	Total de cursos com notas		Pública	Privada
	Privada e Pública			
CC				
1	1 (0,07%)		0 (0,00%)	1 (100,00%)
2	16 (1,19%)		0 (0,00%)	16 (100,00%)
3	508 (37,85%)		18 (3,54%)	490 (96,45%)
4	697 (51,93%)		41 (5,88%)	656 (94,11%)
5	119 (8,86%)		16 (13,44%)	103 (86,55%)
6	1 (0,07%)		0 (0,00%)	1 (100,00%)
N (%)	1.342 (100,00%)		75 (5,58%)	1.267 (94,41%)
ENADE				
1	37 (3,55%)		1 (2,70%)	36 (97,29%)
2	335 (32,14%)		6 (1,79%)	329 (98,20%)
3	429 (41,17%)		31 (7,22%)	398 (92,77%)
4	186 (17,85%)		65 (34,94%)	121 (65,05%)
5	55 (5,27%)		34 (61,81%)	21 (38,18%)
N (%)	1.042 (100,00%)		137 (13,14%)	905 (86,85%)
CPC				
1	1 (0,09%)		1 (100,00%)	0 (0,00%)
2	71 (7,00%)		7 (9,85%)	64 (90,14%)
3	574 (56,60%)		57 (9,93%)	517 (90,06%)
4	344 (33,92%)		69 (20,05%)	275 (79,94%)
5	24 (2,36%)		0 (0,00%)	24 (100,00%)
N (%)	1.014 (100,00%)		134 (13,21%)	880 (86,78%)
IDD				
1	16 (1,59%)		3 (18,75%)	13 (81,25%)
2	142 (14,15%)		11 (7,74%)	131 (92,25%)
3	646 (64,40%)		90 (13,93%)	556 (86,06%)
4	151 (15,05%)		26 (17,21%)	125 (82,78%)
5	48 (4,78%)		2 (4,16%)	46 (95,83%)
N (%)	1.003 (100,00%)		132 (13,16%)	871 (86,83%)

A categoria de notas que o site do e-MEC mais apresentou dados foi para o CC, em 1.342 casos. Recebeu nota 1 (a mais baixa), 1 curso privado (100,00% de todos que receberam esta nota, nesta categoria); nota 2, 16 cursos privados (100,00% de todos que receberam esta nota, nesta categoria); 3, 18 (3,54%) cursos públicos e 490 (96,45%) cursos privados; 4, 41 (5,88%) cursos públicos e 656 (94,11%) cursos privados; 5, 16 (13,44%) cursos públicos e, 103 (86,55%) cursos privados e; 6 (a mais alta), 1 (100,00% de todos que receberam esta nota, nesta categoria) curso privado.

O ENADE foi a segunda categoria de notas do MEC, com mais dados localizados (1.042). Recebeu nota 1, (a mais baixa), 1 curso público (2,70%) e 36 (97,29%) cursos privados; nota 2, 6 (1,79%) cursos públicos e 329 (98,20%) cursos privados; 3, 31 (7,22%) cursos públicos e 398 (92,77%) cursos privados; 4, 65

(34,94%) cursos públicos e 121 (65,05%) cursos privados e; 5 (a mais alta), 34 (61,81%) cursos públicos e 21 (ou 38,18%) cursos privados.

O CPC foi a terceira categoria de notas do MEC, com mais dados localizados (1.014). Recebeu nota 1, (a mais baixa), 1 curso público (100,00% de todos que receberam esta nota, nesta categoria); nota 2, 7 (9,85%) cursos públicos e 64 (90,14%) cursos privados; 3, 57 (9,93%) cursos públicos e 517 (90,06%) cursos privados; 4, 69 (20,05%) cursos públicos e 275 (79,94%) cursos privados e; 5 (a mais alta), 24 cursos privados (100,00% de todos que receberam esta nota nesta categoria).

O IDD foi a categoria de notas do MEC, com menos dados localizados (1.003). Recebeu nota 1, (a mais baixa), 3 cursos públicos (18,75%) e 13, (81,25%) cursos privados; nota 2, 11 (7,74%) cursos públicos e 131, (92,25%) cursos privados; 3, 90 (13,93%) cursos públicos e 556 (86,06%) cursos privados; 4, 26 (17,21%) cursos públicos e 125 (82,78%) cursos privados e; 5 (a mais alta), 2 (ou 4,16%) cursos públicos e 46 (95,83%) cursos privados.

Na Tabela 15 estão os dados sobre vagas em cursos de enfermagem, por categoria administrativa. É importante informar que, as vagas foram consideradas pelos campi da IES em que elas apareciam. Dois cursos privados de enfermagem não apresentaram estes dados, então o número de cursos desta tabela é de 1.666.

Tabela 15 - Curso de enfermagem brasileiros, por categoria administrativa, segundo vagas. Brasil, 2019

N° Vagas Totais n=260.408 (100,00%)	N° Vagas Públicas n=9.243 (3,54%)	N° Vagas Privadas n=251.165 (96,45%)
Mín; Máx	0,00;320,00	0,00; 1.773,33
Média (DP)	58,10 (33,30)	166,70 (268,10)
Mediana [Q1; Q3]	50,00 [40,00; 80,00]	100,00 [60,00; 150,00]

O total de vagas de enfermagem no país é de 260.408, sendo destas 9.243 (3,54%) de cursos públicos e 251.165 (96,45%) de privados. O número mínimo de vagas nos dois tipos de credenciamento é 0 (o que aconteceu em poucos casos, e sugere algum problema na alimentação da plataforma e-MEC) e os máximos são de 320 para IES pública e 1.773,33 para privada. As médias de vagas são maiores para cursos privados, do que para os públicos (166,7 e 58,1, respectivamente) e, as medianas também (50,00 em IES públicas e 100,00 em privadas).

Na Tabela 16 são apresentados os dados dos cursos de enfermagem brasileiros, por categorias administrativas, de acordo com o tipo de credenciamento: Presencial ou Ensino à Distância (EAD).

Tabela 16 - Cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa, segundo tipo de credenciamento. Brasil, 2019

Credenciamento	Total no Brasil Privada e Pública n=1.668 (100,00%)	Pública n=159 (9,53%)	Privada n=1509 (90,46%)
EAD	105 (6,29%)	0 (0,00%)	105 (100,00%)
Presencial	1.563 (93,70%)	159 (10,17%)	1.404 (89,82%)

Em relação ao tipo de credenciamento, 105, ou 6,29% dos cursos de enfermagem brasileiros são de EAD e, a maioria dos cursos, são presenciais (1.563 ou 93,70%). Todos os cursos EAD são privados. Vale ressaltar que, dos 105 cursos EAD localizados, 50 se autodenominavam semipresenciais.

As Tabelas 17, 18 e 19 apresentam alguns dados coletados, por tipo de credenciamento. Vale informar que, são 12 IES que oferecem os cursos EAD e que eles têm vagas em todos os estados brasileiros. Houve casos em que, uma mesma IES, ofertava o curso em todos os estados.

Tabela 17 - Cursos de enfermagem brasileiros por tipo de credenciamento, segundo organização acadêmica. Brasil, 2019

Organização Acadêmica	Total no Brasil EAD e Presencial n= 1.668 (100,00%)	EAD n=105 (6,32%)	Presencial n=1.563 (93,70%)
Faculdade	762 (45,68%)	0 (0,00%)	762 (100,00%)
Universidade	511 (30,63%)	69 (13,50%)	442 (86,49%)
Centro Universitário	393 (23,56%)	36 (9,16%)	357 (90,83%)
IF	2 (0,11%)	0 (0%)	2 (100,00%)

Nota-se que todos os cursos de enfermagem brasileiros em Faculdades, 762 (45,68%) são presenciais; que, dos 511 (30,63%) cursos que acontecem em Universidades, 69 (13,50%) são EAD (o maior valor para este tipo de credenciamento) e 442 (86,49%) são presenciais; que, dos 393 (23,56%) cursos que acontecem em Centros Universitários, 36 (9,16%) são EAD e 357 (90,83%) são presenciais e; todos os cursos de enfermagem brasileiros em Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia são presenciais.

A Tabela 18 aponta os dados sobre as notas de avaliações do MEC para cursos EAD e presenciais. As quantidades de dados encontrados para estas notas são diferentes entre si, e diferentes do número total de cursos de enfermagem brasileiros.

Tabela 18 - Cursos de enfermagem brasileiros, por tipo de credenciamento, segundo as notas de avaliações do MEC. Brasil, 2019

Notas do MEC	Total de cursos com notas EAD e Presenciais	EAD	Presencial
CC			
1	1 (0,07%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
2	16 (1,19%)	0 (0,00%)	16 (100,00%)
3	508 (37,85%)	14 (2,75%)	494 (97,24%)
4	697 (51,93%)	0 (0,00%)	697 (100,00%)
5	119 (8,86%)	0 (0,00%)	119 (100,00%)
6	1 (0,07%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
N (%)	1.342 (100,00%)	14 (1,04%)	1.328 (98,95%)
ENADE			
1	37 (3,55%)	0 (0,00%)	37 (100,00%)
2	335 (32,14%)	14 (4,17%)	321 (95,82%)
3	429 (41,17%)	0 (0%)	429 (100,00%)
4	186 (17,85%)	0 (0%)	186 (100,00%)
5	55 (5,27%)	0 (0%)	55 (100,00%)
N (%)	1.042 (100,00%)	14 (1,34%)	1.028 (98,65%)
CPC			
1	1 (0,09%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
2	71 (7,00%)	0 (0,00%)	71 (100,00%)
3	574 (56,60%)	14 (2,43%)	560 (97,56%)
4	344 (33,92%)	0 (0,00%)	344 (100,00%)
5	24 (2,36%)	0 (0,00%)	24 (100,00%)
N (%)	1.014 (100,00%)	14 (1,38%)	1.000 (98,61%)
IDD			
1	16 (1,59%)	0 (0,00%)	16 (100,00%)
2	142 (14,15%)	14 (9,85%)	128 (90,14%)
3	646 (64,40%)	0 (0,00%)	646 (100,00%)
4	151 (15,05%)	0 (0,00%)	151 (100,00%)
5	48 (4,78%)	0 (0,00%)	48 (100,00%)
N (%)	1.003 (100,00%)	14 (1,39%)	989 (98,60%)

Dos cursos de enfermagem que apresentaram notas do MEC, apenas 14 eram EAD, ou seja, dos 105 cursos EAD existentes no país, apenas 13,33% apresentaram notas em avaliações do MEC.

Dos 1.342 cursos de enfermagem que apresentaram nota para o CC, todos que eram EAD (14) ficaram com nota 3 (2,75% dos que tiveram esta nota neste conceito) e, a maioria dos presenciais (697 ou 52,48% dos 1.328 e 100,00% de todos com esta nota) ficaram com nota 4, seguida da nota 3 (494 ou 37,19% dos 1.328 e 97,24% dos que ficaram com nota 3), da nota 5 (119 ou 8,96% dos 1.328 e 100,00% dos que ficaram com nota 5) e das notas 1 e 6 (ambos aconteceram em 1 caso, ou 0,52% dos 1.328 e em 100,00% dos que ficaram com estas notas para o conceito de curso).

Dos 1.042 cursos de enfermagem que apresentaram nota para o ENADE, todos que eram EAD (14) ficaram com nota 2 (4,17% dos que tiveram nota neste conceito) e, a maioria dos presenciais ficaram com nota 3 (429 ou 41,73% dos 1.028 e 100,00% de todos com esta nota), seguida da nota 2 (321 ou 31,22% dos 1.028 e 95,82% dos que ficaram com nota 2), da nota 4 (186 ou 18,09% dos 1.028 e 100,00% dos que ficaram com nota 4), da nota 5 (55 ou 5,35% dos 1.028 e 100,00% de todos com esta nota) e, da nota 1 (37 ou 3,59% dos 1.028 ou 100,00% dos que ficaram com nota 1 no ENADE).

Dos 1.014 cursos de enfermagem que apresentaram nota para o CPC, todos que eram EAD (14) ficaram com nota 3 (ou 2,43% dos que tiveram nota neste conceito) e, a maioria dos presenciais ficaram com nota 3 (560 ou 56,00% dos 1.000 e 97,56% de todos com esta nota), seguida da nota 4 (344 ou 34,40% dos 1.000 e 100,00% de todos com esta nota), da nota 2 (71 ou 7,10 dos 1.000 ou 100,00% de todos com esta nota), da nota 5 (24 ou 2,40% dos 1.000 ou 100,00% de todos com esta nota) e da nota 1 (1 ou 0,10% dos 1.000 e 100,00% dos com nota 1).

Dos 1.003 cursos de enfermagem que apresentaram nota para o IDD, todos que eram EAD (14) ficaram com nota 2 (9,85% dos que tiveram nota neste conceito) e, a maioria dos presenciais ficaram com nota 3 (646 ou 65,31% dos 989 e 100,00% de todos com esta nota), da nota 4 (151 ou 15,26% dos 989 ou 100,00% de todos com esta nota), da nota 3 (128 ou 12,94% dos 989 ou 90,14% dos que tiveram esta nota), da nota 5 (48 ou 4,85% dos 989 ou 100,00% dos que tiveram esta nota) e da nota 1 (16 ou 1,61% dos 989 ou 100,00% dos com nota 1 no IDD).

Na Tabela 19 foram expostos os dados sobre vagas em cursos de enfermagem EAD e presenciais. Dois cursos privados e presenciais de enfermagem não apresentaram estes dados, então o *n* desta tabela é de 1.666 (105 EAD e 1.561 presenciais).

Tabela 19 - Cursos de enfermagem brasileiros, por tipo de credenciamento, segundo vagas Brasil, 2019

N° Vagas n=260.408 (100,00%)	EAD n=80.908 (31,06%)	Presencial n=179.500 (68,93%)
Mín; Máx	26,00;1.773,33	0,00;1.610
Média (DP)	771,00 (684,00)	115,00 (111,00)
Mediana [Q1; Q3]	334,00 [250,00; 1773,00]	100,00 [50,00; 120,00]

O total de vagas de enfermagem no país é de 260.408, sendo destas 80.908 (31,06%) de cursos EAD e 179.500 (68,93%) de privados. O número mínimo de vagas

em cursos EAD é de 26,00 e, em cursos presenciais é de 0,00 (o que aconteceu em poucos casos, e sugere algum problema na alimentação da plataforma e-MEC). Os números máximos de vagas são de 1.773,33 em cursos EAD e de 1.610 em cursos presenciais. As médias de vagas também são maiores para cursos os EAD, do que para os presenciais (771,00 e 115,00, respectivamente) e, as medianas também (334,00 em cursos EAD e 100,00 em cursos presenciais).

Sobre esta tabela é importante informar um procedimento adotado para coleta de dados. As IES EAD apresentavam a quantidade total de vagas do curso, todas as vezes que o curso apareceria. Então, um mesmo curso que aparecia em mais de um estado, apresentava a mesma quantidade de vagas em todos os estados que tinham o curso. A Figura 6 mostra um dos casos em que isto aconteceu.

Figura 6 - IES com curso EAD que oferece 47.880 vagas para enfermagem



The screenshot shows the 'DETALHES DO CURSO' page for '(1363701) Bacharelado em ENFERMAGEM'. The page includes a navigation bar with 'Instituição de Educação Superior', 'Endereço', and 'Curso'. The course details are as follows:

(Código) Grau:	(1363701) Bacharelado em ENFERMAGEM		
Modalidade:	Educação a Distância		
Data de início de funcionamento:	02/08/2016	Gratuito?	Não
Carga horária mínima:	4020 horas	Periodicidade (Integralização):	Semestral (8,0)
Coordenador:			
Situação de Funcionamento:	Em atividade	Vagas Anuais Autorizadas:	47880

Fonte: e-MEC, 2019

*nome do curso e do coordenado foram apagados, para preservar as suas identidades.

Nota-se que este curso EAD dispõe de 47.880 vagas e ele, especificamente, apresentou esta quantidade de vagas nos 26 estados e no Distrito Federal. Para não superestimar esta quantidade (se multiplicássemos as 47.880 vagas pelas 27 vezes em que apareceu, a quantidade de vagas, só deste curso, seria de 1.292.760), as 47.880 vagas foram divididas pelos 27 estados, por isto o número máximo de vagas que um curso de enfermagem apresentou foi quebrado (1.733,33).

Este procedimento foi tomado em todos os casos em que o curso EAD disponibilizava vagas em mais de um estado. A quantidade total sempre foi dividida pela quantidade de estados que tinham o curso EAD.

A seguir serão discutidos os resultados do censo dos cursos de enfermagem brasileiros.

7.2.1 Discussão dos resultados do censo dos cursos de graduação em enfermagem brasileiros

O dado que mostra que nem 10,00% dos cursos de enfermagem do país são públicos, reflete um dado do censo da educação superior brasileira, que mostra que o total de IES no Brasil, por categoria administrativa foi de: 2.364 (295 públicas e 2.069 privadas) em 2015; 2.407 (296 públicas e 2.111 privadas) em 2016 e; 2.448 (296 públicas e 2.152 privadas) em 2017 (INEP, 2019). A própria oferta de cursos de graduação em enfermagem, cresceu significativamente nos últimos anos. No ano de 2011, 826 foi o número de cursos de graduação em enfermagem, sendo 666 em IES particulares e apenas 160 em IES públicas. Esta pesquisa chegou no número de 1.509 cursos privados (mais do que o dobro, em 8 anos) e 159 públicos (1 a menos, em 8 anos).

Na década de 1980 no Brasil, houve um avanço da rede privada de ensino, por conta da política recessiva e da intensa retração dos gastos públicos. Como resultado disto, foram criados 28 cursos superiores de enfermagem, sendo 21 (75,00%) privados e 7 (25,00%) públicos (Brasil, 2007b). Na década de 1990 também houve expansão do ensino superior privado, pela agenda econômica neoliberal da época (Barbosa, Baptista, 2008), quando houve sucateamento das universidades públicas, pelos cortes de verbas públicas para a educação e o repasse de verba pública para faculdades particulares (Figueiredo, 2005). Isto levou ao aumento de mais de 3 vezes o número de cursos de enfermagem, na comparação com a década anterior - foram criados 94 cursos, 77 (82,00%) privados e dezessete (18,00%) públicos (Brasil, 2007b).

Na primeira década dos anos 2000 foi criado o Plano Nacional de Educação (Brasil, 2001a) que reforçou que, a política de expansão do ensino superior no país, se daria, preferencialmente, pela ampliação de vagas em instituições privadas (Barbosa, Baptista, 2008). Até meados da década passada, existiam 560 cursos superiores de enfermagem, sendo que 471 (84,00%) eram privados e 89 (16,00%)

públicos (Brasil, 2007b). Ao final da segunda década dos anos 2000, vê-se que esta tendência continua, como mostra os dados apresentados na Tabela 6.

Em relação à distribuição espacial dos cursos de enfermagem no país, no final da década de 1980, esta disposição se dava da seguinte maneira: região Sudeste, 57 cursos (49,10% dos cursos brasileiros), sendo 15 públicos (26,00%) e 42 privados (74,00%); região Sul, 26 cursos (22,40% dos cursos brasileiros), sendo 11 públicos (42,00%) e 15 privados (58,00%); região Nordeste, 21 cursos (18,10% dos cursos brasileiros), sendo 14 públicos (67,00%) e 7 privados (33,00%); região Norte, 6 (5,20% dos cursos brasileiros), sendo 5 públicos (83,00%) e 1 privado (17,00%) e; região Centro-Oeste, 6 cursos (5,20% dos cursos brasileiros), sendo 3 públicos (50,00%) e 3 privados (50,00%) (Brasil, 2007b).

Considerando todos os cursos de enfermagem brasileiros, desde os anos 1980, houve um aumento de mais de 14 vezes, no número de cursos (de 116, para 1.668). Os cursos privados aumentaram mais de 19 vezes, a partir da década de 1980 (de 79, para 1.509) e os públicos, ampliaram menos de 3 vezes o seu valor, em 30 anos (de 57, para 159).

Pela Tabela 7, vê-se que, dos anos 1980 até o final de 2019, a região Sul deu espaço à Nordeste, no segundo lugar do ranking de regiões com mais cursos de enfermagem, e a Centro-Oeste deu espaço à Norte, na penúltima colocação.

Atualmente, a região Sudeste (a mais rica do país) tem o maior número de cursos de enfermagem. Esta área concentra parcela importante da atividade produtiva e renda nacionais (Veríssimo, 2016). Como resultados de uma pesquisa, Medeiros et al. (2005) relataram a falta de enfermeiros(as) em determinadas localidades, e a dificuldade na fixação de profissionais da saúde em municípios de pequenos portes, bem como em regiões mais pobres e com menor infraestrutura. Segundo pesquisa realizada pelo IBGE, e divulgada pelo COFEN, mais da metade (53,90%) dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem se concentra na região sudeste (COFEN, 2015), o que corrobora com os dados apresentados na Tabela 7.

A Tabela 8 deste estudo apresentou os dados dos cursos de enfermagem brasileiros por categoria administrativa. De acordo com o artigo 12 do Decreto n.º 5.773, de 2006, as instituições de Ensino Superior são credenciadas em 3 modalidades: Faculdades, Centros Universitários e Universidades (Brasil, 2006a).

As Faculdades são o primeiro nível para credenciamento, em relação à organização acadêmica. Elas geralmente abrangem menos áreas do saber e

precisam de autorização do MEC para fixar novos cursos, ou seja, têm menor autonomia (Santini et al., 2015). Este tipo de credenciamento foi o mais prevalente no Brasil (45,68%) e entre os cursos de enfermagem privados (50,23% dos 1.509 cursos particulares). Isto pode ter se dado pelo fato de que esta é a organização com menor grau de exigência para a abertura e administração. De todos os cursos de enfermagem de IES com esta organização acadêmica, apenas 0,52% são públicos.

Para credenciar uma IES como Centro Universitário, é necessário atender a uma série de requisitos dispostos no artigo 16 do Decreto n.º 9.235, de 15 de dezembro de 2017. Um deles é o de que um terço do corpo docente seja formado por mestres ou doutores, além de que, um quinto do corpo docente deve ser contratado em regime de tempo integral (Brasil, 2017a). Este tipo de organização acadêmica pode abranger mais de uma área do saber, tem autonomia para a criação de cursos e é o meio termo entre as Faculdades e as Universidades. No Brasil, todos os cursos de enfermagem, em IES com deste tipo de organização acadêmica, são privadas.

As Universidades são IES que compreendem conjuntos de faculdades, destinadas à especialização profissional e científica. Elas estão ligadas às atividades de ensino, pesquisa e extensão, em diversas áreas do saber. Este é o tipo de credenciamento com maior autonomia em relação ao MEC (Chauí, 2003). Dos 159 cursos de enfermagem de IES públicas, 153 (96,22%) são de Universidades. Já dos 1.509 cursos privados, apenas 358 (23,72%) são deste tipo de organização acadêmica. Isto denota a responsabilidade elementar da instituição pública de ensino, na busca do desenvolvimento de atividades que gerem impactos sociais, e não lucro.

Os Institutos Federais de Educação, Ciência e Tecnologia apareceram em apenas 2 casos (os 2 em cursos de IES públicas). Estas IES ofertam formação em nível médio e tecnólogo, que é o que o diferencia dos outros tipos organizações acadêmicas das IES, cursos de pós-graduação lato sensu e stricto sensu, além da formação superior no grau de licenciatura e bacharelado (Brasil, 2008a).

Sobre o grau de formação em cursos de graduação em enfermagem brasileiros, o bacharelado é maioria tanto nas IES públicas (145 ou 91,19% dos 159 cursos públicos), como nas privadas (1.498 ou 99,27%, dos 1.509 cursos privados). As IES públicas têm mais cursos que formam em grau de licenciatura, mas ainda assim, são poucos (14, dos 159 ou apenas 8,80% de todos os cursos públicos de enfermagem brasileiros).

Nos cursos com a possibilidade de formação com grau de licenciatura, além das disciplinas inerentes à área, o estudante é capacitado para ser professor. Este é um tipo de formação que habilita o indivíduo para a docência, da educação infantil, até o ensino médio, possibilitando formar professores para atuarem em cursos técnicos de enfermagem (Lazzari et al., 2015). As disciplinas destinadas para esta formação têm foco em didática, psicologia e pedagogia (Schneider, Freitas, 2016). A licenciatura tem o papel, tanto de formar cidadãos, como de formar novos profissionais (Benevides, Amorim, Rego, 2018).

A partir da instituição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem a formação do enfermeiro para atuar na educação em saúde, com os usuários dos serviços de saúde, e na educação permanente em serviço, com a equipe de saúde e enfermagem foi valorizada. Apesar disto, percebe-se pela Tabela 9 que o número de cursos que formam em grau de licenciatura é baixo. Isto pode ser explicado pelo fato de, com base nas DCN/ENF, o bacharelado em enfermagem, não acontece mais concomitantemente à Licenciatura. Algumas IES, inclusive, disponibilizam vagas para dois cursos autônomos, o Bacharelado e a Licenciatura (Bagnato, Rodrigues, 2007).

Dos dados localizados sobre turno em que acontecem os cursos de enfermagem brasileiros, a maioria dos cursos integrais é da categoria administrativa pública. A má qualidade do ensino básico brasileiro faz com que as pessoas que têm maior poder aquisitivo estudem em escolas particulares e, assim, tenham maiores chances de ingressar em uma IES pública, que são reconhecidas por oferecerem ensino de maior qualidade, do que as IES privadas (Chauí, 2003).

Segundo Barreyro e Aureliano (2010), a maioria dos alunos de enfermagem inseridos em uma IES pública não exercem atividade remunerada, enquanto parte significativa dos que estão em IES particulares, tem algum ofício. Este fato pode ocorrer porque, nas faculdades públicas, o turno de ensino é, em sua maioria, integral, enquanto que nas particulares, o horário é parcial e predominantemente noturno, possibilitando que o aluno trabalhe, enquanto estuda (Spíndola, Martins, Francisco, 2008). Muitos estudantes trabalham durante o dia para pagar seus estudos no turno da noite (Silva et al., 2012).

Uma questão que tem influência na definição do turno em que o curso ocorre é a carga horária. Apesar disto, a Tabela 13 mostra que a menor carga horária mínima localizada foi em curso público. A maior foi em um curso privado. Ainda assim, a média

e mediana de cargas horárias mínimas são maiores em cursos públicos do que em privados. Almeida e Maia (2018) relataram que, a média da carga horária total dos cursos de enfermagem brasileiros na categoria administrativa pública, é maior do que nos cursos de enfermagem particulares.

A maioria dos cursos de enfermagem, tanto públicos, quanto privados é realizada em 10 semestres, ou seja, tem a duração mínima de 5 anos. Segundo a legislação brasileira, o formato dos períodos letivos independe do regime acadêmico adotado, mas, como previsto na Lei n.º 9.394/96 da Lei de Diretrizes e Bases da educação (LDB), a duração do ano letivo deve completar “200 dias de trabalho acadêmico efetivo” (Brasil, 1996).

A discussão sobre semestre letivos e carga horária de cursos de graduação em enfermagem é algo que há muito tempo vem sendo discutido pela ABEn. Em 1999, no Fórum Nacional de Cursos, Escolas e Faculdades de Enfermagem realizado em Florianópolis, durante o 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10.º Congresso Panamericano de Enfermería, foi amplamente discutida a Proposta de Enquadramento das Diretrizes Curriculares. As discussões plenárias deram corpo a um documento síntese que indicou que a formação do bacharel em enfermagem deve ser garantida pelas IES que oferecem o curso, que a duração mínima do curso deve ser de 3.500 hora/aula e oito semestres letivos, incluindo o estágio supervisionado e a realização de monografia para sua conclusão (ABEn, 1999).

A duração dos cursos também é pauta de discussão do Conselho Nacional de Educação desde 2003, para atendimento da informação exposta nas Diretrizes Curriculares da Educação Superior, de que a carga horária dos cursos de graduação receberia legislação complementar. O Parecer n.º 108, de 07 de maio de 2003, emitido pela Câmara de Educação Superior do CNE, que tinha como tema a Duração de Cursos Presenciais de Bacharelado transcreveu praticamente toda a legislação referente às Diretrizes Curriculares da Educação Superior, e fixou 2.400 horas como o mínimo para os cursos de Educação Superior, com uma ressalva às licenciaturas que, com legislação própria têm asseguradas 2.800 horas (Rodrigues, Caldeira, 2009). Os dados deste estudo apontam que a menor carga horária mínima localizada foi de 2.840 horas, o que atende a este parecer da CNE.

A ABEn manifestou considerações acerca deste documento reafirmando que a carga horária do curso deveria ser de 4.000 horas (ABEn, 2003). Em 2004, a CNE/CES emitiu o Parecer 329, que determinava que a duração do curso de

enfermagem deveria ser de 3.200 horas, o que ainda não havia sido acordado entre a categoria (Brasil, 2004b). Em 2006 o MEC emitiu o Parecer CNE/ CES 184/2006, que retificou o Parecer CNE/CES 329/2004 (Brasil, 2004b) retirando alguns cursos do texto, incluindo a Enfermagem, para que fosse rediscutida a questão da carga horária mínima (Brasil, 2006c). Para Rodrigues e Caldeira (2009) “se a intenção da não atribuição de carga horária mínima aos cursos de graduação era garantir a flexibilidade dos cursos, afirmamos que os cursos de enfermagem são hiperflexíveis”. Os autores afirmam isto, pois a variação entre cursos com cargas horárias baixa e altas, é grande. A presente pesquisa concluiu que, o curso com menor carga horária é de 2.840 horas, enquanto a maior é de 13.515 horas, o que representa uma diferença de 10.675 horas, entre um curso e o outro.

Em 2008, o MEC regulamentou a carga horária de todos os cursos superiores no Brasil, no parecer CNE/CES n.º 213 , quando ficou estabelecido que o curso de bacharelado em Enfermagem deve cumprir uma carga horária mínima de 4.000 horas (Brasil, 2008) (o que é maior do que a carga horária mínima registrada no portal e-MEC).

Além do estabelecimento de carga horária mínima para os cursos de enfermagem acontecerem, outro importante critério de avaliação de qualidade do ensino são as notas do MEC para ENADE, CPC, CC e IDD.

O ENADE é a base para avaliação de todos os cursos e instituições de ensino. Seu objetivo é avaliar o desempenho dos alunos em relação aos conteúdos presentes nas matrizes curriculares; o desenvolvimento das competências necessárias para o aprofundamento da formação geral e profissional e; o do nível de atualização dos alunos sobre a realidade atual. As notas variam de 1 a 5 (Scaglione, Costa, 2011).

Os resultados desta pesquisa mostraram que os estudantes de cursos públicos obtiveram melhor desempenho no ENADE do que os de cursos privados. Entende-se que este fenômeno ocorre por que a as universidades públicas têm ampla concorrência no processo seletivo, diferentemente das faculdades privadas, de tal forma que os alunos selecionados acabam mostrando um desempenho superior (Lemos, Miranda, 2015).

O CPC é um indicador que pretende avaliar a qualidade dos cursos de graduação, tendo como parâmetros 3 categorias: corpo docente; desempenho dos estudantes e condições oferecidas para o processo formativo. Seu conceito varia de 1 a 5, sendo 5 o valor máximo (INEP, 2015). Ele é calculado de acordo com a unidade

de observação (INEP, 2015). Neste estudo, nenhum curso público obteve nota máxima no CPC, enquanto 24 cursos privados obtiveram. Apesar disto, a nota 4 foi alcançada por 51,49% dos cursos públicos desta categoria, e em 31,25% dos privados, desta categoria.

O CC é o conceito de avaliação do curso superior. São critérios de avaliação deste parâmetro, as condições associadas ao perfil do corpo docente; a organização didática pedagógica e as instalações físicas (INEP, 2015). O CC pode alterar ou validar o CPC. As notas possíveis nesta categoria vão de 1 a 6. Os cursos que obtêm CPC 1 e 2 são automaticamente incluídos no cronograma de avaliação in loco, enquanto aqueles com conceito maior ou igual a 3, podem converter seu CPC em CC, que é permanente (INEP, 2015). Os resultados do CC para os cursos de enfermagem brasileiros são parecidos com o CPC. É provável que estes resultados sejam próximos, por estas avaliações estarem intimamente vinculadas. O fato de apenas 17 cursos de enfermagem terem ficado com nota inferior a 3 é indicativo de que grande parte dos cursos consegue converter o CPC em CC, podendo desprezar a visita de avaliadores permanentemente.

O IDD trata da diferença entre o desempenho médio do concluinte de um curso e o desempenho médio estimado para os concluintes do deste mesmo curso, representando quanto cada curso se destaca da média, considerando o perfil de seus estudantes (Primi, Silva, Bartholomeu, 2018). Neste índice, a transformação dos afastamentos padronizados em notas padronizadas pode variar de 0 a 5 (INEP, 2018).

Em relação ao IDD, mais cursos privados têm nota maior nesta categoria do que públicos (2 ou 1,51% de todos os cursos público desta categoria e; 46 ou 5,28% de todos os cursos privados desta categoria). Porém, mais cursos públicos tiveram nota 3 e 4, sendo que 90 (68,18%) dos 132 cursos públicos desta categoria tiveram nota 3; 26 (19,69%) dos cursos públicos desta categoria, tiveram nota 4. Estes dois percentuais somados dão o resultado de que 87,87% dos cursos públicos tiveram estas notas e 556 (63,83%) dos cursos privados desta categoria, tiveram nota 3; 125 (14,35%) dos cursos privados desta categoria, tiveram nota 4. Estes dois percentuais somados dão o resultado de que 78,18% dos cursos públicos tiveram estas notas.

Outra grande diferença apresentada nesta pesquisa, em relação aos cursos de enfermagem públicos e privados no Brasil, foram as dos dados relativos às vagas. Apenas 3,54% de todas as vagas de enfermagem no país, são de cursos públicos.

De acordo com informações do INEP, em 2017 o número total de vagas oferecidas pelas universidades públicas brasileiras era de 823.843. Este valor é mais de 18 vezes abaixo do número total de vagas oferecidas pelas universidades privadas (9.955.243), evidenciando maior oferta de vagas pelas IES particulares do que pelas públicas (INEP, 2017). Os dados de 2019 sobre as vagas em cursos de graduação em enfermagem mostram que 251.165 são oferecidas por cursos privados, e 9.243 são ofertadas por cursos públicos. Isto revela que os cursos privados em enfermagem oferecem mais de 27 vezes mais vagas, do que os públicos, o que é maior do que a diferença entre todos os cursos, apresentada pelo INEP (2017).

Um fator importante para esta oferta de vagas em cursos de enfermagem é o crescimento de cursos EAD no país (que costumam oferecer muitas vagas). Esta pesquisa concluiu que os 105 os cursos de graduação em enfermagem EAD são privados e destes, 50 se autodenominaram semipresenciais.

Os cursos semipresenciais são aqueles garantidos pela legislação brasileira, que podem ser ofertados como EAD, desde que não ultrapassem 20,00% da carga horária total do curso, com atividades à distância (Brasil, 2004c).

Já os cursos EAD, segundo o Decreto n.º 5.622, de 19 de dezembro de 2005, são aqueles cursos que se caracterizam na modalidade educacional à distância em que “a mediação didático-pedagógica nos processos de ensino e aprendizagem ocorre com a utilização de meios e tecnologias de informação e comunicação, com estudantes e professores desenvolvendo atividades educativas em lugares ou tempos diversos” como dispõe o 1.º artigo, do capítulo 1, das disposições gerais do decreto (Brasil, 2005a).

Para a enfermagem, área que se incube de ampliar a visão sobre o cuidado humano, além de favorecer, restaurar e ajudar a saúde (Crivaro, Almeida, Souza, 2007) questiona-se a qualidade de educação, que o ensino à distância oferece. Além disto, o uso das tecnologias de informação e comunicação empregadas no ensino à distância, não garantem o sucesso na qualidade do processo ensino-aprendizagem, devendo-se considerar os problemas existentes entre o uso destas, e a área de ciências da saúde humana, tais como modelos pedagógicos inadequados, dificuldade de integração curricular, falta de familiaridade do educador com as tecnologias em questão e métodos avaliativos inadequados (Goudouris, Giannella, Struchiner, 2013).

Sobre o tema avaliação do MEC, é importante observar que, com exceção do CPC (que a maioria dos cursos, independente de tipo de credenciamento, teve nota

3), em todos os outros tipos de avaliação (ENADE, CC e IDD) os cursos presenciais são mais bem avaliados do que os EAD. Isto sem contar que, dos 105 cursos EAD, 91 não apresentaram notas para alguma das categorias. Este dado é um importante indicador da qualidade do ensino em cursos de graduação em enfermagem à distância.

Ainda na temática do tipo de credenciamento, o censo da educação superior brasileira revela alguns dados interessantes para este estudo. Em relação ao total de cursos de graduação presenciais e EAD o censo apontou: 33.501 (32.028, ou 95,6% presenciais e 1.473, ou 4,40% EAD), em 2015; 34.366 (32.704 ou 95,1% presenciais e 1.662 ou 4,9% EAD), em 2016 e; 35.380 (33.272 ou 94,04% presenciais e 2.108 e 5,96% EAD) em 2017 (INEP, 2019). De 2015 a 2017, ano da promulgação do Decreto n.º 9.235 (Brasil, 2017b) o aumento no número de cursos na modalidade EAD foi de 635 (43,10%) dos 1.473 cursos em 2015.

Este aumento se justifica pois, antes do Decreto n.º 9.235, mesmo que a IES tivesse autonomia, o MEC precisava fazer visita de avaliação in loco, para a autorização de abertura de cursos EAD. Agora não há mais a necessidade de visita técnica do MEC, para o credenciamento de cursos EAD, aos polos de apoio presenciais destes cursos.

Em maio 2018, em audiência pública da Comissão de Saúde da Assembleia Legislativa de Minas Gerais (ALMG), reuniu Comissão de Saúde, enfermeiros e a Associação Brasileira de EAD. O representante da Associação Brasileira de Educação a distância (Abed) defendeu essa modalidade, dizendo que o “EAD democratiza a educação e aproxima a tecnologia dos profissionais”, inclusive os da saúde. Entidades representativas de enfermeiros se posicionaram contrárias aos cursos EAD de enfermagem, no nível técnico e superior. Segundo as representantes é fundamental o contato humano na formação em enfermagem e no exercício da profissão, e nenhuma tecnologia substitui isso. Segundo uma representante do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) o exercício da profissão se torna impossível, se não houver uma pessoa para se cuidar. Ela acrescentou que o cerne da profissão é a relação pessoa a pessoa e que, por isto, a posição do COFEN era contrária ao ensino à distância na área (COFEN, 2018).

Esta representante do COFEN também relatou que o órgão tem constatado o claro objetivo comercial de grupos privados de EAD (com propostas, inclusive, de terceirização de polos de apoio presencial), em detrimento da preocupação com a

qualidade dos cursos. Nesta ocasião, a então presidente da ABEn avaliou que, como nos cursos 100,00% a distância não é possível experimentar relações humanas, eles acabam contribuindo para uma assistência desumanizada e impessoal. Além disto, ela defendeu que o Projeto de Lei Federal 2.891/15 (Brasil, 2015), que obriga a formação em enfermagem, exclusivamente em cursos presenciais, se torne lei (COFEN, 2018).

Sobre os supostos cursos 100,00% a distância, citados pela presidente da ABEn, o representante da Abed respondeu que as diretrizes nacionais de educação não permitem cursos de enfermagem totalmente a distância e que, se alguma escola está ofertando ensino de enfermagem 100,00% EAD, está desrespeitando a lei e que a fiscalização se faz necessária tanto nestes, quanto em cursos presenciais (COFEN, 2018). Neste estudo, dos 105 cursos cadastrados como EAD, 50 declararam ser semipresenciais e os outros 55 cursos não apresentaram esta informação.

O próximo tópico apresenta os dados de identificação e caracterização das disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem brasileiros.

7.3 IDENTIFICAÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DAS DISCIPLINAS DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIATRIA DE CURSOS DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM BRASILEIROS

As disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem obrigatórias e optativas serão apresentados por categoria administrativa e tipo de credenciamento, segundo quantidade de disciplinas.

De todos os cursos de enfermagem, obtivemos dados sobre disciplinas, de 1.258 (dos 1.668 cursos), ou seja, em 410 casos estas informações não foram localizadas. A Tabela 20 apresenta os dados sobre as disciplinas obrigatórias localizadas, por categoria administrativa.

Tabela 20 - Disciplinas obrigatórias de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem, por categoria administrativa, segundo quantidade. Brasil, 2019

Nº Disciplinas Obrigatórias	Total no Brasil Pública e Privada n=1.258 (100,00%)	Pública n=132 (10,49%)	Privada n=1.126 (89,50%)
0	9 (0,71%)	5 (55,55%)	4 (44,44%)
1	874 (69,47%)	67 (7,66%)	807 (92,33%)
2	332 (26,39%)	47 (14,15%)	285 (85,84%)
3	31 (2,46%)	8 (25,80%)	23 (74,19%)
4	8 (0,63%)	3 (37,50%)	5 (62,50%)
7	3 (0,23%)	1 (33,33%)	2 (66,66%)
8	1 (0,07%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)

Dos 159 cursos de enfermagem públicos, foram localizadas informações de 132, e dos 1.509 privados, foram localizados dados de 1.126 cursos. Identificamos cursos de graduação em enfermagem que ofertavam 0, 1, 2, 3, 4, 7 e 8 disciplinas obrigatórias em saúde mental e psiquiatria. O total de cursos que apresentou esta informação foi de 1.258, sendo que 9 (0,71%) não tinham disciplinas obrigatórias. Destes 9,5 (55,55%) eram de cursos públicos e 4 (44,44%) de privados. A diferença entre os cursos com 0 disciplinas optativas e os que não apresentaram esta informação é que ao se consultar a grade curricular do curso, eram procuradas disciplinas com os descritores definidos para esta busca (descritos no método). Aos cursos que tinham grade curricular, mas nenhum nome de disciplina contemplava os descritores, era atribuído o valor de 0 disciplinas. Os que não tinham grade curricular, contaram como informação não localizada.

A maioria, 874 (69,47%) ofertava uma disciplina e, destes, 67 (7,66%) eram de cursos públicos e 807 (92,33%) de cursos privados. Em seguida temos a quantidade de 2 disciplinas obrigatórias em 332 (26,39%) cursos, sendo destes, 47 (14,15%) públicos e 285 (85,84%) privados. Os cursos têm 3 disciplinas obrigatórias, em 31 casos (2,46% das possibilidades de número de disciplinas obrigatórias no país), sendo que destes, 8 (25,80%) são de IES públicas e 23 (74,19%), privadas. Foram identificados 8 cursos de enfermagem no Brasil (0,63%), com 4 disciplinas obrigatórias de saúde mental e psiquiatria. Destes, 3 (37,50%) eram de IES públicas e 5 (62,50%) de IES privadas. Três cursos (0,23%) tinham 7 disciplinas obrigatórias, sendo que deles, 1 (33,33%) era de IES pública e 2 (66,66%) de privadas. Apenas 1 curso público (0,77%) oferecia 8 disciplinas de saúde mental e psiquiatria obrigatória em cursos de enfermagem brasileiros.

A Tabela 21 apresenta os dados sobre as disciplinas optativas localizadas. De todos os cursos de enfermagem (1.668) obtivemos dados sobre disciplinas optativas de 201 cursos, sendo 34 públicos (dos 159 cursos públicos) e 167 privados (dos 1.509 cursos privados), ou seja, em 1.467(87,94%) de todos os cursos de enfermagem brasileiros, estas informações não foram localizadas.

Tabela 21 - Disciplinas optativas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem, por categoria administrativa, segundo quantidade. Brasil, 2019

Nº Disciplinas Optativas	Total no Brasil Pública e Privada n=201 (100,00%)	Pública n=34 (16,91%)	Privada n=167 (83,08%)
0	164 (81,59%)	15 (9,14%)	149 (90,85%)
1	29 (14,42%)	11 (37,93%)	18 (62,06%)
2	2 (0,99%)	2 (100,00%)	0 (0,00%)
3	1 (0,49%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)
4	4 (1,99%)	4 (100,00%)	0 (0,00%)
7	1 (0,49%)	1 (100,00%)	0 (0,00%)

Foram localizados cursos de graduação em enfermagem, que ofertavam 0, 1, 2, 3, 4 e 7 disciplinas optativas em saúde mental e psiquiatria. O total de cursos que apresentou esta informação foi de 201, sendo que a maioria, 164 (81,59%) não ofertava a disciplina, destas, 15 (9,14%) eram de cursos públicos e 149 (90,85%) de cursos privados.

Em segundo lugar está a quantidade de 1 disciplina optativa, 29 (14,42%), sendo destas, 11 (37,93%) públicas e 18 (62,06%) privadas. Em seguida, na tabela, vem o número de 2, com 2 disciplinas, ambas de cursos públicos. Foi identificado 1 curso de enfermagem no Brasil (0,49%), com 3 disciplinas optativas de saúde mental e psiquiatria. Quatro cursos (1,99%) tinham 4 disciplinas obrigatórias, sendo todos eles de cursos públicos. Apenas 1 curso público oferecia 7 disciplinas de saúde mental e psiquiatria optativas em cursos de enfermagem brasileiros.

As Tabelas 22 e 23 apresentam dados das disciplinas saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem, por tipo de credenciamento.

A Tabela 22 exhibe os dados das disciplinas obrigatórias, em cursos EAD e presenciais.

Tabela 22 - Disciplinas obrigatórias de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem, por tipo de credenciamento, segundo quantidade. Brasil, 2019

Nº Disciplinas Obrigatórias	Total no Brasil EAD e Presencial n=1.258 (100,00%)	EAD n=48 (3,81%)	Presencial n=1.210 (96,18%)
0	9 (0,71%)	0 (0,00%)	9 (100,00%)
1	874 (69,47%)	47 (5,37%)	827 (94,62%)
2	332 (26,39%)	1 (0,30%)	331 (99,69%)
3	31 (2,46%)	0 (0,00%)	31 (100,00%)
4	8 (0,63%)	0 (0,00%)	8 (100,00%)
7	3 (0,23%)	0 (0,00%)	3 (100,00%)
8	1 (0,07%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)

Dos 1.258 cursos de enfermagem que apresentaram dados sobre disciplinas obrigatórias, 48 são EAD, sendo que 47 (97,91%) têm 1 disciplina e, 1 (2,08%), tem 2. Dos 1.210 cursos presenciais, 9 não tinham disciplina obrigatória de saúde mental e psiquiatria (todos os que não tinham disciplinas obrigatórias eram presenciais. Estes 9 cursos representam 0,74% dos 1.210 cursos presenciais com dados). A maioria dos cursos presenciais tinha 1 disciplina obrigatória (68,34% dos 1.210 cursos presenciais e 94,62% dos cursos com 1 disciplina obrigatória). Depois do número de 1 disciplina, 2 disciplinas foram as mais prevalentes, entre os cursos presenciais (27,35% dos 1.210 ou 99,69% dos cursos com 2 disciplinas). Três, 4, 7 e 8 disciplinas só apareceram em cursos presenciais. Os seus N e as percentagens correspondentes ao total de 1.210 disciplinas são (respectivamente): 31 (2,56%); 8 (0,66%); 3 (0,24%) e; 1 ou (0,08%).

A Tabela 23 exhibe os dados das disciplinas optativas localizadas, em cursos EAD e presenciais.

Tabela 23 - Disciplinas optativas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem, por tipo de credenciamento, segundo quantidade. Brasil, 2019

Nº Disciplinas Optativas	Total no Brasil EAD e Presencial n=201 (100,00%)	EAD n=4 (1,99%)	Presencial n=197 (98,00%)
0	164 (81,59%)	1 (0,60%)	163 (99,39%)
1	29 (14,42%)	3 (10,34%)	26 (89,65%)
2	2 (0,99%)	0 (0,00%)	2 (100,00%)
3	1 (0,49%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)
4	4 (1,99%)	0 (0,00%)	4 (100,00%)
7	1 (0,49%)	0 (0,00%)	1 (100,00%)

Apenas 4 cursos dos 105 cursos de enfermagem EAD forneciam dados sobre disciplinas optativas. Deles, 1 (25,00%) não oferecia disciplinas optativas (o que representou 0,60% dos cursos que não ofereciam disciplinas optativas em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica). Os outros 3 (75,00%), ofereciam 1

disciplina optativa (o que representou 10,34% de todas os cursos que ofereciam 1 disciplina optativa).

Dos 197 cursos presenciais que apresentaram dados sobre disciplinas optativas, 163 (82,74%) não ofereciam disciplinas optativa em saúde mental e psiquiatria, nos cursos de enfermagem (99,39% dos 163 que não ofereciam disciplinas optativas). Vinte e seis (13,19% dos 197) ofereciam 1 disciplina optativa (89,65% dos que ofereciam 1 disciplina optativa). Duas, 3, 4 e 7 disciplinas optativas foram oferecidas por 2 (1,02% dos 197), 1 (0,50% dos 197), 4 (2,03% dos 197) e 1 (0,50% dos 197) cursos de enfermagem, respectivamente. Todos estes cursos eram presenciais.

A seguir serão discutidos os resultados da identificação e caracterização das disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem brasileiros.

7.3.1 Discussão dos resultados de identificação e caracterização das disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem brasileiros

Para o estudante do ensino superior adquirir o título de bacharel, as disciplinas optativas e obrigatórias são contabilizadas para resultar a carga horária mínima necessária para a formação. As disciplinas obrigatórias são aquelas indispensáveis para o bacharelado, enquanto as optativas ficam a critério de escolha do estudante, e implicam uma formação mais personalizada ao profissional. Nas IES públicas as disciplinas optativas são mais comuns, do que nos cursos privados, conferindo formação mais individualizada. Elas também são mais prevalentes em cursos presenciais, quando comparados aos EAD.

Por não haver uma legislação específica para padronização das disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, a variação em relação a quantidade de disciplinas foi alta (foram localizados cursos que não ofereciam disciplinas nesta área e que ofereciam 1, 2, 3, 4, 7 e 8 disciplinas).

Notamos que a grande maioria dos cursos apresentam ao menos uma disciplina de saúde mental e psiquiatria, porém 0,71% (9 cursos) de todos os dados localizados, não apresentavam a disciplina. Este dado corrobora com os de uma

pesquisa de Vargas et al. (2018), que analisou as disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica dos cursos de graduação em enfermagem no Brasil, tendo como critério de inclusão todas as IES cadastradas no site do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (INEP). Os autores relataram que existem cursos que não ofertam disciplinas relacionadas à saúde mental e psiquiatria durante toda a formação do enfermeiro, e concluíram que, apesar de as instituições não serem obrigadas a ofertar disciplina nesta área, deveriam fazê-lo a fim de contemplar uma formação integral em enfermagem (Vargas et al., 2018).

As DCN/ENF trouxeram liberdade de composição de grade curricular pelos cursos de enfermagem, então as IES têm autonomia para criar suas próprias estruturas curriculares, diferentemente dos Currículos Mínimos de Enfermagem, que se dedicavam em prescrever todo o conteúdo, dificultando possíveis adequações necessárias à realidade local e ao avanço técnico-científico da profissão (Rodrigues, Santos, Spriccigo, 2012). Apesar desta liberdade ser um avanço do ponto de vista da autonomia institucional, também é importante pontuar a que, paradoxalmente, possibilita, em alguns casos, a negligência de algumas áreas durante a formação em enfermagem (Brasil, 2001c).

Os dados referentes aos cursos que não fornecem disciplina em saúde mental e psiquiatria em cursos de graduação em enfermagem, apontam para o pouco interesse, de alguns cursos, em incluir disciplinas específicas de saúde mental e psiquiatria, nas suas grades curriculares. A formação do enfermeiro generalista, defendida pelas DCN/ENF é imprescindível para a atuação profissional. Quando não se contempla um dos possíveis campos de exercício profissional, a formação generalista fica prejudicada. Esta informação deve ser considerada por “órgãos competentes do Ministério da Educação, responsáveis pela autorização de novos cursos e revalidação daqueles já existentes, tendo em vista os prejuízos à formação do enfermeiro e à população que será atendida por esses profissionais” (Vargas et al., 2018, p. 6).

Fato que agrava esta situação é a valorização insuficiente da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, durante a formação do enfermeiro generalista (Malvarez, 2006). Isto leva a baixa especialização docente em saúde mental (muitos dos que lecionam nesta disciplina, não têm formação específica na área) (Kantorski, Silva, 2000), podendo comprometer o processo ensino-aprendizado de modo a levar os estudantes a desmerecerem os conteúdos desta disciplina (Malvarez, 2006; Braga, Silva, 2000).

O ensino na área se torna ainda mais urgente, quando os quadros epidemiológicos atuais são analisados. A estimativa é de que os transtornos mentais estarão dentre os mais incapacitantes nas próximas décadas (Silva et al., 2014). Este é mais um motivo que corrobora com a necessidade de contemplar o tema na formação de profissionais da área da saúde.

É sabido que outras disciplinas abordam temas que contemplam assuntos relacionados à saúde mental e psiquiatria, mas que não deixam isto exposto em seu título. Compreendemos que, se ementas e conteúdos programáticos forem analisados, poderá se chegar a números diferentes dos obtidos nesta pesquisa. A decisão por buscar assuntos relacionados aos temas saúde mental e psiquiatria, no título da disciplina, se deu pelo limite de tempo da pesquisa e por entender que, para o objetivo geral do estudo, esta análise era suficiente. Ainda assim, recomendamos que pesquisadores que tenham interesse em se aprofundar nos dados sobre o ensino de saúde mental e psiquiatria em cursos de graduação em enfermagem, busquem também nos planos de ensino das disciplinas, descritores que possam dar indicativos sobre o ensino na área.

7.4 CONSTRUÇÃO, LEVANTAMENTO DE EVIDÊNCIAS DE VALIDADE DE CONTEÚDO E APLICAÇÃO DA ESCALA E-MENTAL

A escala construída neste estudo recebeu o nome de E-Mental (Escala de avaliação do Ensino de graduação em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria). Como descrito no tópico *materiais e métodos*, deste estudo, a E-Mental foi resultado de um longo processo de análises de conteúdo do texto da Lei n.º 10.216, das DCN/ENF, do capítulo *A reabilitação como cidadania*, do livro *Libertando Identidades e de opiniões de professores de enfermagem sobre o que eles consideram importante de ser abordado no processo ensino aprendizagem de saúde mental e psiquiatria, do ponto de vista da reabilitação psicossocial e da RP*, (Anexos C, D e Apêndice K). Estes materiais também deram o indicativo das dimensões que comporiam a escala.

As análises deram corpo a várias versões da escala. Em cada uma delas buscou-se refinar os conteúdos dos materiais, de modo a reelaborar os itens do instrumento, sempre tendo em vista: o objetivo da escala (*avaliar a qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria, de cursos de graduação em enfermagem*); o

construto (a reabilitação psicossocial), buscando deixá-lo subentendido entre os itens e dimensões da escala e; quem a responderá (professores de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem) (exemplos das versões da escala: Apêndices M e N).

Quando se entendeu que a escala estava pronta para ser submetida a análises de juízes, para a avaliação de seu conteúdo, ela foi enviada para a revisão de português. Depois de corrigida, a escala foi examinada, para conferir se algum item havia perdido o sentido e, constatou-se que não. Este processo originou a versão da escala E-Mental enviada às juízas, que é a apresentada na sequência:

E-MENTAL

(Escala de avaliação da qualidade do ensino em disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica)

INSTRUÇÕES:

1. Sempre que o termo **indivíduo** for utilizado, trata-se de **pessoa com transtorno mental**;
2. Sempre que o termo **manicômio** for utilizado, trata-se de **hospital psiquiátrico**;
3. Sempre que o termo **profissional/profissionais** for utilizado, trata-se de **pessoa(s) que trabalha(m) em instituição que oferece cuidado à saúde mental do indivíduo**;
4. Sempre que o termo **serviço** for utilizado, trata-se de **local de atendimento à saúde mental do indivíduo**;
5. Sempre que o termo **responsável** for utilizado, trata-se de **familiar e/ou cuidador do indivíduo**;
6. Sempre que o termo **ergoterapia** for utilizado, trata-se de **execução de tarefas simples e manuais**;
7. Quando a sua resposta for **afirmativa**, marque **S (sim)** na coluna R;
8. Quando a sua resposta for **negativa**, marque **N (não)** na coluna R.

Pensando no processo ensino-aprendizagem de disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, e a sua interface com as <i>Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF) / 2001</i> , responda:	R
1. Este processo favorece a formação de um profissional crítico?	
2. Este processo favorece a formação de um profissional criativo?	
3. Este processo favorece a formação de um profissional reflexivo?	
4. Este processo favorece a formação de um profissional humanista?	
5. Este processo favorece a formação de um profissional apto para atender na pluralidade?	
6. Este processo favorece a formação de um profissional com senso de responsabilidade social?	
7. Este processo favorece a formação de um profissional que tem as suas bases na ciência?	
8. Este processo favorece a formação de um profissional comprometido com a saúde integral dos indivíduos?	
9. Este processo favorece a formação de um profissional comprometido com a saúde da família dos indivíduos?	
10. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental?	
11. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental na rede básica de saúde e comunidades	
12. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em ambulatórios?	
13. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?	
14. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em enfermarias especializadas em hospitais gerais?	
15. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em hospitais especializados?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, este processo contempla a temática:	R

16. Da luta antimanicomial brasileira como organização social democrática?	
17. Da reforma psiquiátrica brasileira?	
18. Das políticas públicas de saúde mental brasileiras?	
19. Do atual cenário das políticas públicas de saúde mental brasileiras?	
20. Da transversalidade das políticas públicas de saúde mental brasileiras?	
21. Das práticas de saúde mental para atender os princípios da ética/bioética?	
22. Das estratégias de cuidado em saúde mental pautadas na desinstitucionalização?	
23. Do reconhecimento do papel social do enfermeiro para atuar nas políticas públicas de saúde mental brasileiras?	
24. Das necessidades sociais da saúde mental, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS)?	
25. Da atuação do profissional nos diferentes cenários de prática?	
26. Da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?	
27. Dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?	
28. Da saúde mental na atenção básica à saúde?	
29. Das enfermarias especializadas em saúde mental em hospitais gerais?	
30. Dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)?	
31. Do Programa De Volta Para Casa (PVC)?	
32. Do uso de álcool e outras drogas?	
33. Da redução de danos na temática do uso de álcool e outras drogas?	
34. Dos conteúdos relacionados aos indivíduos que cometem infrações?	
35. Dos Serviços Hospitalares de Referência para atenção aos indivíduos que fazem uso álcool e outras drogas?	
36. Do trabalho em rede?	
37. Da Sistematização do Assistência de Enfermagem (SAE) nos serviços de saúde mental de base territorial?	
38. Do processo de cuidado em enfermagem em saúde mental?	
39. Da identificação dos determinantes de saúde da população?	
40. Do reconhecimento dos perfis epidemiológicos das populações?	
41. Da importância de ações socioeducativas em saúde mental?	
42. Da habilidade de se comunicar de maneira acessível?	
43. Da comunicação terapêutica?	
44. Do relacionamento terapêutico?	
45. Do exame psíquico?	
46. Dos principais transtornos mentais?	
47. Da habilidade de diagnosticar problemas de saúde mental?	
48. Do entendimento de que o cuidado de enfermagem é um instrumento de interpretação profissional?	
49. Das ações de promoção de saúde mental na atenção primária?	
50. Das ações de prevenção de sofrimento?	
51. Das técnicas de manejo da crise em saúde mental?	
52. Da atenção à urgência/emergência em saúde mental?	
53. Dos conteúdos relacionados aos psicofármacos?	
54. Das práticas de cuidado que utilizam abordagens não medicamentosas?	

55. Da medicalização em saúde mental?	
56. Do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do indivíduo?	
57. Do trabalho interdisciplinar em saúde mental?	
58. Do trabalho multiprofissional em saúde mental?	
59. Da tomada de decisão visando a eficácia das práticas de saúde mental?	
60. Da habilidade de liderança no trabalho em equipe de saúde mental?	
61. Do reconhecimento da saúde como direito?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com a Lei n.º 10.216/2001, neste processo:	R
62. Se discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado pelos meios menos invasivos possíveis?	
63. Se discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários?	
64. Se discute a modalidade de internação involuntária?	
65. Se discute a necessidade de informar o responsável sobre os direitos do indivíduo?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com a Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
66. Se discute sobre a importância da necessidade de restituir os direitos dos indivíduos quando eles não são respeitados?	
67. Se instrui sobre ela ser a finalidade do atendimento em saúde mental?	
68. Se instrui sobre a reabilitação psicossocial objetivar a melhora das debilidades?	
69. Discute o fato de a melhora das debilidades permitir a equiparação de pessoas com e sem transtornos mentais?	
70. Se discute sobre a promoção de autonomia como uma das funções dos serviços de saúde mental?	
71. Se discute sobre a necessidade de profissionais atuarem para que a subjetividade do indivíduo seja preservada?	
72. Se discute sobre o ato de desinstitucionalizar ser capaz de restituir a subjetividade do indivíduo?	
73. Se discute sobre a existência de uma hegemonia manicomial?	
74. Se instrui sobre o fato de o modelo comunitário ser mais benéfico do que o manicomial?	
75. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais reproduzirem a cronicidade do transtorno mental?	
76. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais tratarem o indivíduo como depositário passivo de intervenções psiquiátricas?	
77. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais reproduzirem exclusões sociais?	
78. Se discute sobre o valor estratégico de serviços de base territorial na reabilitação psicossocial?	
79. Se discute sobre o estigma associado ao transtorno mental?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo morar da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
80. Se instrui sobre o fato de a moradia ser eixo estrutural da reabilitação psicossocial para a cidadania?	
81. Se instrui sobre o fato de a moradia ser fundamental para a qualidade de vida do indivíduo?	
82. Se discute que a casa, como propriedade, é direito do indivíduo?	
83. Se discute o conceito de morar, como a possibilidade de criação de lugares onde se experimentam a liberdade?	
84. Se instrui sobre o fato de a intervenção profissional no local onde o indivíduo habita, sustenta a orientação de expulsão de seu lar?	
85. Se discute o fato de o modelo manicomial negar o ato de habitar o espaço e afirmar o ato de estar no espaço?	
86. Se discute o fato de o modelo manicomial diminuir a possibilidade de subjetivação dos indivíduos?	

87. Se discute o fato de tornar manicômios em lugares onde se vive, não garante a reabilitação psicossocial?	
88. Se instrui sobre a possibilidade de lançar mão de estratégias de morar em liberdade como alternativas ao manicômio?	
89. Se instrui sobre a preferência do indivíduo determinar as soluções habitacionais buscadas no processo de reabilitação psicossocial?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo rede social/troca de identidades da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
90. Se instrui sobre este eixo ser relacionado a um lugar onde há trocas sociais?	
91. Se instrui sobre o fato de que pela institucionalização pode haver a perda da rede de interações sociais?	
92. Se instrui sobre a intervenção na rede de interações sociais do indivíduo trazer efeitos benéficos à sua saúde mental?	
93. Se instrui sobre a família ser uma das redes de interações sociais do indivíduo?	
94. Se instrui sobre o dever dos profissionais de trabalharem para a reinserção social do indivíduo?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo trabalho/produzir e trocar mercadorias/valores da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
95. Se discute que o fortalecimento deste eixo possibilita ao sujeito exercitar seu poder, por meio de trocas materiais?	
96. Se discute a necessidade de o indivíduo estar inserido em cenários de vidas reais, onde se trabalha-ganha-consome?	
97. Se discute o trabalho que gera lucro como um modo de garantia de cidadania aos que trabalham?	
98. Se discute que o trabalho como recreação não favorece a reabilitação psicossocial?	
99. Se discute as diferenças entre trabalho e ergoterapia?	
100. Se instrui sobre a ergoterapia ser o ato de desenvolver tarefas manuais ou físicas?	
101. Se instrui sobre o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que trabalho seja um modo de contenção?	
102. Se instrui sobre o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que trabalho seja um modo de exploração?	
103. Se discute o fato de algumas funções laborativas exigirem do indivíduo menor competência social?	
104. Se discute o trabalho como elemento que pode valorizar a subjetividade do indivíduo?	
105. Se discute o trabalho como um dos indicadores de funcionamento social do indivíduo?	
106. Se discute a concepção de cooperativas de trabalho como sendo, ao mesmo tempo, tratamento e lugar de produção (no mercado)?	
107. Se discute as cooperativas de trabalho como empresas com sócios com e sem transtornos mentais?	
108. Se discute o fato de as atividades de cooperativas de trabalho utilizarem recursos de origens diferentes?	
109. Se discute o fato de as atividades produtivas de cooperativas de trabalho serem de naturezas diversas?	
110. Se discute o fato de as cooperativas de trabalho terem alta rentabilidade reabilitativa?	
111. Se instrui sobre o dever do profissional de incentivar o comércio dos produtos de cooperativas de trabalho?	
112. Se discute a concepção de cooperativas de trabalho como lugares de promoção de autonomia?	
113. Se instrui sobre o papel profissional busca da reabilitação psicossocial do indivíduo, pela sua inserção no trabalho?	
114. Se discute o fato de a sustentação de entidades locais facilitar a inserção dos indivíduos no trabalho?	
115. Se discute o fato de que não integrar o indivíduo no trabalho pode levar ao seu isolamento social?	

Como se vê, esta escala possuía 115 itens e 4 dimensões, que abordavam o processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica de cursos de graduação em enfermagem e a sua interface com:

- as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF)/2001 (que chamaremos de dimensão 1 e refere-se aos itens 1 a 15);
- a Saúde Mental geral, dimensão proveniente, principalmente, da análise de conteúdo das opiniões de professores de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem, sobre o que eles consideravam importante de ser abordado no processo ensino-aprendizagem de saúde mental e psiquiatria, do ponto de vista da reabilitação psicossocial e da RP (que chamaremos de dimensão 2 e refere-se aos itens 16 a 61);
- a Lei n.º 10.216 (que chamaremos de dimensão 3 e refere-se aos itens 62 a 65);
- com a Reabilitação Psicossocial (itens de 66 a 115), dimensão que se seguimenta em 4: a Reabilitação Psicossocial geral (que chamaremos de dimensão 4 e refere-se aos itens 66 a 79); o seu eixo morar (que chamaremos de dimensão 4.1 e refere-se aos itens 80 a 89), o seu eixo rede social/troca de identidades (que chamaremos de dimensão 4.2 e refere-se aos itens 90 a 94) e; o seu eixo trabalho/produzir e trocar mercadorias/valores (que chamaremos de dimensão 4.3 e refere-se aos itens 95 a 115). Esta foi a escala enviada para avaliação de juízas.

Comitê de Juízas

O objetivo de enviar a E-Mental a um comitê de juízas foi de buscar evidências de validade de conteúdo da escala, que é o objetivo geral desta pesquisa. A E-Mental enviada às juízas foi inserida em um questionário elaborado em uma planilha do programa Microsoft Excel. A Figura 7 mostra um recorte do questionário, para se ter noção de sua composição.

Figura 7 - E-Mental enviada aos juízes.

E-MENTAL					
Escala de avaliação de Saúde Mental e Psiquiatria no Ensino de graduação em Enfermagem					
Nome completo da juíza:					
Profissão/ocupação:					
Formação/titulações:					
Área de atuação:					
INSTRUÇÕES:					
1. Leia o instrumento atentamente;					
2. Sempre que o termo indivíduo for utilizado, trata-se da pessoa com transtorno mental ;					
3. Sempre que o termo manicômio for utilizado, trata-se de hospital psiquiátrico ;					
4. Sempre que o termo profissional/profissionais for utilizado, trata-se de pessoa (s) que trabalha (m) em instituição que oferece cuidado à saúde mental do indivíduo ;					
5. Sempre que o termo serviço for utilizado, trata-se do local de atendimento à saúde mental do indivíduo ;					
6. Sempre que o termo responsável for utilizado, trata-se de familiar e/ou cuidador do indivíduo ;					
7. Sempre que o termo ergoterapia for utilizado, trata-se de execução de tarefas simples e manuais ;					
8. A coluna Respostas refere-se às respostas que as pessoas poderão marcar (SIM ou NÃO), quando forem responder à escala. Assim, não precisam ser preenchidas neste momento;					
9. Lembre-se que responderão esta escala professores de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem;					
10. Analise cada item que compõe a escala quanto aos domínios: Clareza de Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica;					
11. Na aba domínios , localizada no canto inferior esquerdo deste documento estão as explicações referentes a cada um dos domínios que deverão ser avaliados;					
12. Atribua notas de 1 a 5, a cada um dos itens, para o quanto você considera que o item atende aos domínios. Sendo: 1 - muito ruim; 2 - ruim; 3 - razoável; 4 - bom e 5 - muito bom ;					
13. Quando pertinente, deixe observações que nos ajude a melhorar cada item (relate dificuldades, aponte os itens que considerar irrelevantes, deixe sugestões de escrita, entre outras questões que considerar importantes).					
Pensando no processo ensino-aprendizagem de disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, e a sua interface com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF) / 2001, responda:					
	R	Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
25					
26					
27					

Fonte: Escala E-Mental.

Como pode-se observar, o questionário enviado às juízas continha:

- um campo com as informações sobre as juízas, que elas deveriam preencher (isto facilitou a caracterização do comitê);
- as instruções de preenchimento da escala. Estas instruções são para os respondentes, mas decidimos deixá-las no documento, para conhecimento da juíza, pois isto interferiria no entendimento do item. Estas explicações são os tópicos de 1 a 7 da Figura 7;
- as instruções sobre a avaliação da escala, pela juíza (tópicos de 8 a 13) e sobre como fazer observações sobre os itens, quando considerasse pertinente;
- além do exposto, no canto inferior esquerdo do questionário havia uma aba chamada *domínios* (destacada com um círculo vermelho na Figura 7). Lá estavam as explicações sobre o significado de cada domínio, que o juiz deveria avaliar em cada um dos itens. Estes domínios referiam-se à clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica. A Figura 8 mostra o que se encontrava, quando se acessava esta aba da tabela.

Figura 8 - Aba Domínios da E-Mental

§ Clareza de Linguagem: Avaliação do quanto você considera a linguagem do item compreensível (clara, direta, adequada e objetiva), tendo em vista as características da população respondente. Responder em que nível você acredita que o item tem clareza de linguagem, considerando a população respondente;

§ Pertinência Prática: Avaliação do quanto você considera que o item é pertinente. Analisa se de fato cada item possui importância para o instrumento. Responder em que nível você acredita que o item é pertinente para o que ele se propõe (avaliar a qualidade do ensino de graduação em enfermagem em saúde mental e psiquiatria), considerando a população respondente;

§ Relevância Teórica: Avaliação do quanto você considera que o item é relevante. Visa analisar o grau de associação entre item e construto (reabilitação psicossocial). Responder em que nível você acredita que o conteúdo deste item é representativo do comportamento que se quer medir (qualidade do ensino de graduação em enfermagem em saúde mental e psiquiatria).

Fonte: Escala E-Mental.

Então, cada um dos itens da escala foi avaliado quanto à sua clareza de linguagem, à sua pertinência prática e à sua relevância teórica. Esta avaliação se deu por meio de notas de 1 a 5, para cada um dos itens, em cada um dos domínios, sendo: 1 – muito ruim; 2 - ruim; 3 - razoável; 4 - bom e; 5 – muito bom.

Caracterização do comitê de juízas

As 7 pessoas que avaliaram a escala eram mulheres. Seis delas eram enfermeiras e 1 era graduanda de enfermagem. Cinco eram especialistas em saúde mental, sendo que as cinco tinham experiência em docência em enfermagem (em cursos públicos e/ou privados). Uma delas era professora de pós-graduação em enfermagem em saúde mental. Quatro eram mestres em enfermagem em saúde mental, três eram doutorandas, uma era doutora e todas tinham experiência em pesquisa de enfermagem em saúde mental. Cinco já haviam trabalhado em serviços de saúde mental. Quatro tinham experiência com psicometria.

A decisão por incluir estas pessoas na pesquisa, se deu porque considerou-se importante ter a avaliação de envolvidos no processo ensino-aprendizagem, tanto como professoras (de graduação e pós-graduação), como aluna, pois isto poderia ampliar o olhar e as análises em relação aos itens da escala. Procuramos juízas que possuíssem vivências profissionais, de pesquisa e no processo ensino-aprendizagem em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, de modo que elas pudessem trazer considerações para colaborar no aprimoramento da escala.

Além disto, teve-se a cautela de incluir pessoas com experiência em alguma fase de elaboração e aplicação de instrumentos psicométricos, pois isto traria um olhar

técnico sobre os itens da escala. Este empenho foi fundamental, pois, das 7 juízas incluídas na avaliação, apenas uma não fez observações sobre os itens da E-Mental. As avaliações e sugestões recebidas auxiliaram na redação de uma escala mais clara, concisa, com menos dissonância de linguagem, incoerências e menos cansativa.

Levantamento de evidências de validade de conteúdo da escala E-Mental

Para que se avalie as propriedades psicométricas relacionadas ao conteúdo da escala, as apreciações de juízes precisam ser submetidas à avaliação do Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC), para verificar se os itens se relacionam, ou não, com a variável latente/construto do instrumento. Este procedimento foi feito neste estudo e os resultados deste processo estão descritos na sequência.

A Tabela 24 mostra as médias gerais de CVC, em cada um dos domínios. É importante informar que: o n da tabela é de 115 (número de itens da escala enviada às juízas); na primeira linha da tabela, quando se apresenta a sigla CVC CL, ela refere-se ao Coeficiente de Validade de Conteúdo em relação ao domínio Clareza de Linguagem; na segunda linha da tabela, quando se apresenta a sigla CVC PP, ela refere-se ao Coeficiente de Validade de Conteúdo em relação ao domínio Pertinência Prática; na terceira linha da tabela, quando se apresenta a sigla CVC RT, ela refere-se ao Coeficiente de Validade de Conteúdo em relação ao domínio Relevância Teórica.

Tabela 24 - Coeficientes de Validade de Conteúdo segundo domínios. Brasil, 2019

Domínios	Nota mínima	Nota Máxima	Média geral de CVC do domínio	Desvio Padrão
CVC CL	0,69	1,00	0,9103	0,06737
CVC PP	0,74	1,00	0,9232	0,06188
CVC RT	0,77	1,00	0,9267	0,05889

Os resultados dos coeficientes de validade de conteúdo mostram que, em relação à clareza de linguagem, a nota mínima entre os itens foi de 0,69 (a menor nota mínima entre os três domínios) e a máxima foi de 1,00. A média de nota entre os itens, neste domínio, foi de 0,91 (a menor média entre os itens). Quanto à pertinência prática, a nota mínima foi de 0,74, a máxima foi de 1,00. A média de nota entre os itens, neste domínio, foi de 0,92. Em relação a relevância teórica, a nota mínima entre os itens foi de 0,77 (a maior nota mínima entre os três domínios), a máxima foi de 1,00 e a média foi de 0,92. Assim, pode-se dizer que a concordância, nos três domínios

avaliados, foi substancial. A escala apresentou evidências de validade de sua estrutura interna pelo conteúdo.

A literatura aponta que a nota de corte para os CVC deve ser de 0,80 (Pasquali, 2013). Percebe-se que as médias de notas em cada um dos domínios foi maior do que 0,80. Esta já é uma evidência de validade de conteúdo da escala. Ainda assim, analisou-se item por item separadamente, na busca de notas mínimas abaixo da nota de corte estabelecida, em qualquer um dos domínios.

A Tabela 25 apresenta os CVC quanto à CL, PP e RT em cada um dos 115 itens da escala enviada às juízas.

Tabela 25 - Coeficientes de Validade de Conteúdo, quanto à Clareza de Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica, segundo cada item da E-Mental. Brasil, 2019

(continua)

Item	CVC CL	CVC PP	CVC RT
1	0,91	0,97	1,00
2	0,89	0,94	0,97
3	0,91	0,97	1,00
4	0,86	0,89	0,91
5	0,80	0,89	0,91
6	0,91	0,94	0,97
7	0,83	0,89	0,91
8	0,91	0,94	0,97
9	0,86	0,94	0,97
10	0,91	1,00	1,00
11	0,97	0,97	1,00
12	0,89	0,86	0,83
13	0,97	0,97	0,97
14	0,89	0,89	0,86
15	0,97	0,91	0,91
16	0,94	0,97	0,97
17	0,97	0,97	0,97
18	0,97	0,97	0,97
19	0,91	0,94	0,94
20	0,91	0,94	0,94
21	0,97	0,97	0,97
22	0,97	0,94	0,94
23	0,97	0,97	0,97
24	0,97	0,97	0,97
25	0,94	0,94	0,94
26	0,97	1,00	1,00
27	0,97	1,00	1,00
28	0,97	0,97	0,97
29	0,97	0,97	0,97
30	0,94	0,94	0,94
31	0,89	0,89	0,89
32	1,00	1,00	0,97
33	0,97	0,94	0,94
34	0,86	0,89	0,89
35	0,89	0,86	0,86
36	0,91	0,97	0,97
37	0,97	0,94	0,97
38	0,97	0,97	0,97

Tabela 25 - Coeficientes de Validade de Conteúdo, quanto à Clareza de Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica, segundo cada item da E-Mental. Brasil, 2019

(continuação)

Item	CVC CL	CVC PP	CVC RT
39	0,97	0,91	0,94
40	0,94	0,94	0,94
41	0,86	0,89	0,89
42	0,86	0,86	0,86
43	1,00	1,00	1,00
44	1,00	1,00	1,00
45	0,97	1,00	1,00
46	0,89	0,89	0,89
47	0,94	0,97	0,97
48	0,74	0,83	0,83
49	0,86	0,89	0,89
50	0,86	0,86	0,86
51	0,91	0,97	0,97
52	0,89	0,94	0,94
53	0,86	0,89	0,89
54	0,89	0,89	0,89
55	1,00	1,00	1,00
56	1,00	1,00	1,00
57	0,97	0,97	0,97
58	0,97	0,97	0,97
59	0,86	0,86	0,86
60	0,86	0,86	0,86
61	0,97	0,94	0,97
62	0,94	0,97	0,97
63	0,97	1,00	1,00
64	0,86	0,94	0,94
65	0,89	0,97	0,97
66	0,91	0,97	0,97
67	0,83	0,86	0,86
68	0,89	0,86	0,86
69	0,86	0,86	0,86
70	0,97	1,00	1,00
71	0,91	0,89	0,89
72	0,86	1,00	0,94
73	0,89	0,86	0,86
74	1,00	0,97	0,97
75	0,86	0,94	0,89
76	0,83	0,94	0,89
77	0,86	0,94	0,89
78	0,97	0,97	0,97
79	1,00	0,97	0,97
80	0,89	0,89	0,89
81	0,89	0,86	0,86
82	0,97	0,97	0,97
83	0,91	0,94	0,94
84	0,80	0,83	0,83
85	0,86	0,86	0,86
86	0,91	0,91	0,91
87	0,86	0,86	0,86
88	0,86	0,86	0,86
89	0,97	0,97	0,97
90	1,00	1,00	1,00
91	1,00	1,00	1,00

Tabela 25 - Coeficientes de Validade de Conteúdo, quanto à Clareza de Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica, segundo cada item da E-Mental. Brasil, 2019

(continuação)

Item	CVC CL	CVC PP	CVC RT
92	0,94	0,91	0,94
93	1,00	0,97	0,97
94	1,00	0,97	0,97
95	1,00	0,97	0,97
96	1,00	0,97	0,97
97	0,77	0,83	0,86
98	0,89	0,83	0,86
99	0,89	0,89	0,91
100	0,91	0,86	0,86
101	0,83	0,86	0,86
102	0,89	0,91	0,91
103	0,83	0,77	0,80
104	0,97	0,97	0,97
105	0,86	0,86	0,86
106	0,80	0,83	0,83
107	0,83	0,77	0,77
108	0,83	0,74	0,80
109	0,83	0,77	0,83
110	0,77	0,80	0,83
111	0,94	0,94	0,94
112	0,97	0,97	0,97
113	0,69	0,94	0,97
114	0,74	0,80	0,83
115	0,94	0,94	0,94

(conclusão)

Os itens da Tabela 25 receberam traços delimitando as dimensões às quais pertencem. Nota-se que, dos 115 itens da escala, 6 (5,21%) tiveram concordância perfeita (1,00) entre todas as juízas, em todos os domínios. Eles estão destacados em negrito e com o fundo vermelho e são os itens: 43, 44, 55, 56, 90 e 91. Os itens 43, 44, 55 e 56 pertencem à dimensão 2, os itens 90 e 91 pertencem à 4.2.

Sete itens (6,08%) tiveram concordância 1,00 entre as juízas, em 2 domínios, são eles: 10, 26,27, 32, 45, 63 e 70. O item 10 pertence à dimensão 1; os itens 26, 27, 32 e 45 pertencem à 2; o 63 a 3 e o 70 à 4. Estes itens estão destacados em negrito e com o fundo verde. Dez itens (8,69%) tiveram concordância de 1,00 entre as juízas, em um domínio, sendo 1, 3, 11 (dimensão 1), 72, 74, 79 (dimensão 4), 93, 94 (dimensão 4.2), 95 e 96 (dimensão 4.3). Eles estão destacados em negrito e com o fundo roxo. Os itens que tiveram concordância perfeita entre as juízas, em pelo menos um domínio, são 23 ou 20,00% da escala.

Sete itens (6,08%) tiveram nota limítrofe (0,80) em alguma dimensão. São eles: 5 (dimensão 1); 84 (dimensão 4.1); 103, 106, 108, 110 e 114 (dimensão 4.3). Destes,

7 itens, 4 além da nota limítrofe, também ficaram com escore abaixo da nota de corte, em algum domínio. São eles: 103, 108, 110 e 114, todos da dimensão 4.3.

Nove itens (7,82%) ficaram com nota abaixo de 0,80 em um ou mais domínios. Eles são: 48 (dimensão 2); 97, 103, 107, 108, 109, 110, 113 e 114 (dimensão 4.3). Estes itens estão destacados em negrito e com o fundo azul. Destes, os itens 48, 97, 110, 113 e 114 tiveram nota abaixo de 0,80, no domínio clareza de linguagem. Isto quer dizer que 4,34% dos 115 itens, precisavam ser analisados, quanto a este domínio. Quatro itens (103, 107, 108 e 109) ficaram com escore abaixo da nota de corte, no domínio pertinência prática. Isto representa que 3,47% dos 115 itens da escala, precisavam ser analisados quanto a este domínio. O item 107 (dimensão 4.3) teve nota abaixo de 0,80, no domínio relevância teórica, ou seja, 0,86% dos 115 itens da escala, precisava ser analisado quanto a este domínio. Este item também teve escore abaixo da nota de corte no domínio pertinência prática.

É recomendado que itens com escores abaixo de 0,80 sejam retirados da escala ou readequados (Pasquali, 2013). Dos 9 itens com valores abaixo da nota de corte, 7 foram retirados da escala e 2 foram readequados. A seguir estão quadros com: o cabeçalho da dimensão da qual o item pertence; os itens como estavam redigidos; as sugestões das juízas (vale lembrar que, para preservar as suas identidades, foi usada a letra J de juíza e dado números de 1 a 7 para cada uma delas); o que se decidiu fazer com o item e; quando se decidiu por mantê-lo, a nova redação.

Quadro 1 - Dimensão 2, item, sugestões das juízas e decisão, quanto aos itens com escores abaixo de 0,80

Dimensão 2: Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, este processo contempla a temática:

Item: 48. Do entendimento de que o cuidado de enfermagem é um instrumento de interpretação profissional?

Sugestões juízas:

J1: A pergunta não está clara;

J3: Não está claro para mim, o que pretende medir com este item;

J5: Não entendi;

J7: Sugiro retirar.

Decisão: Por conta da nota baixa e das sugestões das juízas, este item foi retirado da escala.

Quadro 2 - Dimensão 4.3, itens, sugestões das juízas, decisões e redações dos novos itens, quanto aos itens com escores abaixo de 0,80

Dimensão 4.3: Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo trabalho/produzir e trocar mercadorias/valores da Reabilitação Psicossocial, neste processo:

Item 97. Se discute o trabalho que lucro renda como um modo de garantia de cidadania aos que trabalham?

Sugestões juízas:

J5: Lucro ou renda?

J6: Acredito que possa substituir "que gera lucro" por "trabalho com valor social e poder aquisitivo", pois trabalho não dá ou gera lucro;

J7: Importante, mas parece que o termo lucro é inadequado.

Decisão: Por entendermos se tratar de um importante item, decidimos deixá-lo na escala, mas mudamos o termo *lucro* por *renda*.

Redação final do item: Se discute o trabalho que gera renda como um modo de garantia de cidadania aos que trabalham?

Item 103. Se discute o fato de algumas funções laborativas exigirem do indivíduo menor competência social?

Sugestões juízas:

Sem sugestões das juízas, apesar do escore abaixo da nota de corte.

Decisão: Item retirado.

Item 107. Se discute as cooperativas de trabalho como empresas com sócios com e sem transtornos mentais?

Sugestões juízas:

Sem sugestões das juízas, apesar do escore abaixo da nota de corte.

Decisão: Item retirado.

Item 108. Se discute o fato de as atividades de cooperativas de trabalho utilizarem recursos de origens diferentes?

Sugestões juízas:

J3: Muito específico. Não entendo que avalie a qualidade do ensino para a graduação em enfermagem. Sugiro retirar;

J7: De difícil compreensão. Eu retiraria.

Decisão: Por conta da nota baixa e das sugestões das juízas, este item foi retirado da escala.

109. Se discute o fato de as atividades produtivas de cooperativas de trabalho serem de naturezas diversas?

Sugestões juízas:

J3: Muito específico. Não entendo que avalie a qualidade do ensino para a graduação em enfermagem. Sugiro retirar.

Decisão: Por conta da nota baixa e das sugestões das juízas, este item foi retirado da escala.

110. Se discute o fato de as cooperativas de trabalho terem alta rentabilidade reabilitativa?

Sugestões juízas:

J5: O termo rentabilidade é esquisito;

J6: A palavra "rentabilidade" vem de renda e acredito que você quis dizer "maior possibilidade";

J7: Eu retiraria.

Decisão: Por conta da nota baixa e das sugestões das juízas, este item foi retirado da escala.

113. Se instrui sobre o papel profissional busca da reabilitação psicossocial do indivíduo, pela sua inserção no trabalho?

Sugestões juízas:

J1: Sugiro melhorar a redação, falta um conector na frase;

J3: Parece estar faltando alguma palavra;

J5: Inclusão pelo trabalho em cooperativas?

J6: Inserir a contração "na" antes da palavra "busca..." pode ajudar em relação a clareza;

J7: Ficou confusa (ver escrita). Você fala de cooperativas nos itens anteriores, não seria inclusão no trabalho nas cooperativas?

Decisões: Por entendermos se tratar de um importante item, decidimos deixá-lo na escala, mas mudamos a escrita.

Também acrescentamos dois itens, para contemplar as demandas das juízas sobre a necessidade de abordar a *inclusão pelo trabalho*.

Redação final do item: Se discute a inserção dos indivíduos nas cooperativas de trabalho, como um auxílio a sua reabilitação psicossocial?

Redação dos novos itens: Se discute a possibilidade da inclusão social pelo trabalho por meio das cooperativas?

Se discute a possibilidade da inclusão social pelo trabalho por meio das cooperativas?

114. Se discute o fato de a sustentação de entidades locais facilitar a inserção dos indivíduos no trabalho?

Sugestões juízas:

J5: Confusa. Retirar;

J6: A palavra "sustentação" dá um tom estranho, acredito que "suporte" seria mais adequado. Ao invés de usar o verbo no infinitivo, utilize "facilita".

J7: Eu retiraria.

Decisão: Por conta da nota baixa e das sugestões das juízas, este item foi retirado da escala.

Além destes, apresentados, outros 9 itens com escores de 0,80 ou acima (3 são da D1; 4 da D2; 1 da D 4.1 e 1 da D 4.3), foram modificados e, 7 foram acrescentados (1 da D1; 1 da D2; 4 da D3 e; 1 da D4), conforme sugestões das juízas. Estes casos estão apresentados no quadro a seguir.

Quadro 3 - Dimensões, itens, sugestões das juízas, decisões e redações dos novos itens, quanto aos itens com escores acima de 0,80.

Dimensão 1: Pensando no processo ensino-aprendizagem de disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, e a sua interface com as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF) / 2001, responda:

Item 5. Este processo favorece a formação de um profissional apto para atender na pluralidade?

Sugestões juízas:

J5: Fundamentar o conceito de pluralidade. Diversidade das pessoas?

J7: Se com pluralidade você quis dizer que as pessoas são diversas, sugiro mudar a escrita.

Decisão: As DCN/ENF/2001 não definem o que querem dizer com pluralidade. Entendendo a diversidade, como uma categoria analítica da reabilitação psicossocial, e pela própria definição do dicionário de pluralidade como diversidade (Dicio, 2019), decidimos mudar o termo.

Redação final do item: Este processo favorece a formação de um profissional apto para atender na diversidade?

Item 7. Este processo favorece a formação de um profissional que tem as suas bases na ciência?

Sugestão juíza:

J4: Ficou confusa a expressão "as suas bases na ciência".

Decisão: Por entendermos que a sugestão melhora o entendimento do item, decidimos modificar a escrita.

Redação final do item: Este processo favorece a formação de um profissional que tem a ciência como base para a sua atuação?

Item 11. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental na rede básica de saúde e comunidades?

Sugestão juíza:

J1: O item é claro e coerente, sugiro tentar não colocar mais de uma opção no item por exemplo "rede básica de saúde" e "comunidade".

Decisões: Por entendermos que a sugestão melhora o item no sentido de evitar que viés na resposta, por conter duas sentenças (o professor poderia responder sim porque a disciplina tem estágio em um dos dois serviços, ou responder que não, pelo mesmo motivo), decidimos modificar a escrita do item. Também acrescentamos um item, para contemplar as duas ideias.

Redação final do item: Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental na comunidade?

Redação do novo item: Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental na rede básica de saúde?

Dimensão 2: Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, este processo contempla a temática:

Item 18. Das políticas públicas de saúde mental brasileiras?

Sugestões juízas:

J5: Problematizando os contextos e a História da Loucura?

J7: E o contexto em que as políticas foram implementadas? E a história da loucura?

Decisões: Por entendermos ser necessário acatar as sugestões das juízas, decidimos deixá-lo na escala, mas escrito de maneira diferente. Também acrescentamos um item, para acatar as sugestões quanto aos contextos históricos referentes ao fenômeno da loucura.

Redação final do item: 19. Das políticas públicas de saúde mental brasileiras decorrentes da luta antimanicomial?

Redação do novo item: 16. Do fenômeno da loucura nos diversos contextos históricos?

Item 19. Do atual cenário das políticas públicas de saúde mental brasileiras?

Sugestão juíza:

J1: Refere-se ao cenário no momento em que a escala será aplicada?

Decisão: Por entendermos que o a escala poderá ser aplicada em momentos que o cenário das políticas públicas de saúde mental, seja diferente do atual, decidimos acatar a sugestão da juíza e modificamos a escrita do item.

Redação final do item: Do cenário das políticas públicas de saúde mental brasileiras?

Item 20. Da transversalidade das políticas públicas de saúde mental brasileiras?

Sugestões juízas:

J5: Intersetorialidade, como Rede Temática prioritária do SUS?

J7: Compreendo que a pergunta se refere ao alcance das políticas aos diferentes contextos de atuação

Decisão: Entendemos que era necessário explicitar onde esperávamos que houvesse a transversalidade das políticas públicas de saúde mental brasileiras, então modificamos a escrita do item.

Redação final do item: Da transversalidade das políticas públicas de saúde mental brasileiras nos diferentes contextos de atuação em saúde?

Dimensão: Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com a Lei n.º 10.216/2001, neste processo:

Item 64. Se discute a modalidade de internação involuntária?

Sugestões juízas:

J3: Adicionaria internação compulsória

J5: Modalidades de internação, não só involuntária

Decisões: Quando o conteúdo da Lei n.º 10.216/2001 foi analisado, compreendeu-se que o entendimento do que seria a modalidade de internação voluntária, como dependia da vontade do usuário, estava subentendido, mas percebemos que faltava este item na escala. Então optamos por incluir um item sobre o tema, na E-Mental.

Em relação a internação compulsória, como ela entendemos que esta modalidade é controversa e, em vários aspectos, não condizia com os preceitos do construto da pesquisa, naquele momento optou-se por não incluir este tipo de internação entre os itens. Porém, após observações das juízas, refletimos que, como é um aspecto de uma lei que foi possível de ser implementada pela intensa luta antimanicomial (que também usa o referencial teórico da reabilitação psicossocial), decidimos por incluir um item que contemplasse a demanda. Então, o item que gerou estas reflexões permaneceu na escala e um outro foi adicionado.

Também consideramos importante incluir um item sobre o direito do indivíduo de esclarecimento do porquê de sua internação.

Redação dos novos itens: Se discute a modalidade de internação voluntária?

Se discute a modalidade de internação compulsória?

Se discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de esclarecimento do porquê de sua indicação de internação?

Item 65. Se discute a necessidade de informar o responsável sobre os direitos do indivíduo?

Sugestão juíza:

J5: O usuário também precisa ser informado sobre seus direitos.

Decisão: Pensamos que esta noção estava implícita entre os itens, mas, após sugestão da juíza, e entendendo que o direito do usuário é central, resolvemos incluir um item contemplando esta questão.

Redação do novo item: Se discute a importância da necessidade de garantir os direitos do indivíduo?

Dimensão 4: Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com a Reabilitação Psicossocial, neste processo:

Item 72. Se discute sobre o ato de desinstitucionalizar ser capaz de restituir a subjetividade do indivíduo?

Sugestão juíza:

J5: No manicômio a subjetividade é prejudicada.

Decisões: Entendemos a pertinência da colocação da juíza, assim mais um item foi adicionado.

Redação final do item: Se discute o fato de o modelo manicomial diminuir a possibilidade de subjetivação do indivíduo?

Dimensão 4.1: Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo morar da Reabilitação Psicossocial, neste processo:

Item 83. Se discute o conceito de morar, como a possibilidade de criação de lugares onde se experimentam a liberdade?

Sugestões juízas:

J3: Trocaria morar por habitar.

J7: Habitar.

Decisões: Entendemos que o termo *habitar* era mais coerente, então modificamos a escrita do item.

Redação final do item: Se discute o conceito de habitar, como a possibilidade de criação de lugares onde se experimentam a liberdade?

Além destes, apresentados, outros 21 itens (1 da D1; 14 da D2; 3 da D4; 1 da D 4.1 e; 3 da D 4.3) com escores de 0,80 ou acima, foram retirados, por sugestões das juízas. Os motivos foram diversos: porque estavam contemplados em outros itens; porque tinham enfoque mais psiquiátrico do que psicossocial, então avaliavam o oposto da proposta da escala; por serem muito genéricos ao ensino geral de enfermagem, então não eram adequados para a avaliação no ensino na disciplina de saúde mental; por serem muito específicos e mais adequados à disciplinas de pós-graduação. Eles estão no quadro a seguir.

Quadro 4 - Dimensões e itens retirados com escores acima de 0,80

Dimensão 1: Pensando no processo ensino-aprendizagem de disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, e a sua interface com as *Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF) / 2001*, responda:

Item retirado: 15. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em hospitais especializados?

Dimensão 2: Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, este processo contempla a temática:

Item retirado: 23. Do reconhecimento do papel social do enfermeiro para atuar nas políticas públicas de saúde mental brasileiras?

Item retirado: 24. Das necessidades sociais da saúde mental, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS)?

Item retirado: 34. Dos conteúdos relacionados aos indivíduos que cometem infrações?

Item retirado: 35. Dos Serviços Hospitalares de Referência para atenção aos indivíduos que fazem uso álcool e outras drogas?

Item retirado: 36. Do trabalho em rede?

Item retirado: 37. Da Sistematização do Assistência de Enfermagem (SAE) nos serviços de saúde mental de base territorial?

Item retirado: 39. Da identificação dos determinantes de saúde da população?

Item retirado: 40. Do reconhecimento dos perfis epidemiológicos das populações?

Item retirado: 41. Da importância de ações socioeducativas em saúde mental?

Item retirado: 42. Da habilidade de se comunicar de maneira acessível?

Item retirado: 50. Das ações de prevenção de sofrimento?

Item retirado: 55. Da medicalização em saúde mental?

Item retirado: 59. Da tomada de decisão visando a eficácia das práticas de saúde mental?

Item retirado: 61. Do reconhecimento da saúde como direito?

Dimensão 4: Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com a Reabilitação Psicossocial, neste processo:

Item retirado: 67. Se instrui sobre ela ser a finalidade do atendimento em saúde mental?

Item retirado: 69. Discute o fato de a melhora das desabilidades permitir a equiparação de pessoas com e sem transtornos mentais?

Item retirado: 74. Se instrui sobre o fato de o modelo comunitário ser mais benéfico do que o manicomial?

Dimensão 4.1: Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo morar da Reabilitação Psicossocial, neste processo:

Item retirado: 86. Se discute o fato de o modelo manicomial diminuir a possibilidade de subjetivação dos indivíduos?

Dimensão 4.3: Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo trabalho/produzir e trocar mercadorias/valores da Reabilitação Psicossocial, neste processo:

Item retirado: 100. Se instrui sobre a ergoterapia ser o ato de desenvolver tarefas manuais ou físicas?

Item retirado: 105. Se discute o trabalho como um dos indicadores de funcionamento social do indivíduo?

Item retirado: 111. Se instrui sobre o dever do profissional de incentivar o comércio dos produtos de cooperativas de trabalho?

Ainda tiveram as sugestões das juízas que não foram acatadas, pois entendeu-se que os conteúdos analisados não pretendiam o que a juíza propunha, ou não consideramos pertinente, visto o objetivo da escala, o seu construto e os seus respondentes. Todo este processo resultou na versão final da escala E-Mental, com 96 itens, apresentada na sequência:

E-MENTAL

(Escala de avaliação da qualidade do ensino em disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica)

INSTRUÇÕES:

1. Sempre que o termo **indivíduo** for utilizado, trata-se de **pessoa com transtorno mental**;
2. Sempre que o termo **manicômio** for utilizado, trata-se de **hospital psiquiátrico**;
3. Sempre que o termo **profissional/profissionais** for utilizado, trata-se de **pessoa(s) que trabalha(m) em instituição que oferece cuidado à saúde mental do indivíduo**;
4. Sempre que o termo **serviço** for utilizado, trata-se de **local de atendimento à saúde mental do indivíduo**;
5. Sempre que o termo **responsável** for utilizado, trata-se de **familiar e/ou cuidador do indivíduo**;
6. Sempre que o termo **ergoterapia** for utilizado, trata-se de **execução de tarefas simples e manuais**;
7. Quando a sua resposta for **afirmativa**, marque **S (sim)** na coluna R;
8. Quando a sua resposta for **negativa**, marque **N (não)** na coluna R.

Pensando no processo ensino-aprendizagem de disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, e a sua interface com as <i>Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF) / 2001</i> , responda:	R
1. Este processo favorece a formação de um profissional crítico?	
2. Este processo favorece a formação de um profissional criativo?	
3. Este processo favorece a formação de um profissional reflexivo?	
4. Este processo favorece a formação de um profissional humanista?	
5. Este processo favorece a formação de um profissional apto para atender na diversidade?	
6. Este processo favorece a formação de um profissional com senso de responsabilidade social?	
7. Este processo favorece a formação de um profissional que tem a ciência como base para a sua atuação?	
8. Este processo favorece a formação de um profissional comprometido com a saúde integral dos indivíduos?	
9. Este processo favorece a formação de um profissional comprometido com a saúde da família dos indivíduos?	
10. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental?	
11. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental na comunidade?	
12. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental na rede básica de saúde?	
13. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em ambulatórios?	
14. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?	
15. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em enfermarias especializadas em hospitais gerais?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, este processo contempla a temática:	R
16. Do fenômeno da loucura nos diversos contextos históricos?	
17. Da luta antimanicomial brasileira como organização social democrática?	
18. Da reforma psiquiátrica brasileira?	
19. Das políticas públicas de saúde mental brasileiras decorrentes da luta antimanicomial?	
20. Do cenário das políticas públicas de saúde mental brasileiras?	
21. Da transversalidade das políticas públicas de saúde mental brasileiras nos diferentes contextos de atuação em saúde?	
22. Das práticas de saúde mental para atender os princípios da ética/bioética?	
23. Das estratégias de cuidado em saúde mental pautadas na desinstitucionalização?	

24. Da atuação do profissional nos diferentes cenários de prática?	
25. Da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?	
26. Dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?	
27. Da saúde mental na atenção básica à saúde?	
28. Das enfermarias especializadas em saúde mental em hospitais gerais?	
29. Dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)?	
30. Do Programa De Volta Para Casa (PVC)?	
31. Do uso de álcool e outras drogas?	
32. Da redução de danos na temática do uso de álcool e outras drogas?	
33. Do processo de cuidado em enfermagem em saúde mental?	
34. Da comunicação terapêutica?	
35. Do relacionamento terapêutico?	
36. Do exame psíquico?	
37. Dos principais transtornos mentais?	
38. Da habilidade de diagnosticar problemas de saúde mental?	
39. Das ações de promoção de saúde mental na atenção primária?	
40. Das técnicas de manejo da crise em saúde mental?	
41. Da atenção à urgência/emergência em saúde mental?	
42. Dos conteúdos relacionados aos psicofármacos?	
43. Das práticas de cuidado que utilizam abordagens não medicamentosas?	
44. Do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do indivíduo?	
45. Do trabalho interdisciplinar em saúde mental?	
46. Do trabalho multiprofissional em saúde mental?	
47. Da habilidade de liderança no trabalho em equipe de saúde mental?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com a Lei n.º 10.216/2001, neste processo:	R
48. Se discute a importância da necessidade de garantir os direitos do indivíduo?	
49. Se discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado pelos meios menos invasivos possíveis?	
50. Se discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários?	
51. Se discute a modalidade de internação voluntária?	
52. Se discute a modalidade de internação involuntária?	
53. Se discute a modalidade de internação compulsória?	
54. Se discute a necessidade de informar o indivíduo, sobre seu direito de esclarecimento do porquê de sua indicação de internação?	
55. Se discute a necessidade de informar o responsável sobre os direitos do indivíduo?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com a Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
56. Se discute sobre a importância da necessidade de restituir os direitos dos indivíduos quando eles não são respeitados?	
57. Se instrui sobre a reabilitação psicossocial objetivar a melhora das habilidades?	
58. Se discute sobre a promoção de autonomia como uma das funções dos serviços de saúde mental?	
59. Se discute sobre a necessidade de profissionais atuarem para que a subjetividade do indivíduo seja preservada?	
60. Se discute sobre o ato de desinstitucionalizar ser capaz de restituir a subjetividade do indivíduo?	
61. Se discute o fato de o modelo manicomial diminuir a possibilidade de subjetivação do indivíduo?	
62. Se discute sobre a existência de uma hegemonia manicomial?	
63. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais reproduzirem a cronicidade do transtorno mental?	
64. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais tratarem o indivíduo como depositário passivo de intervenções psiquiátricas?	
65. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais reproduzirem exclusões sociais?	

66. Se discute sobre o valor estratégico de serviços de base territorial na reabilitação psicossocial?	
67. Se discute sobre o estigma associado ao transtorno mental?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo morar da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
68. Se instrui sobre o fato de a moradia ser eixo estrutural da reabilitação psicossocial para a cidadania?	
69. Se instrui sobre o fato de a moradia ser fundamental para a qualidade de vida do indivíduo?	
70. Se discute que a casa, como propriedade, é direito do indivíduo?	
71. Se discute o conceito de habitar, como a possibilidade de criação de lugares onde se experimentam a liberdade?	
72. Se instrui sobre o fato de a intervenção profissional no local onde o indivíduo habita, sustenta a orientação de expulsão de seu lar?	
73. Se discute o fato de o modelo manicomial negar o ato de habitar o espaço e afirmar o ato de estar no espaço?	
74. Se discute o fato de tornar manicômios em lugares onde se vive, não garante a reabilitação psicossocial?	
75. Se instrui sobre a possibilidade de lançar mão de estratégias de morar em liberdade como alternativas ao manicômio?	
76. Se instrui sobre a preferência do indivíduo determinar as soluções habitacionais buscadas no processo de reabilitação psicossocial?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo rede social/troca de identidades da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
77. Se instrui sobre este eixo ser relacionado a um lugar onde há trocas sociais?	
78. Se instrui sobre o fato de que pela institucionalização pode haver a perda da rede de interações sociais?	
79. Se instrui sobre a intervenção na rede de interações sociais do indivíduo trazer efeitos benéficos à sua saúde mental?	
80. Se instrui sobre a família ser uma das redes de interações sociais do indivíduo?	
82. Se instrui sobre o dever dos profissionais de trabalharem para a reinserção social do indivíduo?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo trabalho/produzir e trocar mercadorias/valores da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
83. Se discute que o fortalecimento deste eixo possibilita ao sujeito exercer seu poder, por meio de trocas materiais?	
84. Se discute a necessidade de o indivíduo estar inserido em cenários de vidas reais, onde se trabalha-ganha-consome?	
85. Se discute o trabalho que gera renda como um modo de garantia de cidadania aos que trabalham?	
86. Se discute que o trabalho como recreação não favorece a reabilitação psicossocial?	
87. Se discute as diferenças entre trabalho e ergoterapia?	
88. Se instrui sobre o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que trabalho seja um modo de contenção?	
89. Se instrui sobre o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que trabalho seja um modo de exploração?	
90. Se discute o trabalho como elemento que pode valorizar a subjetividade do indivíduo?	
91. Se instrui sobre o papel profissional na busca da reabilitação psicossocial do indivíduo pela sua inserção no trabalho?	
92. Se discute a concepção de cooperativas de trabalho como sendo, ao mesmo tempo, tratamento e lugar de produção (no mercado)?	
93. Se discute a concepção de cooperativas de trabalho como lugares de promoção de autonomia?	
94. Se discute a inserção dos indivíduos nas cooperativas de trabalho, como um auxílio a sua reabilitação psicossocial?	
95. Se discute a possibilidade da inclusão social pelo trabalho por meio das cooperativas?	
96. Se discute o fato de que não integrar o indivíduo no trabalho pode levar ao seu isolamento social?	

Apesar de, para fins de levantamento de evidências de validade de conteúdo de uma escala a aplicação com juízes seja o suficiente, optou-se por testar a escala com professores de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de enfermagem brasileiros, para avaliar a sua aplicabilidade.

Aplicação do E-Mental com professoras de disciplinas de saúde mental/psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem brasileiros

Cinco professoras de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem convidadas, responderam à escala. Todas eram mulheres, professoras de IES públicas (federais e estaduais) e tinham idade entre 30 e 42 anos. Duas delas tinham experiência com alguma fase de construção/adaptação de instrumentos psicométricos. A Tabela 26 apresenta as respostas das professoras à versão final da E-Mental.

Sabemos que o número de respondentes é pequeno e que a análise não tem relevância estatística. Porém, neste momento o intuito do teste não foi o de produzir dados sobre a qualidade do ensino em saúde mental e psiquiatria e sim, o de avaliar a aplicabilidade, ver o que está claro ou não, as dificuldades dos respondentes, entre outras questões, para em um próximo estudo, poder ser readequada e submetida à validação de construto.

Tabela 26 - Respostas de professoras de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação brasileiros, à E-Mental. Brasil, 2019

(continua)

Item	P1	P2	P3	P4	P5
1	S	S	S	S	S
2	S	S	S	S	N
3	S	S	S	S	S
4	S	S	S	S	S
5	S	N	S	S	N
6	S	S	S	S	N
7	S	S	S	S	S
8	S	S	S	S	S
9	N	S	S	S	N
10	N	N	S	S	N
11	N	N	S	S	N
12	N	N	N	S	N
13	N	N	S	S	N
14	S	S	S	N	S
15	S	N	N	S	N
16	S	S	S	S	S
17	S	S	S	S	S
18	S	S	S	S	S
19	S	S	S	S	S
20	S	S	S	S	S
21	N	S	S	S	S
22	S	S	S	S	S
23	S	S	S	S	S
24	N	S	S	S	S
25	S	S	S	S	S
26	S	S	S	S	S

Tabela 26 - Respostas de professoras de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação brasileiros, à E-Mental. Brasil, 2019

(continuação)

Item	P1	P2	P3	P4	P5
27	N	S	S	S	S
28	S	S	S	S	S
29	N	S	S	S	S
30	S	S	S	S	S
31	S	S	S	S	S
32	S	S	S	S	S
33	S	S	S	S	S
34	S	S	S	S	S
35	S	S	S	S	S
36	S	S	S	S	S
37	S	S	S	S	S
38	S	S	S	S	S
39	S	S	S	S	S
40	S	S	S	S	S
41	S	S	S	S	S
42	S	S	S	S	S
43	S	S	S	S	S
44	S	S	S	S	S
45	N	S	S	S	S
46	S	S	S	S	S
47	S	S	N	S	S
48	S	S	S	S	S
49	S	N	N	S	S
50	S	S	S	S	S
51	S	N	S	S	S
52	S	N	S	S	S
53	S	N	S	S	S
54	S	N	S	S	S
55	S	N	N	S	S
56	S	N	S	S	S
57	S	S	S	S	S
58	S	S	S	S	S
59	S	S	S	S	S
60	S	S	S	S	S
61	S	S	S	S	S
62	S	S	S	S	S
63	S	S	S	S	S
64	S	S	S	S	S
65	S	S	S	S	S
66	S	S	S	S	S
67	S	S	S	S	S
68	S	S	S	S	S
69	S	S	S	S	S
70	S	S	N	S	S
71	S	S	S	S	S
72	S	S	N	S	S
73	S	S	S	S	S
74	S	S	S	S	S
75	S	S	S	S	S
76	S	N	S	S	S
77	S	S	S	S	S
78	S	S	S	S	S
79	S	S	S	S	S

Tabela 26 - Respostas de professoras de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação brasileiros, à E-Mental. Brasil, 2019

(continuação)

Item	P1	P2	P3	P4	P5
80	S	S	S	S	S
81	S	S	S	S	S
82	S	S	S	S	S
83	S	S	S	S	S
84	S	S	S	S	S
85	S	S	S	S	S
86	S	S	S	S	S
87	N	S	S	S	S
88	N	N	N	S	S
89	N	N	N	S	S
90	S	S	S	S	S
91	S	S	S	S	S
92	S	S	N	S	S
93	S	S	N	S	S
94	N	S	N	S	S
95	S	S	S	S	S
96	S	S	N	S	S

(conclusão)

Vale ressaltar que, como a escala é dicotomial, só são aceitas respostas afirmativas (Sim - S) ou negativas (Não - N). Quanto mais respostas afirmativas, mais próximo o processo ensino-aprendizagem estará do construto (reabilitação psicossocial). O total de itens da escala é de 96, ou seja, quando a escala for inteiramente respondida com S, pode-se dizer que, segundo o(a) professor(a) que respondeu a E-Mental, o ensino trabalha 100,00% na perspectiva da reabilitação psicossocial.

As respostas negativas foram destacadas na Tabela 6, para facilitar as suas localizações. Usamos as siglas P1, P2, P3, P4 e P5, indicando as respostas das professoras à escala (para preservar as suas identidades). A P1 teve 82 respostas afirmativas aos itens da E-Mental. Isto significa que o ensino neste curso atende 85,41% as premissas da reabilitação psicossocial. A P2 teve 80 respostas afirmativas aos itens da E-Mental, portanto, o ensino neste curso atende 83,33% as premissas da reabilitação psicossocial. A P3 teve 83 respostas afirmativas aos itens da E-Mental, demonstrando que o ensino neste curso atende 86,45% as premissas da reabilitação psicossocial. A P4 teve 95 respostas afirmativas aos itens da E-Mental, apresentando o maior índice (98,95%) que o ensino neste curso atende as premissas da reabilitação psicossocial. Já a P5 teve 87 respostas afirmativas aos itens da E-Mental, apontando que o ensino neste curso, atende 90,62% as premissas da reabilitação psicossocial.

Analisando a escala por dimensões, podemos observar que todas as professoras que responderam o instrumento, marcaram alguma resposta negativa na D1 (itens 1 a 15, na versão final da E-Mental), sendo 1 resposta N a mais baixa, e 9 respostas N, a mais alta. Na D2 (itens 16 a 47), 2 professoras preencheram alguma resposta negativa, sendo que 1 assinalou 1, e outra assinalou 5 vezes N. Na D3 (itens 48 a 55), 2 professoras preencheram alguma resposta negativa, sendo que 1 assinalou 2 vezes e a outra, 6 vezes. Na D4 (itens 56 a 67), nenhuma professora assinalou alguma resposta negativa. Na D4.1, 2 professoras marcaram alguma resposta negativa, sendo que uma respondeu N uma vez e, a outra, 2 vezes. Na D4.2 (itens 77 a 82), nenhuma professora assinalou alguma resposta negativa. Na D4.3 3 professoras responderam não (4, 2 e 6 vezes).

Além de responderem à E-Mental, também pedimos às professoras, que elas fizessem considerações sobre a escala, quando achassem pertinente. Das 5 professoras, 4 deram algum retorno sobre isto. São eles:

P1: “Nos itens 10, 11, 12, 13, 14 e 15 você diz estágio curricular supervisionado. Penso que usar o termo *práticas* seja mais abrangente, pois muitos cursos não têm estágios. Acho que você poderia pensar se esta escala não tem que ter múltiplas escolhas de resposta. Exemplo de escrita: Em que medida o processo-ensino aprendizagem contempla ... (opções de notas de 1 a 5), porque se fizer pouco, ou se tiver na ementa, o professor pode assinalar que faz. No Brasil adaptamos a Reabilitação Psicossocial do Saraceno, para a atenção psicossocial. Talvez você possa usar uma linguagem mais ministerial, do que a do Saraceno, que é mais rebuscada. O ministério faz um filtro da densidade teórica da Reab e torna isto mais acessível para que as pessoas consigam entender. O preenchimento da escala demorou em torno de 20 minutos”.

P2: “Com o seu material consigo reformular o projeto pedagógico do curso, que está desatualizado. Penso que você poderia acrescentar um item de preenchimento de carga horária da disciplina. Aqui temos muita dificuldade com isto, então o que fazemos não é estágio, é visita técnica em serviços de saúde mental. Está escrito que é estágio, mas não é. Nestes momentos, tentamos abordar as questões psicossociais, mas os alunos não se relacionam com os usuários. Eles apenas conhecem o serviço. Há muita discussão com a coordenação do curso sobre isto. A coordenação defende que a formação é generalista, e por isto pede que eu leve o aluno em qualquer unidade

de saúde, para cumprir a carga. Então, há o esforço constante do professor de tentar mostrar como é a atenção, porque a formação é generalista. Quando peço CH para coordenadora do curso, para fazer estágio, ela diz que eu tenho que ir em uma unidade de saúde, eu levo para um serviço de saúde mental. O seu instrumento me fez revisitar as diretrizes”.

P3: “Acho que você poderia reformular as perguntas, de forma a ter mais opções de respostas, tipo likert (sempre, as vezes, nunca), pois a opção sim ou não, nos tendencia a responder sim, pois somos docentes da área, e mesmo não falando sempre do assunto, respondemos sim. Entende? Muitas perguntas eu poderia, ao invés do sim, responder às vezes ou raramente, mas só tinha o sim como opção. Eu gostei do conteúdo das perguntas, pois envolve sim o essencial que devemos abordar, mas senti falta de perguntas sobre as atividades práticas da disciplina de saúde mental e psiquiatria, pois aqui não temos estágio nos serviços de saúde mental, mas temos práticas nas disciplinas, de 2 semanas, e isso seria interessante investigar também”.

P4: “Com este material dá para criar um currículo de Saúde Mental. Ele me fez ler as DCN/ENF também. Demorei de 15 a 20 minutos para responder”.

P5: Não deu feedback.

7.4.1 Discussões dos resultados da construção, levantamento de evidências de validade de conteúdo e aplicação da escala E-Mental

O extenso processo de construção da E-Mental foi essencial, pois resultou em uma escala com CVC acima da média necessária para se dizer que há evidências de validade de conteúdo. A imersão e aprofundamento nos materiais resultou em uma escala menos cansativa (de 115 para 96 itens) e que demanda menos tempo de resposta, o que é um ponto favorável, visto a agenda de trabalho cheia, que professores universitários têm.

Na etapa de validação de conteúdo do instrumento, 7,82% dos itens ficaram com notas abaixo do corte e, assim ou foram retirados do instrumento ou sofreram alterações linguísticas e estruturais, segundo avaliação dos membros do comitê de juízas. Isto melhorou o entendimento do item na aplicação com professoras.

Analisando a dimensionalidade da E-Mental, na fase de submissão da escala ao comitê de juízas, apesar de resultados diversos, vimos que a dimensão 4.3 foi a

mais problemática, com maior número de notas abaixo de 0,80 (8) e de notas limítrofes (5). Esta também foi a dimensão com menor CVC (0,69) e a que mais sofreu alterações estruturais. Ela foi a segunda maior em número de itens (atrás, apenas, da D2). As outras dimensões, exceto a 4.2 também sofreram alterações.

Entre os domínios avaliados, o mais problemático foi a clareza de linguagem, com 5 itens abaixo de 0,80 e três limítrofes. Este também foi o domínio com menos notas 1,00 (13). A pertinência prática teve 4 itens abaixo de 0,80, 2 limítrofes e 14 acima de 1,00. O domínio relevância teórica foi o melhor avaliado, entre os 3 e ficou com duas notas abaixo de 0,80, 1 limítrofe e 15 acima de 1,00.

As professoras não relataram dificuldade no preenchimento da escala, mas apontaram algumas questões. Uma delas era sobre os estágios curriculares (itens 10 a 15). Professoras relataram dificuldades em realizar estágios supervisionados, mas disseram realizar práticas em saúde mental, com os estudantes. Estágio curricular é aquele que se dá com a intencionalidade de inserir o estudante em situações de trabalho com um certo distanciamento docente para que ele possa adquirir capacidade e autonomia para a atuação profissional. Avaliadores do MEC indicam que, a existência de estágios curriculares que não atendem as DCN/ENF são fragilidades da organização didático-pedagógica de cursos de enfermagem, assim como aulas práticas que se limitam ao laboratório e visitas técnicas aos cenários de prática (Lopes Neto et al., 2007).

A decisão por perguntar por estágios supervisionados se deu, pois, as DCN/ENF/2001 trazem este termo, no seu texto (Brasil, 2001c). Sabe-se que as DCN/ENF/2001 versam sobre a totalidade do currículo de enfermagem, com enfoque na formação generalista, mas, esta demanda não contrapõe a necessidade de trabalhar as especificidades das disciplinas. A formação é um tecido complexo e, nele, as partes compõe o todo (Morin, 2000). Para o estudante se tornar um enfermeiro generalista, as especificidades das áreas devem constituir a totalidade da formação.

Sobre a carga horária da disciplina, entende-se que esta seja uma questão prioritária na discussão de qualidade do ensino, pois sabe-se que, por melhor que o currículo e o programa de ensino da disciplina sejam, sem tempo para abordar questões elementares, o ensino fica falho. Apesar disto, o objetivo do estudo foi o de construir uma escala de avaliação delimitada por balizas teóricas pré-estabelecidas e, nenhuma delas trouxe discussão sobre carga horária. Além disto, a escala tem um formato de medição estabelecido, que não comporta questões abertas. Isto não

deslegitima a importância de se verificar a carga horária, por isto, recomenda-se que estudos se aprofundem no tema.

Outra questão que surgiu foi sobre o formato de medição da escala. A pré-definição por uma escala dicotomial se deu pois, entendeu-se que ou as disciplinas abordam, ou não os assuntos relacionados aos materiais analisados. A sugestão que uma professora deu, sobre usar linguagem ministerial, pode ser testada em um próximo estudo juntamente com a mudança para práticas em saúde mental, nos itens que versam sobre estágios curriculares, e do formato de medição. Estes testes podem ou não servir de base para uma nova alteração da escala. Modificada, ou não, a escala está pronta para ser submetida à validação de construto. Nesta etapa, quando for feita a análise fatorial, itens inadequados ainda podem ser excluídos da escala. A seguir serão apresentadas as conclusões do estudo.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde 2016, o Brasil vem sofrendo com a extenuação de suas políticas públicas, inclusive em áreas prioritárias, como saúde e educação (ambos assuntos desta pesquisa). No setor da educação, o que em princípio se mostrou como um projeto de enfraquecimento deste campo (pelo contingenciamento de verbas públicas; incertezas que vão desde indefinições sobre a gestão do MEC à, instabilidade sobre a manutenção de fomentos à pesquisa; ameaça de perseguições à professores que usem a pedagogia de Paulo Freire, ou que se apoiarem no referencial teórico marxista e; retrocessos de cunhos diversos), adquiriu uma proporção que hoje podemos dizer que o projeto é de desmantelamento do Estado.

O programa governamental Future-se indica esta tendência. Com a justificativa de aumentar a autonomia administrativa das universidades federais (estas IES têm suas atividades prejudicadas com os bloqueios de orçamento), a proposta do governo é firmar parcerias entre universidades, União e as organizações sociais, com o objetivo de aumentar a autonomia administrativa das universidades federais e estimular as instituições a captarem recursos próprios, para auxiliar a sua manutenção. Além do movimento de privatizar a educação pública, ainda há o fortalecimento indiscriminado do setor privado, sem cautela quanto à qualidade do ensino e à universalidade e do acesso à educação. E é sabido que, se o sistema público de educação tem as suas fragilidades, o sistema privado não redime os problemas da educação pública.

Vários dados desta pesquisa refletem isto. Talvez, os que deixam esta questão mais evidente, é o que mostra que a maior parte das IES brasileiras é privada e, a maioria dos cursos de enfermagem, também é. Além disto, das 260.408 vagas em cursos de enfermagem no Brasil, apenas 9.243 são de IES públicas (o que representa apenas 3,54%). Das 251.165 vagas em cursos privados (96,45%), 80.908 (32,21%) são de cursos EAD, em um curso de natureza relacional e que tem como principal ferramenta de trabalho, o cuidado.

O maior conglomerado empresarial em educação privada do mundo, foi fundado no Brasil. Neste ano, a empresa dividiu-se em quatro outras, para ampliar seus serviços à educação e para atrair mais investimentos. Esta empresa tem mais 1,185 milhão de estudantes presenciais e 819 mil na modalidade de EAD (Amorim,

2018). Este ascendimento mostra o poder do serviço educacional privado, e o quanto o acesso universal à IES pública não é mais uma prioridade governamental. Isto se confirma com a fala do ex-ministro da educação (nomeado e retirado do cargo, em 2019), que afirmou que, “*a universidade não deve ser para todos, somente para os intelectuais*”.

Além desta diligência em fortalecer o ensino privado, a maior parte das IES e dos cursos de enfermagem estão na região mais rica do país, a Sudeste, ou seja, os locais mais deficientes de profissionais e de serviços educacionais não são prioridades em relação à abertura de IES.

É sabido que as IES públicas admitem mais professores em regime integral e que, estes, possuem maiores titulações, quando comparados aos professores do setor privado. Isto pode representar maior qualidade do ensino público. Sobre isto, este estudo mostrou que, os cursos públicos apresentaram melhor desempenho no ENADE e CPC, quando comparado à IES particulares, além da integralidade de turnos contra o fornecimento de aulas em apenas um turno, pelas IES privadas.

Também existem questionamentos com relação à qualidade da educação empregada pelo EAD que, por ser aplicada fora do ambiente palpável e observável de prática, coloca em xeque a confiabilidade da metodologia de formação, bem como a competência dos profissionais formados. Sobre isto, os dados das disciplinas de saúde mental e psiquiatria em cursos de graduação em enfermagem foram localizados nos sites dos cursos. Por isto, muitas informações não foram localizadas (o que indica que nem sempre os cursos deixam informações acessíveis para a população, em suas páginas). Apesar de algumas matrizes curriculares de cursos de graduação em enfermagem não estarem disponíveis *on-line*, os dados que foram incluídos no estudo, disponíveis em *websites* das instituições, podem não ser representativos da realidade do ensino. Por outro lado, as características deste tipo de estudo, que se limita à interpretação de dados secundários, também devem ser consideradas.

Averiguando-se as matrizes curriculares dos cursos de enfermagem brasileiros que as deixam disponíveis, percebeu-se que, os cursos presenciais disponibilizam mais disciplinas obrigatórias e optativas de saúde mental e psiquiatria, do que cursos EAD, assim como os públicos oferecem mais disciplinas (obrigatórias e optativas) do que os privados. Este comprometimento de currículos, com sucessivas aproximações

com o tema saúde mental, é mais um indicativo de maior qualidade do ensino público e presencial.

Ainda assim, outras questões, como preparo de docente; conteúdos; objetivos da disciplina; ementa; práticas e estágios em saúde mental; semestres em que as disciplinas ocorrem; carga horária teórica e prática; referências bibliográficas e plano de ensino devem ser objetos de análise, para que se possa traçar um panorama mais fiel do ensino de enfermagem psiquiátrica e em saúde mental nos cursos de graduação de enfermagem do Brasil. Vale lembrar que tentamos coletar estes dados, mas como tivemos poucas respostas de professores (apenas 18), usamos estes dados em outro estudo. Portanto, sugere-se que sejam feitos estudos mais completos sobre a caracterização do ensino em saúde mental e psiquiatria nos cursos de enfermagem no país. Talvez com mais tempo e com outras estratégias de coleta de dados, seja possível uma quantidade de dados mais abrangente.

Somado às questões educacionais, temos em curso no Brasil, o movimento antirreforma psiquiátrica, que pretende, não apenas retomar o paradigma de atendimento psiquiátrico do século passado (que mercantilizava a *loucura*), mas revitalizar o tratamento moral pineliano do século XIX, que tem o asilo, o trabalho e a moral, como cernes da intervenção psiquiátrica. Isto significa negar todo o avanço e as modificações paradigmáticas e estruturais do atendimento às pessoas com transtornos mentais, e reafirmar o tratamento alienista e positivo.

Estes retrocessos dão sinais há algum tempo. Desde 2016, ano em que esta tese ainda se tratava de um projeto de pesquisa, já se supunha que o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiatria era, em maior escala, pautado no paradigma psiquiátrico. Por isto surgiu o desejo de avaliar esta questão. Como não havia um instrumento padronizado para isto, decidiu-se criá-lo para poder fazer esta avaliação. Diversos autores relatam que a construção de uma escala é um longo processo. Por isto, esta pesquisa assume que a limitação de tempo não possibilitou a submissão da escala à validação de construto para a sua aplicação e, por conseguinte, a avaliação do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiatria em cursos de graduação de enfermagem brasileiros. Estes procedimentos devem ser feitos em um outro momento e, então, será possível entender mais profundamente qual é o panorama do ensino na área. Para isto, as mudanças na E-Mental, sugeridas por professoras de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação de

enfermagem, podem ser testadas antes de se finalizar o processo de validação da escala.

Sabemos que, mesmo que a escala tivesse sido aplicada, não se pode afirmar que o ensino acontece de forma X ou Y, apenas olhando para uma parte envolvida no processo ensino-aprendizagem, mas isto pode dar indicativos sobre como o ensino acontece. Assim, recomendamos que pesquisadores se dediquem à olhar para o ensino, também do ponto de vista do estudante e dos egressos (trabalhadores dos serviços de saúde mental).

Ainda que não esteja pronto para a aplicação, o instrumento criado já tem algumas funcionalidades. Uma delas é que atende à necessidade de criação de instrumentos próprios da enfermagem, na perspectiva da reabilitação psicossocial (o que é tema de discussão entre algumas pessoas da classe, que entendem que não existem teorias e diagnósticos de enfermagem, com enfoque psicossocial. A E-Mental pode servir de indicativo ou material de apoio para se pensar na elaboração destes materiais.

Outro uso que a escala já pode ter, é o de auxiliar na elaboração de planos de ensino de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, pois indica dimensões importantes para serem abordadas no ensino. Isto é importante, para que currículos sejam repensados, no sentido de atender às demandas do sistema saúde nacional, baseado em marcos teóricos-conceituais-normativos instituídos. Ou seja, o próprio instrumento, além de avaliar, pode servir de ferramenta de intervenção. Isto pode contribuir para que cursos e disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiatria possam se autoanalisar segundo as mudanças necessárias para seus próprios currículos.

Além disto, apenas a dimensão 1 da E-Mental é exclusiva para a enfermagem, então, se adaptada, ela pode auxiliar na avaliação de ensino de saúde mental, na perspectiva da reabilitação psicossocial e também pode auxiliar na elaboração de plano de ensino, em outros cursos. Este estudo se revela importante, pois é inédito do ponto de vista de avaliação de qualidade da disciplina de saúde mental e psiquiatria em cursos de enfermagem no Brasil, assumindo como teoria e construto, ideais progressistas e que contribuem para um sistema de saúde mais justo, que aceite as diferenças e preserve a dignidade da vida humana.

Este estudo apontou algumas fragilidade e fortalezas na formação em enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Para que o ensino seja coerente com as

políticas de saúde mental e que os cursos formem profissionais aptos para atuarem de acordo com as demandas do sistema público de saúde, é necessário que pesquisas se dediquem à temática. Assim, mudanças podem ser planejadas e implementadas, tanto pelos currículos de enfermagem, como pelo poder público (apesar de sabermos que, neste momento, a reabilitação psicossocial não é o foco da atenção em saúde mental, por parte do Ministério da Saúde).

Outra importância deste estudo é que, em um momento em que a educação, a saúde mental e a ciência estão tão em baixa na agenda governamental no país, fazer pesquisa (ciência) se aprofundando nestes temas, é uma maneira de resistir ao declínio da saúde, educação e ciência, pelas políticas conservadoras e neoliberais. Entendemos que educação, ciência e tecnologia são eixos prioritários de desenvolvimento de um país. E, mesmo que a agenda governamental não coloque os setores na posição de destaque que merecem, continuaremos nos dedicando nestes temas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

Abdullah F. The development of HEdPERF: a new measuring instrument os service quality for the higher education sector. *Int J Consum Stud*. 2006;30(6):569-81.

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem. Documento final da Reunião Nacional de Cursos e Escolas de Graduação em Enfermagem. Carta de Florianópolis. Florianópolis; 1999.

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem. Duração de cursos presenciais de bacharelado: considerações. Audiência Pública Convocada pela Câmara de Educação Superior – CES Conselho Nacional de Educação. Brasília: Ministério da Educação; 2003.

Alexandre NMC, Coluci MZO. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Cien Saude Colet*. 2011;16(7):3061-8.

Almeida R, Maia G. Qual a distribuição de carga horária dos cursos superiores no Brasil. *Nexo Jornal*. [Internet]. 2018 abr. 20. [citado 2019 dez. 5]. Disponível em: <https://www.nexojornal.com.br/grafico/2018/04/20/Qual-a-distribui%C3%A7%C3%A3o-de-carga-hor%C3%A1ria-dos-cursos-superiores-no-Brasil>

Amarante P. Paulo Amarante fala sobre retrocessos na política de saúde mental. [Entrevista a Bruno C. Dias] ABRASCO. Associação Brasileira de Saúde Coletiva. 40 anos ABRASCO. 2019 fev. 15. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/outras-noticias/sistemas-de-saude/paulo-amarante-fala-sobre-retrocessos-na-saude-mental/39546/>

Amarante P. Saúde mental, formação e crítica. Rio de Janeiro: Laps; 2008.

Amarante P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. *História, Ciências e Saúde - Manguinhos* I. 1994;(1):61-77.

Amorim L. O segredo para entender a queda dos grupos de ensino. Exame [Internet]. 2018 maio 15. [citado 2019 dez. 5]. Disponível em: <https://exame.abril.com.br/negocios/para-entender-a-queda-dos-grupos-de-ensino-olhe-para-2015/>

Anais do 15.º SENADEn - Seminário Nacional de Educação em Enfermagem no Brasil; 2016; Curitiba. Curitiba: ABEn-Seção Paraná; 2016.

Anais do 16.º SENADEn - Seminário Nacional de Educação em Enfermagem no Brasil; 2018; Florianópolis. Florianópolis: ABEn-Seção Santa Catarina; 2018.

Anais do 5.º SENADEn - Seminário Nacional de Educação em Enfermagem no Brasil; 2001; São Paulo. São Paulo: ABEn-Seção São Paulo; 2001.

Anais do 6.º SENADEn - Seminário Nacional de Educação em Enfermagem no Brasil; 2002; Teresina. Teresina: ABEn-Seção Piauí; 2002.

Anais do 8.º SENADEn - Seminário Nacional de Educação em Enfermagem no Brasil; 2004; Vitória. Vitória: ABEn-Seção Espírito Santo; 2004.

Anais do 9.º SENADEn - Seminário Nacional de Educação em Enfermagem no Brasil; 2005; Natal. Natal: ABEn-Seção Rio Grande do Norte; 2005.

Anastasi A, Urbina S. Testagem Psicológica. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.

Angulo-Gerardo LA, Valencia-Sauceda L. Aptitud clínica de estudiantes de enfermeira em la atención psiquiátrica: comparación dos estratégias educativas. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc 2008; 16(3): 135-144.

Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(3):441-9.

Arnold SS, Deans C, Munday J. University and services sector collaboration for undergraduate psychiatric nursing education. Int J Ment Health Nurs. 2004;13:61-6.

Avanci RC, Malaguti SE, Pedrão LJ. Authoritarianism and benevolence towards mental illness: study with students beginning a nursing program. Rev Lat Am Enfermagem. 2002;10(4):509-15.

Bagnato MHS, De Sordi MRL, Cocco MIM. Problematizando o novo currículo mínimo de enfermagem: desafios e possibilidades. Campinas: Pró-Posições; 1997.

Bagnato MHS, Rodrigues RM. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. Rev Bras Enferm, Brasília 2007 set-out; 60(5): 507-12.

Banco Central do Brasil - BCB. A Economia Brasileira: Boletim do Banco Central do Brasil – Relatório Anual 2012. [Internet]. Brasília; 2012. [citado 2019 dez. 5]. Disponível em: <https://www.bcb.gov.br/pec/boletim/banual2012/rel2012cap1p.pdf>

Barbosa TSC, Baptista SS. Movimento de expansão dos cursos superiores de enfermagem na região centro-oeste do Brasil: uma perspectiva histórica. Rev Eletr Enf [Internet]. 2008;10(4):945-56. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a07.htm>.

- Barreyro GB, Aureliano AF. Características dos ingressantes de universidades públicas do estado de São Paulo: Novos Campi, velhas desigualdades. *Educere et Educare – Revista de Educação*. 2010;5(10).
- Barros DD. A desinstitucionalização é desospitalização ou desconstrução? *Rev Ter Ocup Univ São Paulo*. 1990; 1(1/2):101-6.
- Barros S, Bichaff R. Desafios para a desinstitucionalização: censo psicossocial dos moradores em hospitais psiquiátricos do Estado de São Paulo. São Paulo: FUNDAP; 2008.
- Barros S, Claro HG. Processo ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. *Rev Esc Enferm USP*. 2011; 45(3):700-7.
- Barros S, Lucchese R. Problematizando o processo ensino-aprendizagem em enfermagem em saúde mental. *Trab Educ Saúde*. 2006;4(2):337-54.
- Barros S, Salles M. Gestão da atenção à saúde mental no Sistema Único de Saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2011;45(esp. 2):1780-5.
- Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. São Paulo: Cabral; 2001.
- Barros S. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice [tese]. São Paulo: - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.
- Beaton D, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz M. Guidelines for the Process of Cross-Cultural Adaptation of Self-Report Measures. *Spine*. 2000;25(24):3186-91.
- Benevides, M. G.; Amorim, R. F. D.; Rego, E. C. Educação em direitos Humanos e Ensino Superior: uma análise do currículo e da formação docente nas licenciaturas do Instituto Federal do Ceará. *Contexto & Educação*. 2018;33(104):291-322.
- Bertagna RH, De Sordi MRL Avaliação educacional: um campo em movimento e disputa. *Cad CEDES*. 2016;36(99):129-33.
- Bertolote JM. Em busca de uma identidade para a reabilitação psicossocial. In: Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 155-8.
- Bezerra Júnior B. Desafios da Reforma Psiquiátrica no Brasil. *PHYSIS: Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(2):243-50.

Borsa JC, Damasio BF, Bandeira DR. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. *Paidéia* (Ribeirão Preto). 2012;22(53):423-32.

Braga VAB, Silva GB. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará: a realidade que se esboça. *Rev Lat Am Enfermagem*. Ribeirão Preto, 2000;8(1)13-21.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 2.891, de 3 de setembro de 2015. Altera a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que regulamenta o exercício da enfermagem, para nela incluir a obrigatoriedade de formação exclusivamente em cursos presenciais para os profissionais da área". Brasília, 2015.

Brasil. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei 3.657, de 12 de setembro de 1989. Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória. Brasília, 12 set. 1989.

Brasil. Conselho Federal de Educação. Parecer n.º 271, de 19 de setembro de 1962. Currículo do Curso de Enfermagem. Documenta. Brasília, 1962.

Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 287, de 8 de outubro de 1998. Relaciona categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação do CNS. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1998.

Brasil. Constituição, 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado; 1988.

Brasil. Decreto n.º 16.300/23, de 31 de dezembro de 1923. Aprova o regulamento do Departamento Nacional de Saúde Pública. *Coleção de Leis do Brasil (CLBR)*, Rio de Janeiro, 1923.

Brasil. Decreto n.º 27.426, de 14 de novembro de 1949. Aprova o Regulamento básico para os cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem. *Diário Oficial da União*, Brasília, 19 nov. 1949a.

Brasil. Decreto n.º 5.622, de 19 de dezembro de 2005. Regulamenta o art. 80 da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. *Diário Oficial da União*, 20 dez. 2005a.

Brasil. Decreto n.º 5.773, de 9 de maio de 2006. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. *Diário Oficial da União*, Brasília, 10 maio 2006a.

Brasil. Decreto n.º 5.786, de 24 de maio de 2006. Dispõe sobre os centros universitários e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 26 maio 2006b.

Brasil. Decreto n.º 6.303, de 12 de dezembro de 2007. Altera dispositivos dos Decretos nos 5.622, de 19 de dezembro de 2005, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e 5.773, de 9 de maio de 2006, que dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. Diário Oficial da União, Brasília, 2007a

Brasil. Decreto n.º 6.861, de 27 de maio de 2009. Dispõe sobre a Educação Escolar Indígena, define sua organização em territórios etnoeducacionais, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 28 maio 2009.

Brasil. Decreto n.º 8.142, de 21 de novembro de 2013. Altera o Decreto n.º 5.773, de 9 de maio de 2006. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 22 nov. 2013b.

Brasil. Decreto n.º 8.754, de 10 de maio de 2016. Altera o Decreto n.º 5.773, de 9 de maio de 2006, que dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação de instituições de educação superior e cursos superiores de graduação e sequenciais no sistema federal de ensino. Brasília 2016a.

Brasil. Decreto n.º 9.057, de 25 de maio de 2017. Regulamenta o art. 80 da Lei n.º 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 26 maio 2017a.

Brasil. Decreto n.º 9.235, de 15 de dezembro de 2017. Dispõe sobre o exercício das funções de regulação, supervisão e avaliação das instituições de educação superior e dos cursos superiores de graduação e de pós-graduação no sistema federal de ensino. Diário Oficial da União, Brasília, 18 dez. 2017b.

Brasil. Decreto n.º 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 9 jun. 1987.

Brasil. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada Secretaria Nacional de Políticas sobre Drogas. Ministério da Justiça. Perfil das Comunidades Terapêuticas no Brasil. [Internet]. Brasília; [s.d.]. [citado 2019 dez. 5]. Disponível em: Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/sites/comunidades-terapeuticas>

Brasil. Itamaraty. Ministério das Relações Exteriores. Divisão de Temas Educacionais. [Internet]. Brasília; 2008. [citado 2019 dez. 5]. Disponível em: http://www.dce.mre.gov.br/nomenclatura_cursos.html

Brasil. Lei n.º 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 10 jan. 2001a

Brasil. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 20 set. 1990a.

Brasil. Lei n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 31 dez. 1990b.

Brasil. Lei n.º 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da União, Brasília, 9 abr. 2001b.

Brasil. Lei n.º 10.708, de 31 de julho de 2003. Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações. Diário Oficial da União, Brasília, 1 ago. 2003.

Brasil. Lei n.º 10.861, de 14 de abril de 2004. Institui o Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES e dá outras Providências. Diário Oficial da União, Brasília, 15 abr. 2004a.

Brasil. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 jun. 1986a.

Brasil. Lei n.º 775, de 5 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 13 ago. 1949b.

Brasil. Ministério da Educação do Desporto. Portaria n.º 1.721, de 15 de dezembro de 1994. Diário Oficial da União, Brasília, 16 dez. 1994.

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília; 2004c. Disponível em:
http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2004/pces329_04.pdf

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Retificação do Parecer CNE/CES n.º 329/2004, referente à carga horária mínima dos cursos de graduação, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília; 2006c

Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Resolução CNE/CES n. 3, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem [legislação na Internet]. Brasília; 2001c.

Brasil. Ministério da Educação. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Diário Oficial da União, Brasília, 23 dez. 1996. Seção 1, p. 833-41.

Brasil. Ministério da Educação. MEC lança programa para aumentar a autonomia financeira de universidades e institutos. [Internet]. Brasília; 2019a [atualizado 2019 jul. 17; citado 2019 dez. 5]. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/component/content/index.php?option=com_content&view=article&id=78211:mec-lanca-programa-para-aumentar-a-autonomia-financeira-de-universidades-e-institutos&catid=212&Itemid=86Brasil.

Brasil. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES n.º 213, de 9 de outubro de 2008. Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, bacharelados, na modalidade presencial. Brasília, 2008b. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/2008/pces213_08.pdf

Brasil. Ministério da Educação. Portaria n.º 4.059, de 10 de dezembro de 2004. Diário Oficial da União, Brasília, 13 dez. 2004b, Seção 1, p. 34.

Brasil. Ministério da Educação. Portaria normativa n.º 40, de 12 de dezembro de 2007. Institui o e-MEC, sistema eletrônico de fluxo de trabalho e gerenciamento de informações relativas aos processos de regulação da educação superior no sistema federal de educação. Diário Oficial da União, Brasília, 29 dez. 2011a.

Brasil. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Ministério da Saúde. Ministério do Desenvolvimento Social e do Trabalho. Portaria Interministerial n.º 2, de 21 de dezembro de 2017. Institui o Comitê Gestor Interministerial, espaço permanente para articulação e integração de programas e de ações voltados à prevenção, à formação, à pesquisa, ao cuidado e à reinserção social de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, como estratégia de transversalidade. Diário Oficial da União, Brasília, 22 dez. 2017c.

Brasil. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Brasília; 2016b.

Brasil. Ministério da Saúde. Comunidades Terapêuticas: Governo amplia acolhimento para dependentes químicos. [Internet]. Brasília; 2018a. 9 out. 14. [citado 2019 dez. 5]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/44488-governo-amplia-acolhimento-para-dependentes-quimicos-comunidades-terapeuticas>

Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Ministério da Saúde não autoriza CNS a se manifestar em reunião e muda Política de Saúde Mental. [Internet]. Brasília; 2017d dez. 14. [atualizado 2019 maio 16; citado 2019 dez. 5]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas-noticias-cns/556-ministerio-da-saude-nao-autoriza-cns-a-se-manifestar-em-reuniao-e-muda-politica-de-saude-mental>

Brasil. Ministério da Saúde. Fundação Serviços de Saúde Pública. Enfermagem: legislação e assuntos correlatos. 3 ed. Rio de Janeiro; 1974.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 2.434, de 15 de agosto de 2018. Altera a Portaria de Consolidação n.º 6/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, para reajustar o valor das diárias de internação hospitalar acima de 90 (noventa) dias do Incentivo para Internação nos Hospitais Psiquiátricos. Diário Oficial da União, Brasília, 2018b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, 26 dez. 2011b.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.588, de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e n.º 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 2017e.

Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 3.659, de 14 de novembro de 2018. Suspende o repasse do recurso financeiro destinado ao incentivo de custeio mensal de Centros de Atenção Psicossocial, Serviços Residenciais Terapêuticos, Unidades de Acolhimento e de Leitos de Saúde Mental em Hospital Geral, integrantes da Rede de Atenção Psicossocial, por ausência de registros de procedimentos nos sistemas de informação do SUS. Diário Oficial da União, Brasília, 2018c.

Brasil. Ministério da Saúde. Relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde. Brasília; 1986b.

Brasil. Ministério da Saúde. Resolução n.º 32, de 14 de dezembro de 2017. Estabelece as Diretrizes para o Fortalecimento da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Diário Oficial da União, Brasília, 22 dez. 2017f.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Relatório de Gestão SAS: quadriênio 1998-2001. 2 ed. Brasília; 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas em Saúde. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, Ministério da Saúde, 2005b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada e Temática. Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios: orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA Brasília: Ministério da Saúde; 2015b. 44 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Nota Técnica n.º 11/2019 CGMDA/DAPES/SAS/MS. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Brasília, 2019b.

Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Único de Saúde. Portal da Saúde. O que é Reforma Psiquiátrica? [Internet]. Brasília; 2011c.

Brasil. Portal SiedSup [Internet]. Brasília: Ministério da Educação [atualizado 2007 jan. 20, citado 2019 jan. 20]. Ensino superior: cursos e instituições. 2007b

Calleguillos TGB. Avaliação da Educação Superior de Enfermagem na perspectiva da Comissão Assessora de Avaliação para Enfermagem – INEP [tese]. São Paulo: Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, 2007.

Camarini AIL, Barros S, Pinto AC. Caracterização das disciplinas de saúde mental e psiquiátrica de cursos de enfermagem brasileiros. Trabalho de Iniciação Científica (IC) apresentado ao Programa Unificado de Bolsas (PUB), em agosto de 2019.

Campos GWS. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. Ciênc saúde coletiva [online]. 2000;5(2):219-30.

Campos RO, Furtado JP, organizadores. Desafios da avaliação de programas e serviços de saúde. Campinas: Editora Unicamp; 2011.

Campoy MA, Merighi MAB, Stefanelli MC. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(2):165-72.

Carneiro LA, Porto CC. Saúde mental nos cursos de graduação: interfaces com as diretrizes curriculares nacionais e com a reforma psiquiátrica. Cadernos Brasileiros de Saúde Mental. 2014;6(14):150-67.

Cassepp-Borges V, Balbinotti MA, Teodoro MLM. Tradução e validação de conteúdo: uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: Pasquali L, et al. Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas. Porto Alegre: Artmed; 2010. p. 506-20.

Cavalcante JF. Educação superior : conceitos, definições e classificações Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais; 2000.

Ceccin RB, Feuerwerker LCM. Mudanças na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cad Saude Publica. 2004;20(5):1400-10.

CFP - Conselho Federal de Psicologia São Paulo. Portal da Transparência. Manifestação do CRP SP contra o investimento do SUS nas comunidades terapêuticas. [Internet]. 2011. [citado 2019 dez. 5]. Disponível em:

<https://transparencia.cfp.org.br/crp06/legislacao/manifestacao-do-crp-sp-contr-o-investimento-do-sus-nas-comunidades-terapeuticas/>

Chauí M. A universidade pública sob nova perspectiva. *Revista Brasileira de Educação*. 2003;(24):5-15.

Clinton M, Hazelton C. Scoping mental health nursing education. *Aust N Z J Ment Health Nurs*. 2000;9:2-10.

Cohen RJ, Struening, E.L. Opinions about mental illness in the personnel os two large mental hospitals. *Journal of Abnormal Society Psychology*. 1962;65(5):349-60.

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Cofen não aceita retrocesso em saúde mental. [Internet]. Brasília; 2017. [citado 2019 dez. 5]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/cofen-nao-aceita-o-retrocesso-na-saude-mental_59609.html

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. Enfermeiros são contra cursos a distância de enfermagem. [Internet]. Brasília; 2018. [atualizado 2018 maio. 18; citado 2019 dez. 5]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/enfermeiros-sao-contr-a-cursos-a-distancia-de-enfermagem_62939.html

Conselho Federal de Enfermagem - COFEN. PESQUISA inédita traça perfil da enfermagem. [Internet]. Brasília; 2015. [atualizado 2015 maio 6; citado 2019 dez. 5]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html

Costa FJ. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna; 2011.

Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. Em: Amarante P, organizador. *Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial*. Rio de Janeiro: Nau; 2003.

Costa-Rosa A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: Amarante P, organizador. *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2000. p. 141-68.

Crivaro ET, Almeida ISD, Souza IEDO. O cuidar humano: articulando a produção acadêmica de enfermagem ao cuidado e ao cuidador. *Rev Enferm UERJ*. 2007;15(2):248-54.

Cronin JJ, Taylor SA. SERVPERF versus SERVQUAL: reconciling performance-based and perceptions-minus-expectations measurement of service. *Quality Journal of Marketing*. 1994;58(1):125-31.

Crowe MT, O'Malley JO. Teaching critical reflexion skills for advanced mental health nursing practice: a deconstructive-reconstructive approach. *J Adv Nurs*. 2006 Oct;56(1):79-87.

De Leonardis O. Deintituzionalizzazione come innovazione – il ciclo dela politica psichiatrica. In: Donolo C, Fichera F, editores. *Le vie dell'innovazione*. 1986.

De Leonardis O. *Il terzo escluso: le istituzioni come vincoli e come risorse*. Milano: Feltrinelli; 1990. p. 68.

De Sordi MRL, Malavazi MMS. As duas faces da avaliação: da realidade à utopia. *Revista de Educação PUC-Campinas*. 2004;17:105-15.

De Sordi MRL. Os efeitos da avaliação institucional sobre o ensino de graduação. In: *Anais do 7.º Fórum Nacional de Pró-Reitores de Graduação das Universidades Brasileiras*, 1994, Fortaleza. Fortaleza, 1994.

Devellis RF. *Scale development: theory and applications*. 4 ed. Newbury Park CA: Sage Publications; 2017.

Dicio - Dicionário Online de Português [Internet]. Porto: 7Graus, 2019. Pluralidade [citado 2019 dez. 4]. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/pluralidade/>

E-MEC - Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Ensino Superior (Cadastro e-MEC). [Internet]. Brasília; 2017. [citado 2019 dez. 5]. Disponível em: <http://emec.mec.gov.br/>

Fernandes JD, Rebouças LC. Uma década de diretrizes curriculares nacionais para a graduação em enfermagem: avanços e desafios. *Rev Bras Enferm*. 2013;66(Esp.):95-101.

Fernandes JD, Sadigursky D, Silva RMO, Amorim AB, Teixeira GAS, Araújo MCF. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(4):962-8.

Fernandes JD. Diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem e Projetos Políticos Pedagógicos. In: Teixeira E, Vale EG, Fernandes JD, Sordi MRL, organizadores. *O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã*. Brasília: MEC/INEP; 2006.

Fernandes JD. *O ensino da enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil* [dissertação]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 1982. 111 p.

Figueiredo ESA. Reforma do ensino superior no Brasil: um olhar a partir da história. *Revista da UFG*. 2005;7(2).

Firmino RLBM, Ignatti C, Maia FC, Rosa MR, Bacaicoa MH, Ortolani S. Saúde Mental e a Teoria de Peplau uma influência essencial. Unisepe. Registro, 2018.

Foucault M. História da Loucura. 9 ed. São Paulo: Perspectiva; 2012.

Furr RM, Bacharach VR. Psychometrics: An Introduction. 3 ed. London: Sage Publications; 2018.

Furr RM. Scale Construction and Psychometrics for Social and Personality Psychology. London: Sage Publications; 2011.

Garay M. La importancia de la transversalidad de la formación em Salud Mental em la currícula de la Licenciatura em Enfermería. In: Resumen de la XII Conferencia Iberoamericana de Educación em Enfermería convocada por la Asociación Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería (ALADEFE); 2013; Montevideo. Montevideo; 2013.

Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 5 ed. São Paulo: Atlas; 2010.

Gile FL, Klose PME, Birger J. Critical clinical competencies in undergraduate psychiatric-mental health nursing. J Nurs Educ. 2007 Nov;46(11):522-6.

Goudouris ES, Giannella TR, Struchiner M. Tecnologias de Informação e Comunicação e Ensino Semipresencial na Educação Médica. Rev Bras Educ Med. 2013;37(3):396-407.

Guise V, Chambers M, Valimaki M. What can virtual patient simulation offer mental health nursing education? J Psychiatr Ment Health Nurs. 2012;19:410-18.

Gupta P, Kaushik N. Dimensions of service quality in higher education - critical review (students' perspective). International Journal of Educational Management 2018;32(2).

Hair JF, Black WC, Babin, BJ. Análise multivariada dos dados. 6 ed. Porto Alegre: Bookman; 2009. 688 p.

Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM). Los Angeles: SAGE; 2014.

Happel B, Robins A, Gouch K. Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students: part 1- does more theory help? J Psychiatr Ment Health Nurs. 2008;15(6):439-46.

Happel B. Changing their minds: using clinical experience to “convert” undergraduate nursing students to psychiatric nursing. Int J Psychiatr Nurs Res. 2009.

Happel B. Psychiatric/Mental Health Nursing Education in Victoria, Australia: Barriers to Specialization. *Arch Psychiatr Nurs*. 2006;20(2):76-81.

Ho SK, Wearn K. A higher education TQM excellence model: HETQMEX. *Quality Assurance in Education*. 1996;4(2):35-42.

Holmes, C. The slow death of psychiatric nursing: what next? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2006;13:401-5.

Hutz CS, Bandeira DR, Trentini CM, editors. *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed; 2015.

Hyrkas K, Appelqvist-Schmidlechner K, Oksa L. Validating an instrument for clinical supervision using an expert panel. *Int J Nurs Stud*. 2003;40:619-25.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Área da unidade territorial do Pará. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. PIBs dos estados brasileiros em R\$. 2016a.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada para o estado de Santa Catarina. 2018a.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada para o estado do Pará. 2018b.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada para o estado de Roraima. 2018c.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População estimada para o estado do Amazonas. 2018.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais uma análise das condições de vida da população brasileira. 2016b.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Tabela 1 – Produto Interno Bruto das Grandes Regiões e Unidades de Federação – 2002- 2012.

Ibrahim MZ, Rahman MN, Yasin RM. “Assessing students perceptions of service quality in technical educational and vocational training (TEVT) institution in Malaysia”. *Procedia Social and Behavioral Sciences*. 2012;56(2012):272-83.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira. Nota Técnica Daes/Inep n.º 57/2015. Cálculo do Conceito Enade 2014. Brasília, 27 out. 2015.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira. Resumo técnico do Censo da educação superior 2017 [recurso eletrônico]. Brasília: INEP; 2017.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira. Ministério da Educação. Censo da educação superior 2017 divulgação dos principais resultados. Número médio de anos de estudo da população de 18 a 29 anos de idade – 2017. Brasília: INEP; 2018.

INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Anísio Teixeira. Resumo Técnico do Censo da Educação Superior 2017 [recurso eletrônico]. Brasília: INEP; 2019.

Infante N. La enseñanza de enfermeira em psiquiatria y salud mental em Colombia. *Educ Med Salud*. 1978;12(2).

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE. Produto Interno Bruto - PIB. [Internet]. Brasília; 2018. [citado 2019 dez. 5]. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/explica/pib.php>

Kantorski LP, Silva GB. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental-um olhar a partir dos programas das disciplinas. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2000.8(6):37-43.

Kenski VM. Tecnologias e ensino presencial e a distância. São Paulo: Papirus; 2008.

Keszei A, Novak M, Streiner DL. Introduction to health measurement scales. *J Psychosom Res*. 2010;68(4):319-323.

Kinoshita R T. O outro da reforma: contribuições da teoria da autopeiose para a problemática da cronicidade no contexto das reformas psiquiátricas [Tese] – Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 2000.

Klarić S, Kulašin DŽ. Konstrukcija heduqual instrumenta za mjerenje glavnih faktora usluge visokog obrazovanja u B&H, 7. Naučno-stručni skup sa međunarodnim učešćem "KVALITET 2011". 2011:821-8.

Konder L. O que é dialética. São Paulo: Brasiliense; 1981.

Kosik K. Dialética do concreto. 6 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1995.

Lavoura TN, Martins LM. A dialética do ensino e da aprendizagem na atividade pedagógica histórico-crítica. *Interface (Botucatu)*. 2017; 21(62):531-41.

Lazzari DD, Silva GG, Espíndola DS, Martini JG, Backes VMS, Busana JA. Formação Inicial de professores na Enfermagem, Fisioterapia e Odontologia. *Sau Transf Soc*. 2015;6(3):118-28.

Lefebvre H. *Lógica da dialética*. 5 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1991.

Lemos KCS, Miranda GJ. Alto e baixo desempenho no ENADE: Que variáveis explicam? *Revista Ambiente Contábil*. 2015;7(2).

Likert R. A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*. 1932;(140):44-53.

Lopes LMM, Santos SMP. Florence Nightingale: Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Rev Enf Ref, Coimbra*. 2010;2:181-9.

Lopes MMR, Real GCM, Bagnato MHS. A percepção de egressos sobre as transformações curriculares ocorridas no curso de graduação em enfermagem. *Educação Temática Digital (ETD)*. 2012;14(2).

Lopes Neto D, Teixeira E, Vale EG, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD, et al. Aderência dos cursos de graduação em enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. *Rev Bras Enferm* 2007;60(6):627-34.

Lopes Neto, D, Teixeira E, Vale EG, Scarpar F, Cunha FS, Xavier IM, Fernandes JD, et al. Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem. *Rev Bras Enferm*, 2008;61(1):46-53.

Lucchese R, Barros S. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(1):152-60.

Lukács G. *Existencialismo ou marxismo*. São Paulo: Ciências Humanas; 1979.

Lussi IA, Pereira MA, Pereira Junior A. The proposal of Saracen's psychosocial rehabilitation: is it a model of self-organization? *Rev Lat Am Enfermagem*. 2006;14(3):448-56.

Madianos MG, Priami M, Alevisopoulos G, Koukia E, Rogakou E. Nursing Student's attitude change toward mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. *Issues Ment Health Nurs*. 2005 Feb-Mar;26(2):169-83.

Maftum MA, Alencastre MB. A prática e o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Brasil. *Cogitare Enfermagem*. 2002;7(1):61-7.

Maftum MA. *O Ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná [tese]*. Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2004.

Malvarez S. *Enseñansa de la enfermería en Salud Mental en las Escuelas Universitarias de América Latina [tese]*. Córdoba (AR): Universidade Nacional de Córdoba; 2006.

- Manfreda ML, Krampitz SD. Psychiatric nursing. 10th ed. Philadelphia: Davis; 1977. The history of psychiatric and psychiatric nursing. p. 31-52.
- Mattah PAD, Menash J, Kwarteng AJ. Indicators of service quality and satisfaction among graduating students of a higher education institution (HEI) in Ghana. Higher Education Evaluation and Development. 2018;12(1):36-52.
- Medeiros KRD, Machado HDOP, Albuquerque PCD, Gurgel Junior GD. O Sistema de Informação em Saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. Cien Saude Colet. 2005;0(2):433-40.
- Medeiros M, Tipple ACV, Munari DB. A expansão das escolas de enfermagem no Brasil na primeira metade do século XX. Rev Elet Enf. 2008;10(1).
- Mello e Souza MCB. O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica /Saúde Mental: avanços, limites e desafio. SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. 2016 jul.-set.;12(3):139-46.
- Messick S. Validity. In: Linn RL, editor. Educational measurement. 3rd ed. New York: Macmillan; 1989. p.13-103.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2004.
- Miranda CL. O parentesco imaginário: história e representação social da loucura nas relações do espaço asilar. São Paulo: Cortez; 1994.
- Morais C. Descrição, análise e interpretação de informação quantitativa: Escalas de medida, estatística descritiva e inferência estatística. Instituto Politécnico de Bragança, Escola Superior de Educação; 2010.
- Morin E. O paradigma da complexidade. In: Morin E, Le Moigne JL. A inteligência da complexidade. São Paulo; Petrópolis; 2000.
- Moxham L, Mccann T, Usher K, Farrell G, Crookes P. Mental health nursing education in preregistration nursing curricula: a national report. Int J Ment Health Nurs. 2011;20(4):232-6.
- Munari DB, Godoy MTH, Esperidião E. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. Esc Anna Nery. 2006;10(4):684-93.
- Napoletano MA. The effects of academic instruction in psychology on student nurses' attitudes toward mental illness. Teaching of Psychology. 1981; 8(1):22-4.

Nunes CHSS, Primi R. Aspectos técnicos e conceituais da ficha de avaliação dos testes psicológicos. In: Conselho Federal de Psicologia, organizador. Avaliação psicológica: diretrizes na regulamentação da profissão. Brasília: CFP; 2010. p.101-27.

Observatório de Análise Política em Saúde – OAPS. Centro de Documentação Análise Política em Saúde. Boletim Projeto Análise de Políticas Públicas no Brasil (2013/2017). Mudanças na Política Nacional de Saúde Mental: participação social atropelada, de novo. Ano 4. n°15, fev-2018.

Oliveira AGB, Alessi NP. O trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais. Rev Lat Am Enfermagem. 2003;11(3):333-40.

Oliveira J, Teixeira SMF. (Im)Previdência Social: 60 anos de história da Previdência no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes/Abrasco; 1986.

Olschowski A, Barros S. A graduação em enfermagem: aprendendo a aprender a reforma psiquiátrica brasileira. Rev Esc Enferm USP. 1999;33(4):377-83.

Olschowski A. O ensino de enfermagem psiquiátrica e de Saúde Mental: Análise da Pós-Graduação “Lato-Sensu” [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2001.

Owlia M, Aspinwall E. A Framework for the Dimensions of Quality in Higher Education. Quality Assurance in Education. 1996;4(2):12-20.

Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. Refinement and Reassessment of the SERVQUAL scale. Journal of Retailing. 1991;67(4):420-50.

Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. Journal of Retailing. 1988;6(41):12-40.

Pasquali L, organizador. Psicometria. 2. ed. São Paulo: Vozes; 2003.

Pasquali L. Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas. 1 ed. Porto Alegre: Artmed; 2010.

Pasquali L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. Rev Psiq Clin 1998; 25(5):206-13.

Pasquali L. Psicometria. Rev Esc Enferm USP. 2009;43(esp.):992-9.

Pasquali L. Psicometria: Teoria dos Testes na Psicologia e Educação. Porto Alegre: Vozes; 2013.

Patriota LM. Saúde Mental, Reforma Psiquiátrica e Formação Profissional. In: Anais da V Jornada internacional de políticas públicas; 2011; São Luís. São Luís, 2011.

Pedrão LJ, Avanci RC, Malaguti SE, Aguilera AMS. Atitudes frente à doença mental: Estudo comparativo entre ingressantes e formados em Enfermagem. *Medicina*. 2003;36(1):37-44.

Pedrão LJ, Galera SA, Silva MC, Cazenave Gonzalez A, Costa Júnior ML, Souza MC, et al. Attitudes of graduate nursing students toward mental disorders in Brazil, Chile and Peru. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(3):339-43.

Peplau HE. *Interpersonal relations in nursing: a conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Macmillan International Higher Education; 1988.

Pinheiro L. *Saúde Mental: Retrocessos ou Contra-Reforma?* Associação Brasileira de Saúde Mental (ABRASME); 2019.

Pires D. *Hegemonia médica na saúde e enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1989.

Pitta AMF, organizadora. *Reabilitação psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec; 2001. O que é reabilitação psicossocial no Brasil hoje? p.19-30.

Polit DF, Beck CT, Hungler BP. *Fundamentos em pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5 ed. Porto Alegre: Artmed Editora; 2004.

Primi R, Silave MCRD, Bartholomeu D. A validade do ENADE para avaliação de cursos superiores: Uma abordagem multinível. *Revista Examen*. 2018;2(2):128-51.

Queiroz AM. *Saúde mental no cotidiano da formação em enfermagem: modo de ser docente [dissertação]* Belém: Universidade Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde; 2014; 127 f.

Queiroz IS. Os programas de redução de danos como espaços de exercício da cidadania dos usuários de drogas. *Psicol Cienc Prof*. 2001;21(4).

R Core Team. *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria; 2018.

Reis AT, Oliveira PTR, Selleira PE. Sistema de Avaliação para Qualificação do Sistema Único de Saúde. *Rev Eletr de Com Inf Inov Saúde*. 2012;6(sup. 2).

Rocha RM, Kestenberg CCF, Oliveira EB, Silva AV, Nunes MBG. Construindo um conhecimento sensível em Saúde Mental. *Rev Bras Enferm*. 2003;56(4):378-80.

Rocha RM. *Enfermagem em Saúde Mental*. Rio de Janeiro: Senac Nacional; 2010.

Rodrigues CRC. Atitudes frente à doença mental: estudo transversal de uma amostra de profissionais da saúde [tese]. Ribeirão Preto: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1983.

Rodrigues J, Santos SMA, Spriccigo JS. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através do discurso docente. *Texto Contexto Enferm.* 2012;21(3):616-24.

Rodrigues J. O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental nos cursos de graduação no estado de Santa Catarina [tese]. Florianópolis: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

Rodrigues RM, Caldeira S. Formação na Graduação em Enfermagem no Estado do Paraná. *Rev Bras Enferm.* 2009;62(3):417-23.

Rogers AH, Cohen M, Naranick CS. A validation study of custodial mental-illness ideology scale. *Journal of Clinical Psychology.* 1958;14(3):269-70.

Romem, P.; Anson, O.; Kawat-Maymon, Y.; Moisa, R. Reshaping students attitudes toward individuals with mental illness through a clinical nursing clerkship. *Journal of Nursing Education.* 2008;47(9):396-402.

Rossoni E, Lambert J. Formação de profissionais para o Sistema Único de Saúde e as diretrizes curriculares. *Boletim da Saúde.* 2004;18(1):87-98.

Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D, organizadores. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec; 2001. Desinstitucionalização, uma outra via: a reforma psiquiátrica italiana no contexto da Europa ocidental e dos países avançados. p. 17-59.

Rotelli F. A instituição inventada. In: Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D, organizadores. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 61-4.

Rotelli F. L'inventario delle sottrazioni. In: Pirovano C. editor. Inventario di una Psichiatria. Milano: Electa; 1981.

Rubio DM, Berg-Weger M, Tebb SS, Lee ES, Rauch S. Objectifying content validity: conducting a content validity study in social work research. *Soc Work Res.* 2003;27(2):94-104.

Santini FDO, Ladeira WJ, Araújo CF, Finkler ENDR. A relação entre percepção de valor e retenção: uma análise comparativa entre faculdades e universidades particulares. *REGE, São Paulo.* 2016;22(3):417-33.

Santos JP, Mello e Souza MCB, Oliveira NF. Reabilitação Psicossocial na perspectiva de estudantes e enfermeiros da área da saúde mental. *Rev Eletr Enf.* 2011;13(1):60-9.

Santos MPG, organizador. Comunidades terapêuticas: temas para reflexão. Rio de Janeiro: IPEA; 2018.

Santos SSC. Currículos de enfermagem do Brasil e as diretrizes: novas perspectivas. Rev Bras Enferm. 2003;56(4):361-4.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. 2 ed. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia; 2001.

Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Te Corá; 2001.

Saviani D Criador da Pedagogia Histórico-Crítica fala sobre o papel da escola. [Internet]. Sorocaba; 2014 [citado 2019 dez. 5]. Disponível em: <https://www2.jornalcruzeiro.com.br/materia/536125/criador-da-pedagogia-historico-critica-fala-sobre-o-papel-da-escola>

Saviani D. Da inspiração à formulação da Pedagogia Histórico-Crítica (PHC). Os três momentos da PHC que toda teoria verdadeiramente crítica deve conter. Interface (Botucatu). 2017;21(62):711-24.

Saviani D. Escola e Democracia. 39. ed. Campinas: Autores Associados; 2007.

Saviani D. Pedagogia Histórico-Crítica: Primeiras aproximações. 9. ed. Campinas: Autores Associados; 2005.

Scaglione VLT, Costa MND. Avaliação da Educação Superior e a gestão Universitária: padrões de qualidade definidos pelas instituições de ensino superior pelo MEC e pela sociedade, incluindo ENADE, IDD, CPC e IGC. In: Anais do XI Colóquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul – II Congresso IGLU; 2011 dez. 7-9; Florianópolis. Florianópolis; 2011.

Schafer T, Wood S, Williams R. A survey into students nurses's attitudes towards mental illness: Implications for nurse training. Nurse Educational Today. 2011;31(4):328-32.

Scheffer M, Schraiber LB. Interface, vinte anos: a Saúde Coletiva em tempos difíceis. Interface (Botucatu). 2017;21(62):487-91.

Schmitt MK. A Reforma Psiquiátrica Brasileira no ensino de graduação em Enfermagem [trabalho e conclusão de curso]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2006.

Schnaider SHDC, Freitas SFD. A distribuição dos cursos superiores de design no Brasil. In: Anais do 2.º Simpósio de Pós-Graduação em Design da ESDI | SPGD; 2016 nov. 9-11; Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: 2016.

- Senthilkumar N, Arulraj A. SQM-HEI – determination of service quality measurement of Higher Education in India. *Journal of Modelling in Management*. 2011;6(1):60-78.
- Shawler C. Standardized Patients: A creative teaching strategy for psychiatric-mental health nurse practitioner students. *J Nurs Educ*. 2008 Nov;47(11):528-31.
- Silva ATM, Souza JS, Silva CC, Nóbrega MML, Oliveira Filha M, Barros S, et al. Formação de enfermeiros na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Rev Bras Enferm*. 2004;57(6): 675-8.
- Silva KL, Sena RR, Silveira MR, Tavares TS, Silva PM. Desafios da formação do enfermeiro no contexto da expansão do ensino superior. *Esc Anna Nery*. 2012;16(2):380-87.
- Silva MJ, Lee L, Fuhr DC, Rathod S, Chisholm D, Schellenberg J, et al. Estimating the coverage of mental health programmes: a systematic review. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):341-53.
- Simpson A, Reynolds L, Light I, Attenborough J. Talking with the experts: Evaluation of an online discussion forum involving mental health service users in the education of mental health nursing students. *Nurse Education Today*. 2008;633-40.
- Siqueira Júnior AC, Otani MAP. O ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental no currículo por competências. *REME*. 2011;15(4):539-45.
- Sireci SG. The construct of content validity. *Soc Indic Res*. 1998;45(1-3):83-117.
- Soares MH. Avaliação das propriedades psicométricas do instrumento “Nursing Students Attitudes Toward Mental Health Nursing and Consumers” pra o Brasil [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; Universidade de São Paulo; 2015.
- Spíndola T, Martins ERDC, Francisco MTR. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. *Rev Bras Enferm*. 2005;61(2):164-9.
- Stefanelli MC, Rolim MA, Barros S, Teixeira MB, Forcella HT, Fukuda IMK, et al. Seminário nacional de enfermagem em saúde mental relatório final. *Rev Esc Enferm USP*. 1994;28(3):337-41.
- Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to their Development and Use (Fifth Edition)*. Oxford: Oxford University Press; 2014.
- Taylor M, Dear MJ. Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*. 1981;7(2):225-40.

Teixeira E, Vale EG, Fernandes JD, De Sordi MRL. Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. *Rev Bras Enferm* 2006;59(4):479-87.

Terra MG, Ribas DL, Sarturi F, Erdmann AL. Saúde mental: do velho ao novo paradigma - uma reflexão. *Esc Anna Nery*. 2006;10(4):711-17.

Travelbee J. *Interpersonal aspects of nursing*. Michigan: F.A. Davis Company; 1971.

Vargas D, Maciel MED, Bittencourt MN, Lenate JS, Pereira CF. O ensino de Enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil: análise curricular da graduação. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(2):e 2610016.

Veríssimo MP. Perfil exportador e crescimento econômico dos Estados da região Sudeste Brasileira. *Rev Econ NE, Fortaleza*. 2016;47(1):65-80.

Vigano C. Basaglia com Lacan. *Mental*. 2006;4(6):15-26.

Wand T. Real mental health promotion requires a reorientation of nursing education, practice and research. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011 Mar;18(2):131-8.

WHO - World Health Organization. *Psychosocial rehabilitation: a consensus statement*. Genebra: WHO; 1996.

WHO - World Health Organization. *Resource book on mental health, human rights and legislation*. Genebra: WHO; 2005. 149 p.

Wynd CA, Schmidt B, Schaefer MA. Two quantitative approaches for estimating content validity. *West J Nurs Res*. 2003;25(5):508-18.

Zeithaml V, Parasuraman A. *Service quality*. Cambridge: Marketing Science Institute; 1990.

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento para a realização do censo dos cursos de enfermagem brasileiros, no portal e-MEC e no site das IES

1. Nome da IES:

2. Categoria Administrativa: () Privada () Pública

Se pública, () Federal () Estadual () Municipal

3. Região: () Norte () Nordeste () Centro-Oeste () Sudeste () Sul

4. Organização Acadêmica: () Universidade () Centro universitário () Faculdade
() Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia;

5. Duração do curso:

6. Carga Horária Mínima:

7. Índices do MEC: () ENADE () CPC () CC () IDD

8. Número de Vagas:

9. Grau: () Bacharelado () Licenciatura

10. Tipo de Credenciamento: () Presencial () EAD

11. Nome do Coordenador do Curso:

12. Contato do Coordenador do Curso (e-mail e telefone):

13. Site da IES:

14. Turno: () Integral () Matutino () Vespertino () Noturno

15. Nome e número de disciplinas obrigatória de enfermagem em saúde mental e psiquiatria:

16. Nome e número de disciplinas optativas de enfermagem em saúde mental e psiquiatria:

17. Nome do Responsável pela Disciplina Obrigatória:

18. Contato Responsável pela Disciplina Obrigatória (e-mail e telefone):

APÊNDICE C - E-mail convite professores de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem

Título e-mail: Convite para participar de pesquisa

Bom (dia/tarde/noite). Meu nome é Anaísa Cristina Pinto. Eu sou doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). A pesquisa que realizo tem o objetivo de **construir e validar o conteúdo de uma escala de avaliação de qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei n.º 10.2106, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem/2001 e de professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.**

Entro em contato porque o curso de enfermagem no qual o (a) senhor (a) é coordenador (a) e/ou professor (a) da disciplina de saúde mental/psiquiatria preencheu os critérios de inclusão para responder a esta pesquisa. Assim, é com grande satisfação que o (a) convidado a participar deste estudo. A sua participação se dará da seguinte maneira:

- Se o (a) senhor (a) é **coordenador (a) do curso**: pela sua autorização para que o professor responda ao questionário da pesquisa, assinando a carta de autorização anexada e a retornando assinada por este e-mail (uma versão em PDF do formulário contendo a questão que deverá ser respondida pelo (a) professor (a) está anexado, para o seu conhecimento);

- Se o (a) senhor (a) é **professor (a) da disciplina relacionada à saúde mental/psiquiatria do curso de enfermagem**: responder ao questionário de perguntas elaborado no Google Forms, acessando

https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeHtDjgU_QlfRPHdIpkHlPR1d3c1bLueEtipfZliod_uFbw37A/viewform?usp=sf_link. Este processo tem duração média de 10 minutos. Se o (a)

senhor (a) aceitar responder, peço que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que está anexado e o devolva por este e-mail. Para garantir sigilo das informações que não são de domínio público coletadas por meio do formulário, está anexado um Termo de Responsabilidade e Confiabilidade, assinado pela pesquisadora principal, garantindo um bom uso dos dados que serão coletados. O resumo deste projeto de pesquisa também está anexado, para conhecimento da proposta.

A sua contribuição ajudará na construção e validação de conteúdo de um instrumento de avaliação da qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Este instrumento pode servir de subsídio para que as disciplinas sejam avaliadas tanto por terceiros, como auto avaliadas, segundo as mudanças necessárias para seus próprios currículos. Ele também pode auxiliar o processo de reformulação de PPP's. Além do mais, o instrumento possibilita análises sobre o cenário brasileiro da educação em enfermagem em saúde mental e psiquiatria, que sejam pautadas em regulamentos e, no caso da reabilitação psicossocial, em uma teoria que embasou a construção de um dos regulamentos que será utilizado.

Estou à disposição para os esclarecimentos que forem necessários via e-mail (anaisacristina@usp.br) e telefone (11) 9 4442-2284.

Atenciosamente,

Anaísa Cristina Pinto

Doutoranda do Programa Interunidades da EEUSP

APÊNDICE D – Carta de autorização aos coordenadores dos cursos de enfermagem e responsáveis pelas disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica destes cursos

São Paulo, 14 de maio 2019.

Prezado (a),

Eu, Anaísa Cristina Pinto, aluna do programa de doutoramento interunidades da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), pesquisadora principal e responsável, junto com minha orientadora a Prof.^a Dr.^a Sônia Barros, pela pesquisa **Escala de avaliação da qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo**, solicito autorização da coordenação do curso de enfermagem, para a realização do estudo, que tem o objetivo **construir e validar o conteúdo de uma escala de avaliação da qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei n.º 10.2106, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem/2001 e de professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.**

Se o (a) sr (a) der anuência para a realização do estudo, solicito ao (a) responsável pela disciplina, que responda ao formulário de pesquisa pelo acesso ao link https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeHtDjgU_QlfRPHdIpkHIPR1d3c1bLueEtipfZliod_uFbw37A/viewform?usp=sf_link e assine ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para garantir sigilo das informações que não são de domínio público foi entregue ao (a) sr (a) um Termo de Responsabilidade e Confiabilidade, assinado pela pesquisadora, garantindo um bom uso dos dados, por meio do sigilo das informações, da não identificação da disciplina e da instituição, por pessoas que não estão envolvidas na pesquisa, em nenhuma fase da realização desta. Também foi garantido que os dados só serão utilizados para o fim desta pesquisa e que serão armazenados em um banco, com cuidado para que as informações, nomes de pessoas, disciplinas e instituições não sejam expostos. Estes dados serão descartados, após o término do estudo.

Esta pesquisa atende aos princípios éticos para pesquisas científicas e está de acordo com a Resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, sob o CAAE: 99514718.1.0000.5392

O resumo deste projeto de pesquisa também está anexado, para conhecimento da proposta.

Estou à disposição para os esclarecimentos que forem necessários via e-mail: anaisacristina@usp.br ou telefone (11) 9 4442-2284.

Atenciosamente,



Anaísa Cristina Pinto

Doutoranda do Programa Interunidades da EEUSP

Eu, _____ (nome completo), RG _____, coordenador (a) do curso de enfermagem, autorizo o (a) professor (a) da disciplina de saúde mental/psiquiatria a responder ao formulário de pesquisa deste estudo.

ASSINATURA: _____

APÊNDICE E - Resumo do projeto de pesquisa

Escala de avaliação da qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo

Introdução: Os cursos de enfermagem buscam formar enfermeiros que atendam aos contextos históricos e sociais vivenciados. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem (DCN/ENF) consideram que eles devam estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões. A história aponta para o fato de a enfermagem brasileira ter nascido vinculada ao modelo curativo, de atenção individual, e não para a saúde coletiva. Isto resultou na predominância do paradigma médico/hospitalar, no ensino de graduação. A Reforma Psiquiátrica brasileira busca substituir o modelo centralizado na assistência hospitalar, que se preocupa com a intervenção na doença mental, desconsiderando a pessoa em seu contexto de vida, a sua cidadania e seus direitos. Assim, no contexto histórico atual, o ensino em enfermagem em saúde mental, deve atender aos prescritos pela Lei n.º 10.216, compreendendo temáticas que fomentem a formação de profissionais para atuarem na perspectiva da reabilitação psicossocial. Embora o paradigma psicossocial seja o norteador das políticas públicas de saúde mental no Brasil, o histórico da hegemonia do modelo hospitalocêntrico, em relação ao psicossocial, sugere que ensino ainda seja em alguma escala, pautado no modelo asilar. **Pergunta de pesquisa:** *Uma escala de avaliação de qualidade padronizada poderá identificar se o ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros está pautado na reabilitação psicossocial; atende aos dispostos da lei n.º 10.2106 e das DCN/ENF/2001 e; ajudar nas reformulações necessárias ao processo de ensinar enfermagem em saúde mental e psiquiátrica na perspectiva da RP?* **Objetivo:** Construir e validar o conteúdo de uma escala de avaliação de qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei n.º 10.2106, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem/2001 e de professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. **Método:** Estudo psicométrico, que visa construir e validar o conteúdo de um instrumento de avaliação de qualidade do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, com rigor e que possa ser utilizado por outros pesquisadores. Para isto, em um primeiro momento, tanto os cursos de enfermagem brasileiros, como as disciplinas de saúde mental/psiquiatria destas escolas serão caracterizadas. Benefícios que poderão ser alcançados: O instrumento pode servir de subsídio para IES sejam avaliadas, no sentido de saber se estão formando profissionais no paradigma psicossocial e para atender os dispostos na lei, de acordo com padrões pré-estabelecidos por um instrumento de validade confiável. Isto é importante, para que currículos sejam repensados para atender às demandas do sistema saúde nacional, baseado em marcos teóricos-conceituais normativos instituídos. Ou seja, o próprio instrumento, além de avaliar, pode servir de ferramenta de intervenção também. Isto pode contribuir para que cursos e disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiatria possam se autoanalisar segundo as mudanças necessárias para seus próprios currículos.

Palavras-Chave: Ensino; Enfermagem; Saúde Mental; Reabilitação Psicossocial; Estudo de Avaliação de Conteúdo

**APÊNDICE F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)
Professores responsáveis pelas disciplinas de enfermagem em saúde mental e
psiquiatria**

Convido o (a) senhor (a) a participar da pesquisa intitulada ***Escala de avaliação da qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo***, que objetiva ***construir e validar o conteúdo de uma escala de avaliação de qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei n.º 10.2106, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem/2001 e de professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica***. Esta pesquisa é de responsabilidade de Anaísa Cristina Pinto, aluna do programa de doutoramento interunidades da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e de sua orientadora Prof^a Dr^a Sônia Barros.

Para o desenvolvimento do estudo em um primeiro momento, nós da equipe de coleta de dados do estudo, utilizamos dados da Sinopse Estatística do Ensino Superior, para caracterizar as Instituições de Ensino Superior brasileiras, em seguida dados do e-MEC para a caracterização dos cursos de enfermagem e suas disciplinas de saúde mental e psiquiatria. A próxima etapa é a construção do instrumento descrito e, para isto, em um dos momentos pretendemos consultar professores da área. Assim, se o (a) senhor (a) aceitar participar, responderá um formulário eletrônico link https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSeHtDjqU_QlfRPHdlpkHlPR1d3c1bLueEtipfZliod_uFbw37A/viewform?usp=sf_link com a seguinte questão: **No seu ponto de vista, quais itens devem compor as disciplinas de enfermagem em Saúde Mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica/reabilitação psicossocial?** O processo do qual o (a) senhor (a) participará durará, em média, 10 minutos. Uma via deste TCLE assinada pelo (a) sr (a) deverá ser retornada via e-mail.

Este é um convite, logo o (a) sr (a) não é obrigado (a) a participar da pesquisa. Se aceitar participar, o (a) sr. (a) terá a liberdade para sair do estudo, em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer penalidade alguma, basta avisar à pesquisadora. Caso o (a) sr (a) decida interromper sua participação na pesquisa, todas as suas respostas serão apagadas. Se o (a) sr (a) participar da pesquisa até o final, suas respostas serão mantidas em sigilo em todas as fases do estudo, assim, as seguintes precauções serão tomadas: as respostas serão analisadas junto com as respostas de todos os demais participantes, a fim de evitar a sua identificação; as suas respostas não serão entregues a qualquer pessoa que possa identificá-las como suas e; quando os resultados da pesquisa forem divulgados, suas respostas não serão identificadas como suas.

O (A) sr (a) poderá ser desligado do estudo sem o seu consentimento caso não siga adequadamente as orientações, ou o estudo termine. Em caso de cansaço ao responder o instrumento, o preenchimento poderá ser pausado e retomado na sequência. Durante o preenchimento do instrumento, o (a) sr (a) poderá sofrer o risco de sentir-se desconfortável e/ou constrangido em responder à pergunta. Caso isso ocorra, o preenchimento do instrumento poderá ser suspenso e pedimos que o (a) sr (a) relate o ocorrido à pesquisadora, para que o (a) sr (a) seja acolhido (a), as devidas providências sejam tomadas e um profissional seja acionado, a fim de sanar os danos sofridos, sem que o (a) sr (a) tenha gastos financeiros com isto. Mesmo que, por algum motivo, a pesquisa seja interrompida, o (a) sr (a) continuará recebendo o apoio profissional proposto para suprir danos causados pela pesquisa.

Caso o (a) sr (a) tenha alguma despesa decorrente de sua participação nesta pesquisa, o (a) sr (a) será ressarcido (a). Neste caso, pedimos que entre em contato com a pesquisadora principal e informe o investimento relacionado à participação no estudo. O (A) sr (a) também tem direito de receber indenização em decorrência de dano causado pela pesquisa, conforme termos da Resolução CNS 466/2012. Em nenhuma hipótese será cobrado algo do (a) sr (a)

pela sua participação no estudo. Da mesma forma o (a) sr (a) não receberá pagamento por sua participação no estudo.

O benefício em participar desta pesquisa é que a sua contribuição ajudará na construção e validação de conteúdo de um instrumento de avaliação da qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. Este instrumento pode servir de subsídio para que as disciplinas sejam avaliadas tanto por terceiros, como auto avaliadas, segundo as mudanças necessárias para seus próprios currículos. Ele também pode auxiliar o processo de reformulação de PPP's. Este estudo justifica-se porque a proposta de construção deste instrumento possibilitará análises sobre o cenário brasileiro da educação em enfermagem em saúde mental e psiquiatria, que sejam pautadas em regulamentos e, no caso da reabilitação psicossocial, em uma teoria que embasou a construção de um dos regulamentos que será utilizado.

Caso o (a) sr (a) concorde em participar do estudo, receberá duas vias deste documento, sendo que uma delas deverá permanecer com o (a) sr (a) e conter a assinatura da pesquisadora principal do estudo. Pedimos que rubrique cada uma das páginas deste documento e assine-o na última folha, nas duas vias.

A pesquisadora responsável por este estudo poderá fornecer esclarecimentos sobre a presente pesquisa a qualquer momento que o (a) sr (a) achar necessário. Seguem os dados para contato: Anaísa Cristina Pinto. Endereço profissional: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César. Celular: (11) 94442-2284 e-mail: anaisacristina@usp.br

Caso o (a) sr (a) tenha alguma consideração, dúvida ou denúncia sobre questões éticas pertinentes a esta pesquisa sinta-se à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP, cujo endereço é Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar, São Paulo (SP), CEP: 05403-000, **telefone: (11) 3061-8858, e-mail: cepee@usp.br**

Esta pesquisa foi aprovada pelo CEP da EEUSP, sob CAAE: 99514718.1.0000.5392 e atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

anaísa c. pinto

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante da pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE G – Termo de Responsabilidade e Confidencialidade

Este é um termo de responsabilidade e confidencialidade firmado com o intuito de evitar a divulgação e utilização não autorizada de informações coletadas. Por meio dele, eu, Anaísa Cristina Pinto, brasileira, casada, doutoranda do programa interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), inscrita no cadastro de pessoa física, pelo número: 055.893.189-80, pesquisadora principal do estudo intitulado Validação de conteúdo de instrumento de avaliação de qualidade do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiatria assumo a proteção das informações disponibilizadas por meio dos (as) professores (as) das disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, que serão tidas como confidenciais e sigilosas. Assim, responsabilizo-me por: manter confidencialidade e sigilo de todos os dados e informações a que tiver acesso. Serão consideradas, para efeito deste termo, toda e qualquer informação a que a pesquisadora tiver acesso, seja por meio físico (documentos impressos, manuscritos, fac-símile, mensagens eletrônicas (e-mail), fotografias, por qualquer forma registrada em mídia eletrônica e; oralmente; em hipótese alguma revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento à terceiros, não envolvidos com o estudo, de dados, informações científicas ou materiais obtidos durante a pesquisa, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas, como consta na Resolução 466/2012; quando os resultados da pesquisa forem divulgados, garantir o sigilo de identidade das pessoas, disciplinas e instituições envolvidas; não tomar para mim, os direitos de propriedade intelectual relativos às informações a que tenha acesso, não utilizando as informações para meu proveito ou proveito alheio; usar as informações apenas com o propósito de cumprir os fins da pesquisa; proteger as informações confidenciais que me foram divulgadas, usando o mesmo grau de cuidado utilizado para proteger minhas próprias informações confidenciais. Serão consideradas informações confidenciais todas aquelas que assim forem identificadas pela parte reveladora, por meio de legendas ou quaisquer outras marcações, ou que, devido às circunstâncias da revelação ou à própria natureza da informação, devam ser consideradas confidenciais ou de propriedade desta; manter procedimentos administrativos adequados à prevenção de risco extravio ou perda de quaisquer documentos ou informações confidenciais ou não, devendo comunicar aos responsáveis, imediatamente, a ocorrência de incidentes desta natureza, cabendo o pagamento, pelo pesquisador, de indenização em decorrência de dano causado pela pesquisa, conforme termos da Resolução CNS 466/2012; manter a proteção e sigilo do banco de dados gerado, não compartilhando informações com pessoas não envolvidas na pesquisa. Quando não for mais necessária a manutenção das informações, comprometo-me a não reter quaisquer reproduções, cópias ou segundas vias, destruindo todo e qualquer material, que contenha informações que podem expor pessoas e instituições. Também me comprometo a não efetuar nenhuma gravação ou cópia de material a que tiver acesso.

A não-observância de quaisquer das disposições de confidencialidade estabelecidas neste instrumento, sujeitará ao pesquisador ao pagamento de indenização em decorrência de dano causado pela pesquisa, conforme termos da Resolução CNS 466/2012. Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

São Paulo, 14 de maio 2019.

anaísa c. pinto

Anaísa Cristina Pinto

Doutoranda do Programa Interunidades da EEUSP

Fone: (11) 94442-2284

APÊNDICE H – Opiniões de professores sobre quais itens devem compor as disciplinas de enfermagem em saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica/reabilitação psicossocial

...

1 - a rede de atenção psicossocial

2- saúde mental, psiquiatria, farmacologia, políticas públicas de saúde; direitos dos usuários com necessidades especiais, noções de geopolítica, noções de economia, noções de direito (cível, penal e psiquiatria forense)

3 - aulas teóricas e práticas que enfoquem o assunto; atuação na comunidade e não apenas em instituições psiquiátricas; promoção de momentos de reflexão e discussão sobre o assunto, baseados em textos sobre o assunto; convivência com as pessoas com transtornos mentais em espaços de reabilitação; atividades de promoção da saúde mental para a população geral, incluindo atividades para alunos, professores e técnicos das universidades

4 - espaços-tempo de construção de subjetividades em conjunto com trabalhadores, usuários e familiares da rede de atenção psicossocial, em um modelo territorial e existencial. possibilitar diálogos que extrapolem a lógica biomédica e fortaleçam o protagonismo e a autonomia das pessoas

5 - reforma psiquiátrica, rede de atenção psicossocial

6 - reforma psiquiátrica

7 - políticas públicas de saúde mental (raps); saúde mental na atenção básica; reforma psiquiátrica; reabilitação psicossocial; projeto terapêutico singular; modo da atenção psicossocial; redução de danos

8 - é importante que nas disciplinas de saúde mental seja detalhadamente trabalhado a história sobre a saúde mental em âmbito nacional e internacional, a evolução das políticas e dos direitos dos portadores de sofrimento mental, a importância da reforma psiquiátrica, o atual cenário da saúde mental brasileira com os prováveis rumos e consequências das mudanças (retrocessos) nas políticas, a importância da APS na atenção em saúde mental, abordagem dos principais transtornos, psicofármacos e uso de álcool e drogas

9 - comunicação; observação; criatividade; trabalho em equipe; autocuidado; história da loucura; relação de ajuda; clínica ampliada; integralidade do cuidado; dimensões do cuidado psicossocial; redução de danos; exame psíquico; sistematização do assistência de enfermagem no contexto dos serviços comunitários; projeto terapêutico singular; trabalho em rede; coordenação de grupos; psicofarmacologia e medicalização

10 - comunicação; observação; criatividade; trabalho em equipe; autocuidado; história da loucura; relação de ajuda; clínica ampliada; integralidade do cuidado; dimensões do cuidado psicossocial; redução de danos; exame psíquico; sistematização do assistência de enfermagem no contexto dos serviços comunitários; projeto terapêutico singular; trabalho em rede; coordenação de grupos; psicofarmacologia e medicalização

11 - aspectos éticos e legais dos cuidados de enfermagem psiquiátrica; relacionamento terapêutico; terapias psicossociais; projeto terapêutico singular na saúde mental

12 - os alunos precisam ir para campo. é um anseio deles, e vejo como uma necessidade também. ter uma vivência maior, nos locais de assistência à saúde mental, traz a eles a confirmação de que a reforma psiquiátrica foi, realmente, muito importante. neste sentido, podem fazer um comparativo de fato, sobre como era a assistência retrógrada, como a lei traz e como realmente acontece atualmente. neste momento, este o ponto mais relevante para a disciplina, tendo em vista a realidade vivenciada

13 - a permanência e insistência de acreditar no território como meio vivo do processo de cuidado. acreditar na potência dos serviços de base territorial, nos CAPS, nos centros de convivência, enaltecendo sempre seu valor estratégico na reabilitação. incentivar no aluno o pensamento crítico-reflexivo para que ele monte no seu próprio território estratégias viáveis de cuidado, pautadas na ética e na desinstitucionalização

14 - além dos expostos no conteúdo programático aqui citado, constar também: história da reforma psiquiátrica e sanitária; lei 10216/2001, comunicação terapêutica

15 - principalmente relacionado a urgência/emergência em sua mental - centro de atenção psicossocial - CAPS III; técnicas de manejo; necessidade do conhecimento do enfermeiro da atenção dos principais transtornos de saúde mental

16 - políticas de saúde mental no brasil; reabilitação psicossocial: teoria e modelos; evolução do cuidado de enfermagem: funções e atividades da enfermeira; as concepções do processo saúde-doença mental e as tecnologias de cuidados no decorrer da história

17 - conteúdo histórico da reforma psiquiátrica no brasil e no mundo. conceitos da abordagem psicossociais. mudança na formação profissional. locais de práticas alternativos a internação psiquiátrica. abordagem de relacionamento interpessoal para além das características das patologias. interdisciplinaridade e trabalho em rede

18 - identificação pelo movimento de reforma psiquiátrica brasileiro e pelo coletivo de luta antimanicomial como conquistas do processo democrático brasileiro em congruência ao movimento e modelo sanitário brasileiro. é fundamental caracterizar as transversalidades entre as políticas públicas de saúde mental e atenção básica, atenção à saúde da mulher, do homem, do idosos, do adolescente e da criança. faz-se mister oportunizar ao estudante a compreensão da operatividade dos conceitos estruturantes do cuidado de enfermagem em saúde mental a exemplo dos conceitos de território, corresponsabilização, intersetorialidade, integralidade na construção de práticas de cuidado que lancem mão de tecnologias leves e abordagens não medicamentosas, tais como as PICS. é importante problematizar a exclusão social, o estigma e o atributo de periculosidade aos portadores de doença mental, assim como os processos de medicalização do sofrimento psíquico e os retrocessos nas políticas públicas que se aprofundam no avanço do estado neoliberal no Brasil. contextualizar a SAE em psiquiatria como parte dos cuidados clínicos de enfermagem realçando a integralidade do ser humano em suas dimensões biopsicossocial e espiritual.

APÊNDICE I - Primeira versão análise de conteúdo da Lei n.º 10.216/2001
Temas emergentes a partir da leitura do texto da Lei 10.216

Pessoas com transtornos mentais e seus familiares e/ou responsáveis, terão resguardados e serão informados dos direitos de:

- acesso ao melhor tratamento para as suas necessidades no sistema de saúde;
- serem protegidos contra qualquer forma de abuso e exploração;
- terem garantia de sigilo das suas informações;
- presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- serem tratados em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- serem tratados, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental;
- serem tratados com humanidade e respeito com vistas a sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade.

Conteúdos presentes no texto da Lei 10.216/2001

peessoas com TM
familiares pessoas com TM
responsáveis pessoas com TM
direitos
acesso
melhor tratamento
sistema de saúde
necessidades de saúde
proteção contra abuso e exploração
garantia de sigilo
presença médica
esclarecimento de necessidade ou não de hospitalização involuntária;
livre acesso aos meios de comunicação
receber o maior número de informações sobre doença e tratamento
tratamento em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis
tratamento em serviços comunitários de saúde mental
tratamento com humanidade
tratamento com respeito
recuperação pela inserção na família
recuperação pela inserção no trabalho
recuperação pela inserção na comunidade

APÊNDICE J - Primeira versão análise de conteúdo das DCN/ENF/2001 Temas emergentes a partir da leitura do texto das DCN/ENF/2001

1. Perfil do formando egresso/profissional

- Formação generalista, humanista, crítica e reflexiva
- Formação rigor científico e intelectual e pautado em princípios ético
- Conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes
- Atuação com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.
- Atuação na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem

2. Competências e habilidades

Competências Gerais:

- Atenção à saúde: desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo
- Atenção à saúde: prática seja realizada de forma integrada e continua com as demais instâncias do sistema de saúde
- Atenção à saúde: realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo
- Tomada de decisões: trabalho fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas
- Tomada de decisões: possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada
- Tomada de decisões: Comunicação com os profissionais de acessível e mantendo a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral
- Tomada de decisões: A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura
- Tomada de decisões: o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação
- Tomada de decisões: Liderança no trabalho em equipe multiprofissional, aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem-estar da comunidade
- Tomada de decisões: A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz
- Tomada de decisões: Administração e gerenciamento os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação
- Tomada de decisões: aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde
- Tomada de decisões: Pela Educação permanente os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática
- Tomada de decisões: aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços

Competências e Habilidades Específicas:

Competências técnico-científicas, ético-políticas e socioeducativas que permitam:

- compreender a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas
- incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional
- estabelecer relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões
- formação técnico-científica com qualidade do exercício profissional
- compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida
- garantir a integralidade da assistência (conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema)
- atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso
- ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde
- ser capaz de comunicar-se
- ser capaz de tomar decisões
- ser capaz de intervir no processo de trabalho
- ser capaz de trabalhar em equipe
- ser capaz de enfrentar situações em constante mudança
- reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde
- atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos
- responder às especificidades regionais de saúde por intervenções planejadas para promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades
- considerar a relação custo-benefício nas decisões dos procedimentos na saúde
- reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem
- assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde
- formação deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento

Formação com objetivo de dotar o profissional dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para a competência em:

- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades dos seus clientes/pacientes e às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social
- usar adequadamente novas tecnologias de informação e comunicação de ponta
- atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico
- identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes
- intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência
- prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e comunidade
- compatibilizar as características profissionais da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários
- integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais
- gerenciar o trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade no nível individual e coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional

- planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde
- planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento
- desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional
- respeitar o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão
- interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo
- utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde
- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde
- reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde

Descrição dos Procedimentos: núcleo essencial da prática do enfermeiro a partir do qual poderão advir outras ações conforme o projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem, cabendo-lhe a coordenação do processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde:

- correlacionando dados, eventos e manifestações para determinações de ações, procedimentos, estratégias e seus executantes
- implementando ações, procedimentos e estratégias de enfermagem avaliando a qualidade e o impacto de seus resultados
- promovendo, gerando e difundindo conhecimentos por meio da pesquisa e outras formas de produção de conhecimentos que sustentem e aprimorem a prática
- assessorando órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde

3. Conteúdos curriculares

Devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem

Os conteúdos contemplam as seguintes áreas temáticas:

- bases biológicas e sociais da enfermagem: ciências biológicas e da saúde –incluindo-se os conteúdos teóricos e práticos de morfologia, fisiologia, farmacologia, patologia, biologia celular e molecular, nutrição, saúde coletiva e saúde ambiental/ecologia.
- ciências humanas – incluindo-se antropologia, filosofia, sociologia, psicologia, comunicação e educação
- fundamentos de enfermagem: incluindo-se os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro e da enfermagem em nível individual e coletivo, incluindo: história da enfermagem exercício de enfermagem (bioética, ética profissional e legislação)
- epidemiologia
- bioestatística
- informática
- semiologia e semiotécnica de enfermagem
- metodologia da pesquisa
- assistência de enfermagem, incluindo-se os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso
- administração de enfermagem: incluindo-se os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados, ambulatorios e rede básica de serviços de saúde

- ensino de enfermagem: incluindo-se os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da licenciatura em enfermagem
- conteúdos curriculares, as competências e as habilidades devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região
- o conjunto de competências deve promover a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente

4. Estágios e atividades complementares

- cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades
- elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno pelo professor
- assegurada participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o estágio
- estágio mínimo de 500 horas, realizado nos dois últimos semestres do curso de graduação em enfermagem
- atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o curso e as instituições de ensino deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância
- podem ser reconhecidos como atividade complementar: monitorias e estágios
- podem ser reconhecidos como atividade complementar: programas de iniciação científica
- podem ser reconhecidos como atividade complementar: programas de extensão
- podem ser reconhecidos como atividade complementar: estudos complementares
- podem ser reconhecidos como atividade complementar: cursos realizados em outras áreas afins

5. Organização do curso

- o curso deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem
- a aprendizagem deve ser interpretada como possibilidade ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto
- aprendizagem deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas
- projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência
- deverá ter a investigação como eixo integrador da formação acadêmica do enfermeiro
- deverá induzir a implementação de programas de iniciação científica, propiciando ao aluno o desenvolvimento da sua criatividade e análise crítica
- a organização do curso deverá ser definida pelo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular
- para conclusão do curso o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente
- a formação de professores por meio de licenciatura plena será regulamentada em pareceres/resoluções específicos pela câmara de educação superior do conselho nacional de educação
- a estrutura do curso deverá assegurar: a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, para a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde doença

- a estrutura do curso deverá assegurar: as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar
- a estrutura do curso deverá assegurar: a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade
- a estrutura do curso deverá assegurar: os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo
- a estrutura do curso deverá assegurar: a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender
- a estrutura do curso deverá assegurar: a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constituem atributos indispensáveis a formação do enfermeiro
- a estrutura do curso deverá assegurar: o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais - a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade
- a estrutura do curso deverá assegurar: a articulação da graduação em enfermagem com a licenciatura em enfermagem
- a estrutura do curso deverá assegurar: a contribuição para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural

6. Acompanhamento e avaliação

- as avaliações somativa e formativa do aluno deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares
- o curso de graduação em enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação definido pela IES à qual pertence

Conteúdos presentes nas DCN/ENF 2001

1. Perfil do formando

formação generalista

formação humanista

formação crítica

formação reflexiva

formação com rigor científico

formação com rigor intelectual

formação pautada em princípios éticos

conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes

ênfase na sua região de atuação

identificar dimensões biopsicossociais dos determinantes

atuar, com senso de responsabilidade social

atuar com compromisso com a cidadania

atuar como promotor da saúde integral do ser humano.

capacidade para atuar na educação básica

capacidade para atuar na educação profissional em enfermagem

2. Competências e habilidades

competências gerais:

atenção à saúde

ações de prevenção

ações de promoção

ações de proteção
ação de reabilitação da saúde nos níveis individual e coletivo
prática realizada de forma integrada
prática continua as demais instâncias do sistema de saúde
realizar atendimentos em altos padrões de qualidade
realizar atendimentos pautados nos princípios da ética/bioética
realizar atendimentos com responsabilidade
realizar atendimentos com o entendimento de que a atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas com a resolução do problema de saúde nos níveis individual como coletivo
tomada de decisões
uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas
habilidade de avaliar
habilidade de sistematizar
habilidade de decidir a conduta mais apropriada
comunicação com os profissionais
confidencialidade das informações
confidencialidade na interação com outros profissionais de saúde
confidencialidade com o público em geral
comunicação verbal
comunicação não verbal
habilidade de escrita
habilidade de leitura
domínio de uma língua estrangeira
domínio de tecnologias de comunicação
domínio de tecnologia de informação
liderança no trabalho em equipe multiprofissional
ter em vista o bem-estar da comunidade
compromisso
responsabilidade
empatia
habilidade para tomada de decisões
gerenciamento efetivo e eficaz
administração e gerenciamento da força de trabalho
administração e gerenciamento dos recursos físicos
administração e gerenciamento de materiais e de informação
profissionais aptos a serem gestores
profissionais aptos a serem empregadores
profissionais aptos a serem lideranças na equipe de saúde
educação permanente
profissionais capazes de aprender continuamente na formação e na prática
aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação
treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais
condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços
competências e habilidades específicas:
competências técnico-científicas
competências ético-políticas
competências socioeducativas
compreender a natureza humana em suas dimensões
compreender a natureza humana em suas expressões
compreender a natureza humana em suas fases evolutivas
ciência/arte do cuidar
instrumento de interpretação profissional
relações com o contexto social

estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões
formação técnico-científica com qualidade
política de saúde no contexto das políticas sociais,
reconhecer perfis epidemiológicos
saúde como direito
saúde como condição de vida digna
integralidade da assistência (conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos os níveis de complexidade do sistema)
programas de assistência integral à saúde da criança
programas de assistência integral do adolescente
programas de assistência integral da mulher
programas de assistência integral do adulto
programas de assistência integral do idoso
diagnosticar problemas de saúde
solucionar problemas de saúde
ser capaz de comunicar-se
ser capaz de tomar decisões
ser capaz de intervir no processo de trabalho
ser capaz de trabalhar em equipe
ser capaz de enfrentar situações em constante mudança
reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde
atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos
responder às especificidades regionais de saúde
intervenções planejadas para promoção à saúde
intervenções planejadas para prevenção à saúde
intervenções planejadas para reabilitação à saúde
atenção integral à saúde dos indivíduos
atenção integral à saúde das famílias
atenção integral à saúde das comunidades
relação custo-benefício nas decisões dos procedimentos
coordenar trabalho da equipe de enfermagem
compromisso ético com o trabalho multiprofissional
compromisso humanístico com o trabalho multiprofissional
compromisso social com o trabalho multiprofissional
necessidades sociais da saúde
ênfase no sistema único de saúde (sus)
assegurar a integralidade da atenção do atendimento
assegurar a qualidade do atendimento
assegurar e humanização do atendimento
formação para dotar o profissional de conhecimentos
formação para dotar o profissional de habilidades
formação para dotar o profissional de atitudes
promover estilos de vida saudáveis
conciliação de necessidades dos pacientes e às da comunidade
atuação como agente de transformação social
uso adequado de tecnologias de informação de ponta
uso adequado de tecnologias de comunicação de ponta
atuação em diferentes cenários da prática profissional
considerar pressupostos do modelo clínico
considerar pressupostos do modelo epidemiológico
necessidades individuais e coletivas de saúde
condicionantes e determinantes da saúde da população
intervenção no processo de saúde-doença

responsabilidade pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência

cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades do indivíduo

cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades da família

cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades da comunidade

compatibilizar características da equipe de enfermagem às demandas dos usuários

integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais

gerenciar o trabalho em enfermagem com o princípio da ética

gerenciar o trabalho em enfermagem com o princípio da bioética

gerenciar o trabalho em enfermagem com resolutividade no nível individual

gerenciar o trabalho em enfermagem com resolutividade no nível coletivo

gerenciar o trabalho em enfermagem com resolutividade em todos os âmbitos de atuação profissional

planejar programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde

implementar programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde

participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde

planejar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento

implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento

desenvolver pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional

participar de pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional

aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional

respeitar o código ético

respeitar os valores políticos

respeitar os atos normativos da profissão

interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo

utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado

participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde

reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde

procedimentos: núcleo essencial da prática do enfermeiro a partir do qual poderão advir outras ações conforme o projeto pedagógico do curso, cabendo-lhe a coordenação do processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde:

correlação de dados, eventos e manifestações para determinações de ações, procedimentos, estratégias e seus executantes

implementação de ações, procedimentos e estratégias de enfermagem avaliando a qualidade e o impacto de seus resultados

promoção e divulgação de conhecimentos por meio da pesquisa e outras formas que sustentem e aprimorem a prática

assessoramento de órgãos em projetos de saúde

assessoramento de empresas em projetos de saúde

assessoramento de instituições em projetos de saúde

3. Conteúdos Curriculares

relacionados ao processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem

bases biológicas e sociais da enfermagem: ciências biológicas e da saúde –incluindo-se os conteúdos teóricos e práticos de morfologia, fisiologia, farmacologia, patologia, biologia celular e molecular, nutrição, saúde coletiva e saúde ambiental/ecologia.

ciências humanas – incluindo-se antropologia, filosofia, sociologia, psicologia, comunicação e educação

fundamentos de enfermagem: incluindo-se os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do enfermeiro e da enfermagem em nível individual e coletivo, incluindo: história da enfermagem exercício de enfermagem (bioética, ética profissional e legislação)

epidemiologia

bioestatística

informática

semiologia e semiotécnica de enfermagem

metodologia da pesquisa

assistência de enfermagem, incluindo-se os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso

administração de enfermagem: incluindo-se os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados, ambulatórios e rede básica de serviços de saúde

ensino de enfermagem: incluindo-se os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da licenciatura em enfermagem

competências e as habilidades com terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando demandas e necessidades da população

competências devem promover capacidade de desenvolvimento intelectual autônoma e permanente

competências devem promover capacidade de desenvolvimento profissional autônoma e permanente

4. Estágios e atividades complementares

obrigação do estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatórios, rede básica de serviços de saúde e comunidades

elaboração de programação e supervisão do aluno pelo professor

participação dos enfermeiros do serviço de saúde

estágio mínimo de 500 horas, realizado nos dois últimos semestres do curso de graduação em enfermagem

atividades complementares incrementadas durante o curso

instituições de ensino deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância

podem ser reconhecidos como atividade complementar: monitorias e estágios

podem ser reconhecidos como atividade complementar: programas de iniciação científica

podem ser reconhecidos como atividade complementar: programas de extensão

podem ser reconhecidos como atividade complementar: estudos complementares

podem ser reconhecidos como atividade complementar: cursos realizados em outras áreas afins

5. Organização do curso

curso deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem

aprendizagem interpretada como possibilidade de transformar-se

aprendizagem interpretada como possibilidade de transformar contexto

aprendizagem orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas

projeto pedagógico buscará formação integral e adequada, por articulação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência

investigação: eixo integrador da formação

implementação de programas de iniciação científica, propiciando ao aluno o desenvolvimento da sua criatividade e análise crítica

organização do curso deverá ser definida pelo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular

elaborar um TCC sob orientação docente

formação de professores na licenciatura plena regulamentada em pareceres/resoluções específicos pela câmara de educação superior do conselho nacional de educação

estrutura do curso deverá assegurar: a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência

estrutura do curso garantirá um ensino crítico, reflexivo e criativo, para a construção do perfil almejado

estrutura do curso estimulará a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa

estrutura do curso estimulará a socialização do conhecimento produzido

estrutura do curso levará em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença

estrutura do curso deverá assegurar atividades teóricas e práticas desde o início do curso, permeando toda a formação do enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar

estrutura do curso deverá assegurar visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade

estrutura do curso deverá assegurar princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo

estrutura do curso deverá assegurar implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender

estrutura do curso deverá assegurar definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber

estrutura do curso deverá assegurar o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer

saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer: atributos indispensáveis a formação do enfermeiro

a estrutura do curso deverá assegurar o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos favorecendo a discussão coletiva e as relações interpessoais

a estrutura do curso deverá assegurar valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade

a estrutura do curso deverá assegurar articulação da graduação em enfermagem com a licenciatura em enfermagem

a estrutura do curso deverá assegurar contribuição para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural

6. Acompanhamento e avaliação

avaliações somativa e formativa deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares

curso de graduação em enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação definido pela IES à qual pertence.

APÊNDICE K - Análise de conteúdo das opiniões de professores de enfermagem sobre o que eles consideram importante de ser abordado em uma disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica

- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a Rede de Atenção psicossocial (RAPS)?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os conteúdos referentes ao Trabalho em rede?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados aos psicofármacos?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os conteúdos referentes à medicalização?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados à Saúde Mental?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados à Psiquiatria?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados às Políticas Públicas de Saúde?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados às Políticas Públicas de Saúde Mental?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a evolução das políticas públicas de saúde mental?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados aos Direitos dos Usuários com transtornos mentais?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados às Noções de Geopolítica?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados às Noções de Economia?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados às Noções de Direito Cível?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados às Noções de Direito Penal?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados à psiquiatria forense?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria atua na comunidade e não apenas em instituições psiquiátricas?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria promove reflexão sobre o assunto com base em textos?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria promove discussão sobre o assunto com base em textos?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria promove convivência com as pessoas com transtornos mentais em espaços de reabilitação?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria realiza atividades de promoção da saúde mental para a população geral?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria realiza atividades de promoção da saúde mental para alunos?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria realiza atividades de promoção da saúde mental para professores?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria realiza atividades de promoção da saúde mental para técnicos das universidades?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria realiza atividades de construção de subjetividades em conjunto com trabalhadores da rede de atenção psicossocial?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria realiza atividades de construção de subjetividades em conjunto com trabalhadores da rede de atenção psicossocial no território?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria realiza atividades de construção de subjetividades em conjunto com usuários da rede de atenção psicossocial?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria realiza atividades de construção de subjetividades em conjunto com usuários da rede de atenção psicossocial no território?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria realiza atividades de construção de subjetividades em conjunto com familiares de usuários da rede de atenção psicossocial?

- A disciplina de saúde mental/psiquiatria realiza atividades de construção de subjetividades em conjunto com familiares de usuários da rede de atenção psicossocial no território?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria possibilita diálogos que extrapolam a lógica biomédica?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria possibilita diálogos que fortalecem o protagonismo das pessoas com transtornos mentais?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria possibilita diálogos que fortalecem a autonomia das pessoas com transtornos mentais?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a Reforma Psiquiátrica do Brasil?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda as Reformas Psiquiátricas no mundo?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a Reforma Sanitária?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a Saúde Mental na Atenção Básica?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a Reabilitação Psicossocial?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda o Projeto Terapêutico Singular (PTS)?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda o modo da Atenção Psicossocial?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda uso de álcool e drogas?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a Redução de Danos?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a História da loucura?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a história da saúde mental em âmbito nacional?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a história da saúde mental em âmbito internacional?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a importância da reforma psiquiátrica?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda o atual cenário da saúde mental brasileira com os prováveis retrocessos na política nacional de saúde mental (PNSM)?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a importância da atenção psicossocial na atenção em saúde mental?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os principais transtornos mentais?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os conteúdos relacionados à comunicação terapêutica?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a importância da observação?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria estimula a criatividade dos estudantes?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria estimula o Trabalho em Equipe dos estudantes?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda o Autocuidado da pessoa com transtorno mental?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria estimula a relação de ajuda entre os estudantes?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria estimula a relação de ajuda entre os estudantes e as pessoas com transtornos mentais?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os conteúdos referentes à clínica ampliada?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os conteúdos referentes à integralidade do cuidado?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os conteúdos referentes às dimensões do cuidado psicossocial?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os conteúdos referentes ao Exame Psíquico?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os conteúdos referentes à Sistematização do Assistência de Enfermagem (SAE) no contexto dos serviços comunitários?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os conteúdos referentes à coordenação de grupos?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os aspectos éticos do cuidado em saúde mental?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda os aspectos legais dos cuidados de enfermagem em saúde mental/psiquiatria?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda questões relacionadas ao relacionamento terapêutico?

- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda as terapêuticas psicossociais?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria leva os estudantes para o campo de estágio em saúde mental?
- O campo de estágio na disciplina de saúde mental/psiquiatria, favorece a discussão sobre a importância da Lei 10.216, no que se refere aos avanços das práticas de cuidado na área?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda o território como meio vivo do processo de cuidado?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a potência dos serviços de base territorial?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a potência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a potência dos centros de convivência?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a potência dos serviços de base territorial, em relação ao seu valor estratégico na reabilitação psicossocial?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria incentiva o pensamento crítico do estudante?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria incentiva a reflexão do estudante?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria incentiva o estudante a montar estratégias de cuidados viáveis, no território?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria incentiva o estudante a montar estratégias de cuidados pautadas na desinstitucionalização?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a lei 10.216/2001?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados à urgência/emergência em sua mental?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados às técnicas de manejo em saúde mental?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria tem estágios em locais alternativos à internação psiquiátrica?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a interdisciplinaridade?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a luta antimanicomial e o movimento de reforma psiquiátrica brasileiro como organizações sociais democráticas?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção Básica?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção à Saúde da Mulher?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção à saúde do Homem?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção à saúde do Idoso?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção à saúde do Adolescente?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda a transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção à saúde da Criança?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda o conceito de território?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda o conceito de corresponsabilidade?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda o conceito de intersetorialidade?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda o conceito de, integralidade?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda práticas de cuidado que utilizam tecnologias leves e abordagens não medicamentosas, tais como as Práticas Integrativas e Complementares (PICs)?
- A disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em Psiquiatria como parte dos cuidados clínicos de Enfermagem realçando a integralidade do ser humano em suas dimensões biopsicossocial e espiritual?
- disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados à urgência/emergência psiquiátrica?
- disciplina de saúde mental/psiquiatria aborda conteúdos relacionados às técnicas de manejo em crise?

APÊNDICE L - Primeira versão análise de conteúdo do capítulo A reabilitação psicossocial para a cidadania, do livro Libertando Identidades de Benedetto Sarraceno (2001)

Legenda:

Roxo – Finalidade da Reabilitação Psicossocial

Amarelo – Eixo Morar

Verde – Rede Social

Azul – Trabalho

Temas emergentes a partir da leitura da introdução do capítulo A reabilitação psicossocial para a cidadania, do livro Libertando Identidades de Benedetto Sarraceno (2001)

- influência da variável **lugar** sobre procedimentos e resultados da reabilitação psicossocial
- efeito habilitador: aumentar a oportunidade de **troca de recursos e de afetos**
- abertura de **espaços de negociação** para usuário **família** e comunidade
- intervenção: **abertura de espaços de negociação**
- pela **troca de oportunidades materiais** o sujeito exercita seu poder de relação
- oportunidades de **trocas afetivas: rede de negociação**
- **redes de negociação**: aumentam a participação e a contratualidade real
- **reabilitação: melhoramento das desabilidades para que o sujeito se equipare aos outros**
- mudança do jogo: o **mercado** precisa estar preparado para receber fracos e fortes
- **eixos sob os quais se aumenta a capacidade contratual:**

Temas emergentes a partir da leitura do **eixo morar**, do capítulo A reabilitação psicossocial para a cidadania, do livro Libertando Identidades de Benedetto Sarraceno (2001)

- elemento fundamental para a qualidade de vida
- estar é diferente de habitar. no estar o indivíduo não tem poder material e decisional
- o habitar tem a ver com propriedade não só material, tem a ver com contratualidade em relação a organização e a sua divisão afetiva
- no manicômio nega-se o habitar e afirma-se o estar
- casa é uma questão central da psiquiatria
- casa é mais do que o habitar, alternativa ao manicômio, para estadas breves (para a crise), protegidas (constante supervisão), para grupos. para pessoas sozinhas, comunidades-alojamentos
- reabilitação psicossocial cuida da casa e do habitar e não os mantem separados. casa = concreto habitar = ativação de desejos e habilidades
- trabalho da reabilitação psicossocial no hospital: humanização e direitos, desinstitucionalização das práticas transformação de espaços com a subjetivação dos indivíduos, mas também com espaços concretos onde se dorme, come, caminha, fala, onde se vive banalmente o cotidiano trocando afetos e mercadorias
- no hospital o dormir é regulado
- no hospital não dormir é intolerável
- no hospital amar é proibido ou culposamente tolerado
- no hospital comer é nutrir-se
- no hospital **trabalhar é direito descontínuo e dever traído**
- no hospital todos os aspectos da vida acontecem em um mesmo lugar sob mesma autoridade
- no hospital há contato estreito com muitas pessoas, todas tratadas iguais e sendo obrigadas as mesmas coisas
- no hospital as atividades diárias são rigorosamente agendadas e em ritmo pré-estabelecido
- desmontar instituição é desmontá-las de funções espaciais

- desmontar a instituição é a subjetivação dos espaços, de-simbolização e re-simbolização dos espaços
- transformar manicômios/enfermarias em lugares domésticos - este melhoramento pode ser entendido como álibi para a hegemonia manicomial, em vez da transformação do hospital psiquiátrico – as coisas devem ocorrer simultaneamente
- assumir que é possível trabalhar no habitar, mesmo que não exista casa. o habitat é central e deve ser perseguido em manicômios, casas, ambulatórios...
- o espaço se torna lugar e a instituição residencial, um habitat.
- onde quer que se encontre a pessoa, o habitat deve ser trabalhado
- os profissionais devem trabalhar no sentido da intermediação entre hospital e contexto social
- os profissionais devem trabalhar no sentido da mudança do plano individual, da desestruturação para a identidade
- os profissionais devem trabalhar no sentido da mudança do plano familiar, da expulsão, para a aceitação e do plano social
- os profissionais devem trabalhar no sentido da mudança da marginalização para a reinserção
- os espaços dos hospitais devem ser ocupados por todos os atores que lá se encontram
- casa é direito e a partir dele se constroem políticas
- direito não somete a casa, mas também a sua aquisição como processo de formação de cidadania
- necessidade sobre a qual se precisa trabalhar: a do habitar. de um lugar feito de atitudes, ações e pactos que possam dar vida, sempre chamando novos interlocutores
- inventar espaços onde se favoreça a passagem de espaços controlados pela razão burguesa, para espaços onde se possa experimentar a liberdade e seus riscos.
- modelo comunitário: mais benéficos e mais caros que hospitais
- as soluções habitacionais devem ser elásticas, ricas e determinadas pela preferência do usuário
- essencial garantir ao usuário suporte constante e intenso, seja domiciliar ou por meio de serviços sócio sanitários
- essencial desenvolver política de interação com a comunidade vizinha, para aumentar a tolerância e desenvolver solidariedade
- essencial manter relação com a família para co-envolvê-las na vida autônoma do usuário

Conteúdos presentes no eixo morar:

qualidade de vida

habitar

casa

casa = direito e a partir dele se constroem políticas

direito a aquisição da casa = cidadania

habitar + do que casa

habitar um lugar feito de atitudes, ações e pactos que possam dar vida

inventar espaços onde se possa experimentar a liberdade e seus riscos

decisão

humanização

direitos

transformação de espaços

subjetivação dos indivíduos

cotidiano

troca de afetos

mercadorias

autoridade

muitas pessoas sendo tradas iguais/subjetivação

atividades de vida diária pré-agendadas
 atividades de vida diária com ritmo pré-estabelecido
 significados dos espaços para as pessoas
 desmontar instituição = desmontá-las de funções espaciais
 desinstitucionalização
 transformar instituição em locais domésticos, que pode ser entendido como manutenção da hegemonia manicomial, em vez da transformação do hospital psiquiátrico. as coisas devem ocorrer simultaneamente
 função profissional de intermediador entre hospital e contexto social
 função profissional de intermediador entre o plano individual de desestruturação e identidade
 função profissional de intermediador entre plano familiar, da expulsão, para a aceitação e do plano social
 função profissional de intermediador entre marginalização e reinserção
 modelo comunitário mais caro, mas mais benéfico que os hospitais
 soluções habitacionais elásticas
 soluções habitacionais ricas
 soluções habitacionais determinadas pela preferência do usuário
 garantir ao usuário suporte domiciliar ou por serviços sócio sanitários constante e intenso
 desenvolver política de interação com a comunidade vizinha, para aumentar a tolerância
 desenvolver política de interação com a comunidade vizinha, para desenvolver solidariedade
 manter relação com a família para co-envolvê-las na vida autônoma do usuário.

Eixo Rede Social/Trocar as identidades

- invenção de lugar e onde haja trocas
- desabilitação: nela acontece a perda da rede, começando pela família
- sofrimento da família influi na riqueza da rede social e vice-versa
- intervenções que melhorem o setting familiar, melhoram a rede social
- família do usuário = definição mais inteligível do que seja a rede social dele
- programa reabilitativo deve ir além da intervenção familiar, já que a família pode não existir mais
- familiares experimentam danos: psicológicos, na organização da vida, materiais, relacionados às desabilidades psicossociais, na saúde
- dificuldade de relacionamento/interação entre família e usuário
- apoio psicológico, material, organizativo, social na interação e manejo – intervenção não só traz efeitos positivos, como diminui a orientação de expulsão do adoecido, o que traz também benefício para o usuário e para os programas de reabilitação
- objetivos da intervenção familiar: reduzir riscos de recaídas, melhorar qualidade de vida da família e usuário, ensinar habilidades de manejo e minimizar sintomas de desabilitação
- duas principais estratégias de intervenção familiar: intervenção psico-educacional e ensino de habilidades
- psico-educacional: fornecer informações claras para a família sobre natureza, causas, sintomas e sucessos terapêuticos, para aumentar a estabilidade emocional no ambiente familiar, as capacidades individuais dos familiares de interagir com o usuário, de maneira menos ameaçadora
- abordagem cognitivo-comportamental: objetivo de tornar o familiar capaz de exprimir as próprias necessidades e sentimentos de maneira direta, para facilitar as soluções de microconflitos
- consciência de trabalhadores da necessidade de Co envolvimento das famílias, para sucesso no tratamento

- trabalhadores: importante criar encontro entre abordagens técnicas e empíricas, para que a família deixe de ser cúmplice ou vítima e passe a ser protagonista responsável pelos processos de tratamento e da reabilitação psicossocial

Conteúdos presentes no eixo rede social/trocar identidades

invenção de lugar

trocas

desabilitação: perda da rede

desabilitação: perda da família

sofrimento da família influi na rede social da pessoa com transtorno mental

sofrimento da pessoa com transtorno mental influi na rede social/família

intervenções: melhorar setting familiar = melhorar rede social

família = definição mais inteligível de rede social

programa reabilitativo: ir além da intervenção familiar

família experimentam danos psicológicos

família experimentam danos na organização da vida

família experimentam danos materiais

família experimentam danos relacionados às desabilidades psicossociais

família experimentam danos na saúde

dificuldade de relacionamento entre família e pessoa com tm

apoio psicológico, material, organizativo, social na interação e manejo – intervenção não só traz efeitos positivos, como diminui a orientação de expulsão do adoecido, o que traz também benefício para o usuário e para os programas de reabilitação

objetivo intervenção familiar: reduzir riscos de recaídas

objetivo intervenção familiar: melhorar qualidade de vida da família

objetivo intervenção familiar: melhorar qualidade de vida da pessoa com transtorno mental

objetivo intervenção familiar: ensinar habilidades de manejo objetivo intervenção familiar: minimizar sintomas de desabilitação

estratégia de intervenção familiar psico-educacional: fornece informações claras para a família sobre natureza, causas, sintomas e sucessos terapêuticos, para aumentar a estabilidade emocional no ambiente familiar, as capacidades individuais dos familiares de interagir com o usuário, de maneira menos ameaçadora

estratégias de intervenção familiar de abordagem cognitivo-comportamental: objetivo de tornar o familiar capaz de exprimir as próprias necessidades e sentimentos de maneira direta, para facilitar as soluções de microconflitos

trabalhadores da sm devem ter consciência da necessidade de Co envolvimento das famílias, para sucesso no tratamento

trabalhadores: importante criar encontro entre abordagens técnicas e empíricas, para que a família deixe de ser cúmplice ou vítima e passe a ser protagonista responsável pelos processos de tratamento e da reabilitação psicossocial

Eixo Trabalho/Produzir e trocar mercadorias e valores

- se entendido como uma simples maneira de desenvolver tarefas, pode ser considerado como maneira de conter
- quando entendido como inserção laborativa pode promover articulação do campo dos interesses, necessidades e desejos. neste caso, meio de sustento e de autorrealização, não apenas ao valor que a sociedade atribui ao trabalho
- trabalho no manicômio: norma moral, desfrutar, entretenimento, terapia, exploração
- muitas vezes quando a pessoa é desospitalizada e não desinstitucionalizada: cultura reabilitadora pelo trabalho com ênfase na terapia ocupacional, na formação profissional e reinserção no trabalho.
- importante indicador de funcionamento social
- modelo psiquiátrico ignora o sentido do trabalho (econômico, social e psicológico)
- modelo psiquiátrico instaura relação entre desabilidade e habilidade/ paciente e curador

- dificuldades objetivas (vocational rehabilitation): o que se faz passar por reabilitação laborativa é entretenimento ambiente sem preparo para receber pessoas desabilitadas e reabilitadas e sem sustento a longo prazo e falta de saída real pela reabilitação pelo trabalho
- operador psiquiátrico: negociar a oportunidade de trabalho em nome do usuário
- os programas de reabilitação esbarram na distância entre serviços de reabilitação e o mundo externo
- existem muitos modelos funcionais ao modelo biopsicomédico que o sustentam, que identificam o trabalho como instrumento de reabilitação psicossocial, subordinado à cura e como indicador de êxito da cura, ou o retorno à normalidade
- trabalho é importante na vida das pessoas e há necessidade de intervir reabilitativamente nesta direção
- a integração do trabalho nos ambientes reabilitativos separa terapia e reabilitação e também é separado no nível administrativo e formativo
- obstáculo na integração de estratégias laborativas no sistema de saúde mental: rigidez dos procedimentos, programas e esperas
- obstáculo na integração de estratégias laborativas no sistema de saúde mental: isolamento da comunidade e das famílias
- obstáculo na integração de estratégias laborativas no sistema de saúde mental: desperdício de energia para corrigir os defeitos citados
- obstáculo na integração de estratégias laborativas no sistema de saúde mental: sistema de relato dos operadores que trabalham no interior de disciplinas separadas por demais autorreferentes
- a visão prevalente do trabalho sobre a saúde mental é simplificada, porque não considera o contexto pessoal, social e econômico do trabalho e idealizado porque ignora os limites e contradições gerados por este contexto
- variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho: exploração, mercado de trabalho, inflexibilidade da organização de trabalho – enquanto resguarda o contexto econômico. isto gera passagem de produção do âmbito familiar, para o industrial. os settings de trabalhos não são tão tolerantes, com brechas adaptadas as habilidades de cada pessoa e que exigiam menor competência social e generalização das capacidades. o mercado de trabalho age sobre a desocupação e a discriminação para compensar
- variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho: estigma, intolerância, grau de socialização, relações interpessoais e expectativas sobre o contexto social
- variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho: grau de autoestima e trabalho como realização pessoas, no que se refere ao contexto pessoal
- para superar este obstáculo é necessário enfrentar o problema entre a relação trabalho x doença mental sob um ponto de vista alternativo, que permita uma radical recomposição do campo. a origem da relação entre psiquiatria e trabalho tem origem na prática e teoria da desinstitucionalização, da instituição negada. são a partir dela que se torna possível a crítica ao manicômio e as práticas de terapia ocupacional. a desinstitucionalização não pode e não deve ser praticada apenas no interior da instituição fechada, pq esta desarticulação separa a história do indivíduo. assim, a dupla desinstitucionalização-reabilitação vale no hospital psiquiátrico e em qualquer lugar na proposta de desinstitucionalizar e reabilitar o contexto.
- para delinear o esquema desinstitucionalização - reabilitação psicossocial é necessário fazer análise geral dos fenômenos sociais e políticos em conexão com a assistência psiquiátrica: a desinstitucionalização, a avaliação crítica da ergoterapia, a crise do welfare
- desinstitucionalização: restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição.
- desinstitucionalização: possibilidade de recuperação da contratualidade - posse de recursos para trocas sociais e cidadania social

- contratualidade - posse de recursos para trocas sociais e cidadania social
- a ergoterapia, embora tenha filosofia originária com objetivos terapêuticos, na instituição era traduzida como trabalho alienado, não reconhecido e não pago. dialeticamente a isto, o trabalho assalariado na instituição foi o germe da desinstitucionalização
- desenvolvimento do trabalho anti-institucional no manicômio: criação de cooperativas - problema jurídico do trabalhador louco evidenciou contradição e potencialidade, pois clareou o aspecto mistificador da ergoterapia institucional. quando apareceu as possibilidades de construção de cooperativas as pessoas tronaram-se juridicamente capazes de se constituir como sócios. isto contribuiu para o entendimento dos mecanismos anti-institucionais no trabalho
- cooperativa: forma organizacional mais inovadora – oposto da lógica do trabalho dependente e coo forma concreta de solidariedade.
- cooperativa: forma coletiva de exercício de empresa, com sócios “normais” e sócios “inabilitados” e da sustentação das entidades locais, o que se concretiza em intervenções promocionais (facilidade para equipamentos e locais), facilidade na inserção dos desabilitados (fiscalização dos ônus sociais), intervenção para favorecer a produção (linhas de crédito facilitado e cursos de formação)
- cooperativas integradas: ao mesmo tempo serviços de tratamento e lugares de produção (no mercado) e estes dois aspectos são mediados pela sua função formativa
- cooperativas: lugares de promoção de autonomia e proteção – funções que deveriam ser próprias de bons serviços de saúde mental
- cooperativas: geram espaços adequados a qualquer um
- desinstitucionalizar o trabalho: desperdício de produtividade (trabalho/salário)
- trabalho e lucro são pontos de partida, não de chegada no processo reabilitativo. isto confere cidadania aos que trabalham
- trabalho com base concreta de comunicação: práticas de negociação e troca
- em situações de produção e mercado mais protegidos (sustentados economicamente na passividade) a pessoa é antes de tudo menos selecionado e colocado em condição de produzir trabalho mais coerente e significativo por si mesmo. paradoxalmente, a proteção do mercado, torna o trabalho protegido verdadeiro ou dotado de mais sentido, com consequências positivas na autoestima, ainda que sejam muito conhecidos os riscos de assistencialismo
- necessidade de grande articulação dos cenários produtivos
- as pequenas cooperativas protegidas têm alta rentabilidade reabilitativa e baixa rentabilidade econômica
- grandes cooperativas de produção cultural e a sua inserção em sistemas produtivos de livre mercado geram mais alta rentabilidade econômica e modesta rentabilidade reabilitativa
- a tradicional inserção no mundo do trabalho se mostra falida, por isto há necessidade de criar alternativas de forma autônoma de postos de trabalho
- necessário: repensar organização produtiva e os percursos de adaptação
- necessário: promover situações de formação de trabalho a sujeitos em desvantagem, em confronto com o mercado
- cooperativas: noção de empresa social (e suas práticas) – produção de empresas que criam valor social acrescido. isto não define um modelo de reabilitação psiquiátrica centrado nas cooperativas de trabalho, ela não é empresa com um pouco de social, não é assistência com um pouco de trabalho e nem é social como empresa
- empresa social tem caráter de empreendimento não apenas econômico, mas também social. promove novas redes e novas relações entre sujeitos sociais
- direitos: eixo central da desinstitucionalização. quando não são respeitados, o problema não é apenas o de restituir os direitos, como também o de criar direitos que nunca existiram
- é necessário afirmar a liberdade em manicômio, nas práticas e nas culturas anti-terapêuticas e a liberdade de habitar, trabalhar, aprender, trocar e exprimir-se, dando fundamento concreto aos direitos de cidadania

- a pobreza do manicômio é a forma condensada e clamorosa da pobreza dos serviços, os quais, como no manicômio, reproduzem cronicidade, dependência, barreiras, exclusões, invalidações e aquela infantilização de quem é considerado e tratado unicamente como depositário passivo de intervenções e suportes, ou seja, com custo.
- a empresa social separa cultura forte do mercado da fraça dos excluídos do mercado, inventando/encontrando no limite entre produção e reprodução a lógica do mercado, a lógica dos serviços, que permitem tornar circular e não separado o processo de consumo dos recursos e de produção dos recursos.
- a empresa social se propõe a tornar empresa produtiva a assistência pobre e ineficaz, pela multiplicação das trocas sociais, a reconversão e a valorização dos recursos desperdiçados nos serviços, nesses abandonados e congelados, o reconhecimento e a ativação dos recursos escondidos dentro e fora dos serviços.
- tornar produtiva a assistência pela mistura das culturas e práticas empresariais, ancorada no objetivo de revitalizar-se (reabilitar), de acrescentar capacidade e contratualidade, de produzir valor social aumentado
- empresas sociais se apresentam no mercado como unidade produtiva ou de serviço, na forma de cooperativa social, desenvolvida sob a égide institucional dos serviços psiquiátricos, que perseguem o empreendimento e a autossuficiência econômica, essas, permanecem prioritariamente dirigidas à sua razão social
- empresa social e cooperativas: não são sinônimos. os que trabalham nas cooperativas de empresas sociais são sócios ativos e empresários em um processo de trabalho que prevê a formação e produção, pois são fortemente incentivados no processo de responsabilidade e de incremento da capacidade de escolha e de risco que interessam a todos os participantes
- os lucros da unidade produtiva (cooperativa de empresa social) criam posterior oportunidade de empreendimento, de desenvolvimento das competências e da capacidade para os sócios
- cooperativas (de empresa social: o trabalho não é concebido como simples resposta à necessidade, mas como espaço de produção de sentido e valores subjetivos e de troca
- empresa social privilegia a dimensão da unidade produtiva, o que favorece o desenvolvimento de individuação e socialização
- atividades produtivas de empresas sociais: trabalham com mix de recursos, atores e contextos de origem e naturezas diferentes: combinam-se recursos dos financiamentos públicos e supranacionais, de fluxos normais da despesa sanitária (os salários dos trabalhadores) e de outras formas extraordinárias de financiamento (bolsa trabalho) dos lucros das cooperativas. este tipo de mix rompe a alternativa entre público e privado e prefigura nova forma de atividade econômica, não reduzida aos conceitos econômicos tradicionais.
- este dinamismo econômico tem a ver com dinamismo afetivo e relacional no interior das cooperativas e a função reabilitadora e terapêutica das cooperativas desafia os serviços psiquiátricos
- importante conceder crédito às pessoas a fim de que a sua autonomia e sua capacidade possam encontrar uma ocasião de expressão e de crescimento, na convicção de tornar empreendedores com respeito a si mesmos. para serem protagonistas das próprias escolhas é essencial mover-se em cenários de vidas reais, onde se trabalha e se ganha, troca e se consome, assim há multiplicação de trocas, produção de contextos e de redes nas quais as pessoas se encontram e se individualizam.
- o reforço das redes sociais da pessoa não é separado da dimensão da produção de redes e oportunidades de trocas que geram trabalho, bens, comunicação e relações. o consumo é parte integrante do mesmo sistema social que explica o impulso ao trabalho que é um componente da necessidade social de entrar em relação com outras pessoas e dispor de materiais de comunicação que permitem entrar em relação com elas
- a ideia de que os materiais de comunicação que permitem as relações são bens materiais explica também a importância de dispor de lugares, produtos de alta qualidade – o luxo é

- terapêutico, ou seja, existe uma dimensão estética, não somente ética do processo e do produto reabilitativo
- os lugares de assistência são em geral caracterizados por mensagens de desqualificação, de serialidade, de pobreza (também de relações e de experiências), os lugares para a terapia e reabilitação desmentem a sua finalidade. a qualidade dos espaços interage com a qualidade das relações e processos interativos (capacidade de atrair redistribuições de poder dos participantes que deixam de ser destinatários passivos da assistência e tornam-se produtores de competências e recursos
 - a qualidade dos produtos da empresa social é função da possibilidade de ser competitiva no mercado, assim também a qualidade do produto qualifica a autoestima do produtor
 - um dos mais importantes produtos da empresa social é a sua função competitiva com a cultura asfixiante da psiquiatria dos serviços, a função de fazer a psiquiatria compreender a diferença entre reprodução (auto reprodução) e desconstrução
 - a matéria-prima é dada pelos indivíduos e são seus saberes, suas estratégias
 - o importante é que exista comercio entre eles e nosso dever é vivificar a cena, colocá-la no mercado, se não fizermos isto nos resta apenas gerir um resíduo inerte: a doença e a inabilidade

Conteúdos presentes no eixo trabalho/ Produzir e trocar mercadorias e valores

trabalho

tarefas

contenção

inserção laborativa

campos interesses necessidade e desejos

sustento

autorrealização

norma moral

entretenimento

terapia

exploração

desospitalização

desinstitucionalização

reabilitar pelo trabalho = cultura

terapia ocupacional

formação profissional

reinserção no trabalho

funcionamento social

modelo psiquiátrico ignora o sentido do trabalho (econômico, social e psicológico)

modelo psiquiátrico = relação desabilidade x habilidade

modelo psiquiátrico = relação paciente x curador

dificuldade: reabilitação laborativa é entretenimento

dificuldade: ambiente sem preparo para receber pessoas desabilitadas e reabilitadas

dificuldade: ambiente sem sustento a longo prazo

dificuldade: falta de saída real pela reabilitação pelo trabalho

operador psiquiátrico

negociar oportunidade de trabalho

distância entre serviços de reabilitação e o mundo externo

modelos funcionais ao modelo biopsicomédico

trabalho como instrumento de reabilitação psicossocial, subordinado à cura

trabalho como indicador de êxito da cura

trabalho como retorno à normalidade

trabalho importante na vida

necessidade de intervir reabilitativamente na direção do trabalho

integração trabalho e ambientes reabilitativos = separar terapia e reabilitação

integração trabalho e ambientes reabilitativos = separar nível administrativo e formativo

obstáculo na integração de estratégias laborativas no sistema de saúde mental: rigidez dos procedimentos, programas e esperas

obstáculo: isolamento da comunidade e das famílias

obstáculo: desperdício de energia para corrigir os defeitos

obstáculo: operadores que trabalham em disciplinas separadas

visão simplificada do trabalho na saúde mental: não considera contexto pessoal, social e econômico do trabalho

visão simplificada do trabalho na saúde mental: ignora limites e contradições

variáveis determinantes para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho: exploração, mercado de trabalho, inflexibilidade da organização de trabalho passagem de produção familiar para industrial.

settings de trabalho

tolerância com as habilidades de cada pessoa, exigem menor competência social e generalização de capacidades

mercado de trabalho age sobre a desocupação e a discriminação

variáveis determinantes para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho: estigma, intolerância, grau de socialização, relações interpessoais e expectativas sobre o contexto social

variáveis determinantes para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho: autoestima, trabalho como realização pessoal

enfrentar o problema entre a relação trabalho x doença mental com ponto de vista que permita recomposição do campo

psiquiatria x trabalho: origem na desinstitucionalização- instituição negada = crítica ao manicômio e as práticas de terapia ocupacional

desinstitucionalização não pode ser praticada apenas no interior da instituição fechada porque separa a história do indivíduo

desinstitucionalização-reabilitação (do contexto) = juntas. vale no hospital psiquiátrico e em qualquer lugar

necessário análise dos fenômenos sociais e políticos em conexão com a assistência psiquiátrica: a desinstitucionalização, a avaliação crítica da ergoterapia, a crise do welfare state

desinstitucionalização: restituição da subjetividade e relação com a instituição

desinstitucionalização: possibilidade de recuperar contratualidade

contratualidade - recursos para trocas sociais e cidadania social

ergoterapia

ergoterapia, embora na origem com objetivos terapêuticos, na instituição era traduzida como trabalho alienado, não reconhecido e não pago.

trabalho assalariado na instituição = germe da desinstitucionalização

empresa social

cooperativas

empresa social e cooperativas não são sinônimos

empresa social: produção de empresas que criam valor social acrescido

empresa social: caráter de empreendimento econômico e social. promove novas redes

empresa social: novas relações entre sujeitos sociais

empresa social: separa cultura forte do mercado da fraca dos excluídos do mercado

empresa social: inventa/encontra no limite entre produção e reprodução a lógica do mercado, a lógica dos serviços, que permitem tornar circular e não separado o processo de consumo dos recursos e de produção dos recursos

empresa social: empresa produtiva à assistência pobre e ineficaz

empresa social: multiplicação das trocas sociais

empresa social: reconversão e valorização dos recursos desperdiçados nos serviços

empresa social: privilegia a dimensão da unidade produtiva, favorecendo o desenvolvimento de individuação e socialização

empresas sociais: se apresentam no mercado como unidade produtiva ou de serviço, na forma de cooperativa social, (sob a égide dos serviços psiquiátricos), que perseguem o empreendimento e a autossuficiência econômica, prioritariamente dirigidas à sua razão social trabalho anti-institucional no manicômio: criação de cooperativas - pessoas tornaram-se juridicamente capazes serem sócios

atividade produtivas de empresas sociais: mistura de recursos, atores e contextos de origem e naturezas diferentes

atividade produtivas de empresas sociais: combinam recursos dos financiamentos públicos e supranacionais, de fluxos normais da despesa sanitária (os salários dos trabalhadores) e de outras formas extraordinárias de financiamento (bolsa trabalho) dos lucros das cooperativas. rompimento entre público x privado - nova forma de atividade econômica, não reduzida aos conceitos econômicos tradicionais

este dinamismo econômico: tem a ver com dinamismo afetivo/relacional das cooperativas

este dinamismo econômico: tem a ver com a função reabilitadora e terapêutica das cooperativas

este dinamismo econômico: desafia os serviços psiquiátricos

cooperativa: forma organizacional mais inovadora

cooperativa: oposto da lógica do trabalho dependente

cooperativa: forma concreta de solidariedade.

cooperativa: forma coletiva de exercício de empresa, com sócios "normais" e sócios "inabilitados"

cooperativa: sustentação das entidades locais

cooperativa: intervenções promocionais (facilidade para equipamentos e locais), facilidade na inserção dos desabilitados (fiscalização dos ônus sociais), intervenção para favorecer a produção (linhas de crédito facilitado e cursos de formação)

cooperativas: promoção de autonomia e proteção – funções que deveriam ser próprias de bons serviços de saúde mental

cooperativas: geram espaços adequados a qualquer um

cooperativas integradas: ao mesmo tempo serviços de tratamento e lugares de produção (no mercado) e estes dois aspectos são mediados pela sua função formativa

os que trabalham nas cooperativas de empresas sociais são sócios ativos e empresários em um processo de trabalho que prevê a formação e produção, pois são fortemente incentivados no processo de responsabilidade e de incremento da capacidade de escolha e de risco que interessam a todos os participantes

lucros da unidade produtiva (cooperativa de empresa social): criam oportunidade de empreendimento, de desenvolvimento das competências e da capacidade para os sócios

cooperativas (de empresa social): o trabalho não é concebido como simples resposta à necessidade, mas como espaço de produção de sentido e valores subjetivos e de troca

desinstitucionalizar o trabalho: desperdício de produtividade (trabalho/salário)

direitos

direitos: eixo central da desinstitucionalização

direitos: quando não são respeitados, o problema não é apenas o de restituir os direitos, como também o de criar direitos que nunca existiram

liberdade no manicômio nas práticas e nas culturas anti-terapêuticas

liberdade de habitar, trabalhar, aprender, trocar e exprimir-se, dando fundamento concreto aos direitos de cidadania

trabalho e lucro como pontos de partida, não de chegada = cidadania aos que trabalham

trabalho com base concreta de comunicação: práticas de negociação e troca

produção e mercado mais protegidos: pessoa menos selecionada é colocado em condição de produzir trabalho mais coerente e significativo por si mesmo

produção e mercado mais protegidos: trabalho verdadeiro/com mais sentido = consequências positivas na autoestima, mas riscos de assistencialismo

articulação dos cenários produtivos

pequenas cooperativas protegidas = alta rentabilidade reabilitativa e baixa rentabilidade econômica

grandes cooperativas de produção cultural e a sua inserção em sistemas produtivos de livre mercado = alta rentabilidade econômica e modesta rentabilidade reabilitativa
a tradicional inserção no mundo do trabalho = falida
criar alternativas de forma autônoma de postos de trabalho
repensar organização produtiva e os percursos de adaptação
promover situações de formação de trabalho a sujeitos em desvantagem, em confronto com o mercado
pobreza do manicômio = pobreza dos serviços
cronicidade
dependência
barreiras
exclusões
invalidações
infantilização de quem é considerado e tratado unicamente como depositário passivo de intervenções e suportes
tornar produtiva a assistência pela mistura das culturas e práticas empresariais
tornar produtiva a assistência: com o objetivo de revitalizar-se (reabilitar), de acrescentar capacidade e contratualidade, de produzir valor social aumentado
conceder crédito às pessoas
autonomia
tornar-se empreendedor
protagonismo
mover-se em cenários de vidas reais, onde se trabalha e se ganha, troca e se consome
multiplicação de trocas, produção de contextos e de redes nas quais as pessoas se encontram e se individualizam.
reforço das redes sociais juntamente com a dimensão da produção de redes e oportunidades de trocas que geram trabalho, bens, comunicação e relações
consumo é parte integrante do mesmo sistema social que explica o impulso ao trabalho
trabalho = um componente da necessidade social de entrar em relação com outras pessoas
comunicação
comunicação que permite entrar em relação com as pessoas
dispor de lugares e produtos de alta qualidade
luxo é terapêutico
dimensão estética, não somente ética do processo e do produto reabilitativo
lugares de assistência: em geral caracterizados por mensagens de desqualificação, de serialidade, de pobreza (também de relações e de experiências), os lugares para a terapia e reabilitação desmentem a sua finalidade
qualidade dos espaços interage com a qualidade das relações e processos interativos (capacidade de atrair redistribuições de poder dos participantes que deixam de ser destinatários passivos da assistência e tornam-se produtores de competências e recursos
a qualidade dos produtos da empresa social: função da possibilidade de ser competitiva no mercado
qualidade do produto: qualifica a autoestima do produtor
um dos mais importantes produtos da empresa social é a sua função competitiva com a cultura asfíxiante da psiquiatria dos serviços, a função de fazer a psiquiatria compreender a diferença entre reprodução (auto reprodução) e desconstrução
a matéria-prima é dada pelos indivíduos e são seus saberes, suas estratégias
importante que exista comércio
dever do profissional de vivificar a cena, colocá-la no mercado, para não gerir um resíduo inerte: a doença e a inabilidade

Apêndice M – Primeira versão completa da escala

Sobre a Lei nº 10.216, a sua disciplina

Aborda a necessidade de informar a **pessoa com transtorno mental** sobre o seu direito de:

Questões	Resposta	
01. Ter acesso ao melhor tratamento no sistema de saúde	SIM	NÃO
02. Ser protegida contra abusos	SIM	NÃO
03. Ter mantidas sigilosas as suas informações	SIM	NÃO
04. Obter esclarecimento médico, em qualquer tempo, sobre a necessidade de sua hospitalização involuntária	SIM	NÃO
05. Obter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis	SIM	NÃO
06. Receber o maior número de informações a respeito de seu estado de saúde	SIM	NÃO
07. Receber o maior número de informações a respeito de seu tratamento	SIM	NÃO
08. Ser tratada em ambiente terapêutico	SIM	NÃO
09. Ser tratada pelos meios menos invasivos possíveis	SIM	NÃO
10. Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários	SIM	NÃO
11. Ser tratada com humanidade	SIM	NÃO
12. Ser tratada com respeito	SIM	NÃO
13. Que seu tratamento vise a sua recuperação pela inserção na família	SIM	NÃO
14. Que seu tratamento vise a sua recuperação pela inserção no trabalho	SIM	NÃO
15. Que seu tratamento vise a sua recuperação pela inserção na comunidade	SIM	NÃO

Aborda a necessidade de informar o **responsável** pela pessoa com transtorno mental, sobre o direito desta de:

* **Considera-se responsável quem cuida da pessoa com transtorno mental, podendo ser familiar e cuidador**

Questões	Resposta	
16. Ter acesso ao melhor tratamento no sistema de saúde	SIM	NÃO
17. Ser protegida contra abusos	SIM	NÃO
18. Ter mantidas sigilosas as suas informações	SIM	NÃO
19. Obter esclarecimento médico, em qualquer tempo, sobre a necessidade de sua hospitalização involuntária	SIM	NÃO
20. Obter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis	SIM	NÃO
21. Receber o maior número de informações a respeito de seu estado de saúde	SIM	NÃO
22. Receber o maior número de informações a respeito de seu tratamento	SIM	NÃO
23. Ser tratada em ambiente terapêutico	SIM	NÃO

24.Ser tratada pelos meios menos invasivos possíveis	SIM	NÃO
25.Ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários	SIM	NÃO
26.Ser tratada com humanidade	SIM	NÃO
27.Ser tratada com respeito	SIM	NÃO
28.Que seu tratamento vise a sua recuperação pela inserção na família	SIM	NÃO
29.Que seu tratamento vise a sua recuperação pela inserção no trabalho	SIM	NÃO
30.Que seu tratamento vise a sua recuperação pela inserção na comunidade	SIM	NÃO

Sobre a reabilitação psicossocial, a sua disciplina aborda:

Questões	Resposta	
31. Que ela é a finalidade do atendimento em saúde mental	SIM	NÃO
32. Que ela objetiva o melhoramento das desabilidades	SIM	NÃO
33. Que o melhoramento das desabilidades facilita a equiparação da pessoa com transtorno mental com pessoas sem transtornos mentais	SIM	NÃO

Sobre o Eixo Morar:		
Questões	Resposta	
34. A influência da variável lugar sobre procedimentos da reabilitação psicossocial	SIM	NÃO
35. A influência da variável lugar sobre os resultados da reabilitação psicossocial	SIM	NÃO
36. Que o fortalecimento eixo rede social/trocar as identidades, da reabilitação psicossocial, aumentam a capacidade contratual	SIM	NÃO
37. Que casa é direito	SIM	NÃO
38. Que a concepção de casa como direito é pré-requisito para construção de políticas públicas	SIM	NÃO
39. Que a concepção de direito à casa inclui a sua aquisição como processo de formação de cidadania	SIM	NÃO
40. Que, a reabilitação psicossocial aborda o conceito de casa como o concreto	SIM	NÃO
41. Que a reabilitação psicossocial aborda o conceito de habitar como ativação de desejos relacionados ao local em que se mora	SIM	NÃO
42. Que a reabilitação psicossocial aborda o conceito de habitar como ativação habilidades relacionadas ao morar	SIM	NÃO
43. Que o conceito de habitar está relacionado a um lugar feito de atitudes, que possam dar vida ao espaço	SIM	NÃO
44. Que o conceito de habitar está relacionado à criação de lugares substitutivos aos espaços controlados, onde se possa experimentar a liberdade e seus riscos	SIM	NÃO
45. Que o modelo comunitário é mais caro que os hospitais psiquiátricos	SIM	NÃO
46. Que o modelo comunitário é mais benéfico do que os hospitais psiquiátricos	SIM	NÃO
47. Que as soluções habitacionais devem ser elásticas	SIM	NÃO

48. Que as soluções habitacionais devem ser determinadas pela preferência da pessoa com transtorno mental	SIM	NÃO
49. Que é essencial garantir ao usuário suporte constante (domiciliar ou por meio de serviços socio-sanitários)	SIM	NÃO
50. que é essencial garantir ao usuário suporte intenso (domiciliar ou por meio de serviços socio-sanitários)	SIM	NÃO
51. Que é essencial desenvolver política de interação com a comunidade vizinha	SIM	NÃO
52. Que políticas de interação com a comunidade vizinha aumentar a tolerância	SIM	NÃO
53. que é essencial desenvolver política de interação com a comunidade vizinha	SIM	NÃO
54. que políticas de interação com a comunidade vizinha desenvolve a solidariedade	SIM	NÃO
55. Que é essencial manter relação com a família para co-envolve-las na vida autônoma do usuário	SIM	NÃO
56. Que o morar é um elemento fundamental para a qualidade de vida da pessoa com transtorno mental	SIM	NÃO
57. Que o morar é diferente de estar	SIM	NÃO
58. Que no estar o indivíduo não tem poder material	SIM	NÃO
59. Que no estar o indivíduo não tem poder de decisão	SIM	NÃO
60. Que o morar se relaciona à contratualidade em relação a organização do lar	SIM	NÃO
61. Que o morar se relaciona à contratualidade em relação a afetividade no lar	SIM	NÃO
62. Que no manicômio nega-se o habitar e afirma-se o estar	SIM	NÃO
63. Que no manicômio afirma-se o estar	SIM	NÃO
64. Que casa é uma questão central de saúde mental/psiquiatria	SIM	NÃO
65. Que casas protegidas são uma alternativa ao manicômio	SIM	NÃO
66. Que o trabalho a humanização do atendimento faz parte da reabilitação psicossocial no hospital	SIM	NÃO
67. Que a garantia de direitos do usuário do serviço faz parte da reabilitação psicossocial no hospital	SIM	NÃO
68. Que a desinstitucionalização das práticas faz parte da reabilitação psicossocial no hospital	SIM	NÃO
69. Que à transformação de espaços visando a subjetivização dos indivíduos faz parte da reabilitação psicossocial no hospital	SIM	NÃO
70. Que o trabalho da reabilitação psicossocial no hospital está relacionado à espaços concretos (Onde se dorme, come, caminha, fala) vivenciando afetos	SIM	NÃO
71. Que o trabalho da reabilitação psicossocial no hospital psiquiátrico está relacionado à espaços concretos (Onde se dorme, come, caminha, fala), trocando mercadorias	SIM	NÃO
72. Que o dormir é regulado nos hospitais psiquiátricos	SIM	NÃO
73. Que o não dormir é intolerável nos hospitais psiquiátricos	SIM	NÃO
74. Que algumas formas de amar são proibidas nos hospitais psiquiátricos	SIM	NÃO
75. Que algumas formas de amar são culposamente toleradas nos hospitais psiquiátricos	SIM	NÃO
76. Que comer está relacionado a nutrir-se nos hospitais psiquiátricos	SIM	NÃO
77. Que todos os aspectos da vida acontecem em um mesmo lugar nos hospitais psiquiátricos	SIM	NÃO
78. Que todos os aspectos da vida acontecem sob a mesma autoridade nos hospitais psiquiátricos	SIM	NÃO

79. Que as pessoas tratadas nos hospitais psiquiátricos são submetidas ao mesmo cotidiano	SIM	NÃO
80. Que as pessoas tratadas nos hospitais psiquiátricos têm sua possibilidade de subjetivização diminuída	SIM	NÃO
81. Que nos hospitais psiquiátricos as atividades diárias são rigorosamente agendadas	SIM	NÃO
82. Que nos hospitais psiquiátricos as atividades diárias ocorrem em ritmo pré-estabelecido	SIM	NÃO
83. Que desmontar o modelo hospitalar é destituir a instituição das suas funções espaciais	SIM	NÃO
84. Que desmontar o modelo hospitalar está relacionado à valorização da subjetivização dos espaços	SIM	NÃO
85. Que desmontar o modelo hospitalar está relacionado à de-simbolização dos espaços	SIM	NÃO
86. Que desmontar o modelo hospitalar está relacionado à re-simbolização dos espaços	SIM	NÃO
87. Que transformar manicômios em lugares domésticos não garante a reabilitação psicossocial	SIM	NÃO
88. A Existência de uma hegemonia manicomial	SIM	NÃO
89. Que esmo sem casa (espaço físico) é possível estimular o habitar	SIM	NÃO
90. Que o habitar é central na reabilitação psicossocial	SIM	NÃO
91. Que o habitar deve ser objetivado em qualquer lugar onde o atendimento ocorra	SIM	NÃO
92. Que quando o habitar é visto como centra o espaço se torna lugar	SIM	NÃO
93. Que quando o habitar é visto como central, a instituição onde a pessoa é atendida se torna um habitat	SIM	NÃO
94. Que os profissionais devem trabalhar pela intermediação entre hospital e contexto social	SIM	NÃO
95. Que os profissionais devem trabalhar para que o indivíduo seja visto como uma pessoa que possui a sua identidade	SIM	NÃO
96. Que os profissionais devem trabalhar para a aceitação familiar do indivíduo	SIM	NÃO
97. Que os profissionais devem trabalhar para reinserção social da pessoa com transtorno mental	SIM	NÃO
98. Que os espaços dos hospitais devem ser ocupados por todos os atores que lá se encontram	SIM	NÃO

Sobre o Eixo Rede Social/Trocar Identidades		
Questões	Resposta	
99. Que o eixo rede social/trocar as identidades é relacionado à invenção de um lugar social onde haja trocas	SIM	NÃO
100. O efeito habilitador como uma oportunidade de aumento de troca de recursos?	SIM	NÃO
101. O efeito habilitador como uma oportunidade de aumento de troca de afetos	SIM	NÃO
102. A possibilidade de se estabelecer uma rede de negociação por meio de trocas afetivas	SIM	NÃO
103. O aumento da participação e a contratualidade real da pessoa com transtorno mental por meio de redes de negociação	SIM	NÃO
104. A necessidade de abertura de espaços de negociação para o usuário do serviço de saúde mental	SIM	NÃO
105. A necessidade de abertura de espaços de negociação para a família do usuário do serviço de saúde mental	SIM	NÃO
106. A necessidade de abertura de espaços de negociação para comunidade onde se localiza o serviço de saúde mental	SIM	NÃO
107. Que pela desabilitação há a perda da rede familiar	SIM	NÃO
108. Que o sofrimento da família influi na riqueza da rede social	SIM	NÃO

109. Que a riqueza da rede de interações sociais da pessoa com transtorno mental influi no sofrimento de sua família	SIM	NÃO
110. Que intervenções que melhorem o setting familiar, melhoram a rede de interações sociais	SIM	NÃO
111. Que a família do usuário é a definição mais inteligível do que seja a rede de interações sociais dele	SIM	NÃO
112. Que um programa de reabilitação deve ir além da intervenção familiar	SIM	NÃO
113. Que familiares experimentam danos psicológicos	SIM	NÃO
114. Que familiares experimentam danos na organização da vida	SIM	NÃO
115. Que familiares experimentam danos materiais	SIM	NÃO
116. Que familiares experimentam danos na sua saúde	SIM	NÃO
117. Que as dificuldades de relacionamento entre a pessoa com transtorno mental e a sua família devem ser objetos de intervenção	SIM	NÃO
118. A necessidade de apoio psicológico no manejo das relações familiares	SIM	NÃO
119. A necessidade de apoio material no manejo das relações familiares	SIM	NÃO
120. A necessidade de apoio organizativo no manejo das relações familiares	SIM	NÃO
121. A necessidade de apoio social no manejo das relações familiares	SIM	NÃO
122. Que a intervenção na família traz efeitos benéficos à saúde mental	SIM	NÃO
123. Que a intervenção na família diminui a orientação de expulsão da pessoa com transtorno mental de seu lar	SIM	NÃO
124. Que a diminuição da orientação de expulsão da pessoa com transtorno mental de seu lar, traz benefício para o usuário e para os programas de reabilitação psicossociais	SIM	NÃO
125. Que a diminuição da orientação de expulsão da pessoa com transtorno mental de seu lar, traz benefício para os programas de reabilitação psicossociais	SIM	NÃO
126. Que um dos objetivos da intervenção na família da pessoa com transtorno mental é reduzir riscos de recaídas	SIM	NÃO
127. Que um dos objetivos da intervenção na família da pessoa com transtorno mental é melhorar qualidade de vida da família	SIM	NÃO
128. Que um dos objetivos da intervenção na família da pessoa com transtorno mental é melhorar a sua qualidade de vida	SIM	NÃO
129. Que um dos objetivos da intervenção na família da pessoa com transtorno mental é ensinar habilidades de manejo	SIM	NÃO
130. Que um dos objetivos da intervenção na família da pessoa com transtorno mental é minimizar sintomas de desabiitação	SIM	NÃO
131. Que uma das principais estratégias de intervenção familiar é a intervenção psico-educacional(fornecer informações claras para a família sobre natureza, causas, sintomas e sucessos terapêuticos)	SIM	NÃO
132. Que uma das principais estratégias de intervenção familiar é o ensino de habilidades(tornar o familiar capaz de exprimir as próprias necessidades e sentimentos de maneira direta)	SIM	NÃO
133. A necessidade da tomada de consciência, pelos trabalhadores de saúde mental, da necessidade de co-envolvimento das famílias	SIM	NÃO
134. A necessidade de os trabalhadores usarem abordagens técnicas, para que a família passe a ser protagonista dos processos de reabilitação psicossocial	SIM	NÃO
135. A necessidade de os trabalhadores usarem abordagens empíricas com a família	SIM	NÃO

Sobre o Eixo Trabalho/Produzir e trocar mercadorias e valores		
Questões	Resposta	
136.A possibilidade de o sujeito exercer seu poder de relação por meio da troca de oportunidades material	SIM	NÃO
137.Que o mercado precisa estar preparado para receber os considerados, pela sociedade, como fracos	SIM	NÃO
138.Que o mercado precisa estar preparado para receber os considerados, pela sociedade, como fortes	SIM	NÃO
139.Que o fortalecimento do eixo trabalho, da reabilitação psicossocial, aumenta a capacidade contratual	SIM	NÃO
140.Que o trabalho, se entendido como uma simples maneira de desenvolver tarefas, pode ser considerado como maneira de conter	SIM	NÃO
141.Que o trabalho, quando entendido como inserção laborativa, pode promover articulação do campo dos interesses, necessidades e desejos	SIM	NÃO
142.Que o trabalho, quando entendido como inserção laborativa, pode promover articulação do campo das necessidades	SIM	NÃO
143.Que o trabalho, quando entendido como inserção laborativa, pode promover articulação do campo dos desejos	SIM	NÃO
144.Que o trabalho pode ser entendido como um meio de autorrealização	SIM	NÃO
145.Que o trabalho pode ser significar mais do que o valor que a sociedade atribui a ele	SIM	NÃO
146.Que o trabalho no manicômio, está relacionado à norma moral	SIM	NÃO
147.Que o trabalho no manicômio pode ser considerado exploração (ainda que justificado)	SIM	NÃO
148.Que existe uma cultura reabilitadora pelo trabalho com ênfase na terapia ocupacional, quando a pessoa é desospitalizada e não desinstitucionalizada	SIM	NÃO
149.Que existe uma cultura reabilitadora pela formação profissional para a reinserção no trabalho, quando a pessoa é desospitalizada e não desinstitucionalizada	SIM	NÃO
150.Que o trabalho é um importante indicador de funcionamento social	SIM	NÃO
151.Que o modelo psiquiátrico ignora o sentido econômico do trabalho	SIM	NÃO
152.Que o modelo psiquiátrico ignora o sentido social do trabalho	SIM	NÃO
153.Que o modelo psiquiátrico ignora o sentido psicológico do trabalho	SIM	NÃO
154.Que o modelo psiquiátrico instaura relação entre desabilidade e habilidade	SIM	NÃO
155.Que o modelo psiquiátrico instaura relação entre paciente e curador	SIM	NÃO
156.Que é função do operador psiquiátrico negociar a oportunidade de trabalho em nome do usuário	SIM	NÃO
157.Que os programas de reabilitação esbarram na distância entre serviços de reabilitação e o mundo externo	SIM	NÃO
158.Que existem muitos modelos funcionais ao modelo biopsicomédico que o sustentam, que identificam o trabalho como instrumento de reabilitação psicossocial, subordinado à cura	SIM	NÃO
159.Que existem muitos modelos funcionais ao modelo biopsicomédico que o sustentam, que identificam o trabalho como indicador de êxito da cura/retorno à normalidade	SIM	NÃO
160.Que o trabalho é importante na vida das pessoas	SIM	NÃO
161.Que há necessidade de intervir reabilitativamente na direção da inserção de trabalho	SIM	NÃO

162. Que a integração do trabalho nos ambientes reabilitativos separa terapia e reabilitação	SIM	NÃO
163. Que a integração do trabalho nos ambientes reabilitativos separa o nível administrativo do formativo	SIM	NÃO
164. Que obstáculo na integração de estratégias laborativas no sistema de saúde mental leva a rigidez dos procedimentos	SIM	NÃO
165. Que obstáculo na integração de estratégias laborativas no sistema de saúde mental leva a rigidez de programas	SIM	NÃO
166. Que obstáculo na integração de estratégias laborativas no sistema de saúde mental leva a esperas	SIM	NÃO
167. Que obstáculo na integração de estratégias laborativas no sistema de saúde mental leva ao desperdício de energia para corrigir os defeitos citados	SIM	NÃO
168. Que obstáculo na integração de estratégias laborativas no sistema de saúde mental leva ao isolamento da pessoa com transtorno mental da comunidade	SIM	NÃO
169. Que obstáculo na integração de estratégias laborativas no sistema de saúde mental leva ao isolamento da pessoa com transtorno mental das famílias	SIM	NÃO
170. Que a visão prevalente do trabalho sobre a saúde mental é simplificada	SIM	NÃO
171. Que a visão prevalente do trabalho sobre a saúde mental não considera que o contexto pessoal do trabalho é idealizado	SIM	NÃO
172. Que a visão prevalente do trabalho sobre a saúde mental ignorando os limites gerados pelo contexto pessoal do trabalho idealizado	SIM	NÃO
173. Que a visão prevalente do trabalho sobre a saúde mental ignora as contradições geradas pelo contexto pessoal do trabalho idealizado	SIM	NÃO
174. Que a visão prevalente do trabalho sobre a saúde mental ignora os limites gerados pelo contexto pessoal do trabalho idealizado	SIM	NÃO
175. Que a visão prevalente do trabalho sobre a saúde mental não considera o contexto social do trabalho sobre a saúde mental	SIM	NÃO
176. Que a visão prevalente do trabalho sobre a saúde mental não considera que o contexto econômico do trabalho é idealizado, ignorando os limites gerados por este contexto	SIM	NÃO
177. Que, a visão prevalente do trabalho sobre a saúde mental não considera que o contexto econômico do trabalho é idealizado, ignorando as contradições geradas por este contexto	SIM	NÃO
178. Que para delinear o esquema desinstitucionalização é necessário fazer análise geral dos fenômenos sociais em conexão com a assistência psiquiátrica	SIM	NÃO
179. Que para delinear o esquema desinstitucionalização é necessário fazer análise geral dos fenômenos políticos em conexão com a assistência psiquiátrica	SIM	NÃO
180. A desinstitucionalização como a restituição da subjetividade do indivíduo na sua relação com a instituição	SIM	NÃO
181. A contratualidade como posse de recursos para trocas sociais	SIM	NÃO
182. A contratualidade como posse de recursos para cidadania social	SIM	NÃO
183. A desinstitucionalização como possibilidade de recuperação da contratualidade	SIM	NÃO
184. Que a ergoterapia na instituição psiquiátrica era traduzida como trabalho alienado	SIM	NÃO
185. Que, a ergoterapia na instituição psiquiátrica era traduzida como trabalho não reconhecido	SIM	NÃO
186. Que a ergoterapia na instituição psiquiátrica era traduzida como trabalho não pago	SIM	NÃO

187. Que dialeticamente ao que foi exposto nas 3 questões anteriores, o trabalho assalariado na instituição foi o germe da desinstitucionalização	SIM	NÃO
188. Que a criação de cooperativas de trabalho é uma alternativa de desenvolvimento do trabalho anti-institucional no manicômio	SIM	NÃO
190. Que com o surgimento das cooperativas de trabalho as pessoas com transtornos mentais tornaram-se juridicamente capazes de se constituir como sócios	SIM	NÃO
191. Que a constituição das pessoas com transtornos mentais como sócios contribuiu para o entendimento dos mecanismos anti-institucionais no trabalho	SIM	NÃO
192. As cooperativas como forma organizacional oposta da lógica do trabalho dependente	SIM	NÃO
193. As cooperativas como forma organizacional oposta da lógica do trabalho formam concreta de solidariedade	SIM	NÃO
194. As cooperativas como forma coletiva de exercício de empresa com sócios sem transtornos mentais e sócios com transtornos mentais	SIM	NÃO
195. A necessidade de sustentação das entidades locais	SIM	NÃO
196. Que a sustentação de entidades locais facilita a inserção de pessoas com transtorno mentais no trabalho	SIM	NÃO
197. Que a sustentação de entidades locais facilita o acesso a linhas de crédito	SIM	NÃO
198. Que a sustentação de entidades locais facilita o acesso à cursos de formação	SIM	NÃO
199. As cooperativas integradas como ao mesmo tempo serviços de tratamento e lugares de produção (no mercado)	SIM	NÃO
200. As cooperativas como lugares de promoção de autonomia	SIM	NÃO
201. A promoção de autonomia como uma função que deveria ser própria de bons serviços de saúde mental	SIM	NÃO
202. As cooperativas como lugares de proteção	SIM	NÃO
203. A proteção como uma função que deveria ser própria de bons serviços de saúde mental	SIM	NÃO
204. A necessidade de desinstitucionalização do trabalho	SIM	NÃO
205. Que a dualidade trabalho/lucro são pontos de partida no processo reabilitativo	SIM	NÃO
206. Que a dualidade trabalho/lucro são pontos de chegada no processo reabilitativo	SIM	NÃO
207. Que um trabalho que gera lucro é um modo de conferir cidadania aos que trabalham	SIM	NÃO
208. O trabalho como base concreta de comunicação	SIM	NÃO
209. O trabalho como maneira de praticar negociação	SIM	NÃO
210. O trabalho como meio para trocas	SIM	NÃO
211. Que em situações de trabalho mais protegido (sustentados economicamente na passividade) a pessoa é menos selecionada	SIM	NÃO
212. Que em situações de trabalho mais protegido a pessoa é colocada em condição de produzir trabalho mais coerente	SIM	NÃO
213. Que o trabalho mais protegido é significativo por si mesmo	SIM	NÃO
214. Que o trabalho protegido torna-se dotado de mais sentido	SIM	NÃO
215. Que o trabalho com sentido traz consequências positivas na auto-estima	SIM	NÃO
216. Que em relação ao eixo trabalho há necessidade de grande articulação dos cenários produtivos	SIM	NÃO

217. Que as pequenas cooperativas protegidas têm alta rentabilidade reabilitativa	SIM	NÃO
218. Que as pequenas cooperativas protegidas têm baixa rentabilidade econômica	SIM	NÃO
219. Que as grandes cooperativas de produção cultural geram mais alta rentabilidade econômica	SIM	NÃO
220. Que as grandes cooperativas de produção cultural geram modesta rentabilidade reabilitativa	SIM	NÃO
221. Que a tradicional inserção no mundo do trabalho se mostra falida	SIM	NÃO
222. Que há necessidade de criar alternativas de forma autônoma de postos de trabalho	SIM	NÃO
223. Que é necessário repensar a organização produtiva	SIM	NÃO
224. Que é necessário repensar os percursos de adaptação	SIM	NÃO
225. Que é necessário promover situações de formação de trabalho a sujeitos em desvantagem	SIM	NÃO
226. Que os direitos das pessoas com transtornos mentais são o eixo central da desinstitucionalização	SIM	NÃO
227. Que, quando os direitos não são respeitados, o problema não é de restituir os direitos	SIM	NÃO
228. Que, quando os direitos não são respeitados, o problema não é de criar direitos que nunca existiram	SIM	NÃO
229. Que é necessário afirmar a liberdade em diversos aspectos, para dar fundamento concreto aos direitos de cidadania	SIM	NÃO
230. Que é necessário afirmar a liberdade em qualquer lugar, para dar fundamento concreto aos direitos de cidadania	SIM	NÃO
231. Que a pobreza do manicômio é a forma condensada da pobreza dos serviços	SIM	NÃO
232. Que muitos serviços reproduzem cronicidade	SIM	NÃO
233. Que muitos serviços reproduzem dependência	SIM	NÃO
234. Que muitos serviços reproduzem barreiras	SIM	NÃO
235. Que muitos serviços reproduzem exclusões	SIM	NÃO
236. Que muitos serviços reproduzem invalidações	SIM	NÃO
237. Que muitos serviços reproduzem infantilização	SIM	NÃO
238. Que muitos serviços reproduzem o tratamento da pessoa com transtorno mental como depositário passivo de intervenções	SIM	NÃO
239. A necessidade de tornar produtiva a assistência pela mistura das culturas empresariais	SIM	NÃO
240. A necessidade de tornar produtiva a assistência ancorada no objetivo de revitalizar-se (reabilitar)	SIM	NÃO
241. A necessidade de tornar produtiva a assistência ancorada no objetivo de acrescentar capacidade	SIM	NÃO
242. A necessidade de tornar produtiva a assistência ancorada no objetivo de contratualidade	SIM	NÃO
243. A necessidade de tornar produtiva a assistência ancorada no objetivo de produzir valor social aumentado	SIM	NÃO
244. Que a função reabilitadora/terapêutica das cooperativas desafia os serviços psiquiátricos	SIM	NÃO
245. A importância de conceder crédito às pessoas a fim de privilegiar a sua autonomia	SIM	NÃO
246. Que para que as pessoas com transtornos mentais sejam protagonistas das próprias escolhas é essencial mover-se em cenários de vidas reais	SIM	NÃO
247. Que cenários de vidas reais são relacionados à onde se trabalha/ganha	SIM	NÃO

248. Que cenários de vidas reais são relacionados à onde se troca /consome	SIM	NÃO
249. Que há multiplicação de trocas nos cenários de vidas reais	SIM	NÃO
250. Que há multiplicação de produção de contextos nos cenários de vidas reais	SIM	NÃO
251. Que há multiplicação de redes nas quais as pessoas se encontram nos cenários de vidas reais	SIM	NÃO
252. Que há multiplicação de redes nas quais as pessoas se individualizam nos cenários de vidas reais	SIM	NÃO
253. Que o reforço das redes sociais da pessoa não é separado da dimensão da produção de redes	SIM	NÃO
254. Que o reforço das redes sociais da pessoa não é separado da dimensão de oportunidades de trocas que geram trabalho	SIM	NÃO
255. Que o reforço das redes sociais da pessoa não é separado da dimensão de oportunidades de trocas que geram bens	SIM	NÃO
256. Que o reforço das redes sociais da pessoa não é separado da dimensão de oportunidades de trocas que geram comunicação	SIM	NÃO
257. Que o reforço das redes sociais da pessoa não é separado da dimensão de oportunidades de trocas que geram relações	SIM	NÃO
258. Que o consumo é parte integrante do mesmo sistema social que explica o impulso ao trabalho	SIM	NÃO
259. O trabalho como componente da necessidade social de entrar em relação com outras pessoas	SIM	NÃO
260. O trabalho como componente da necessidade social de dispor de materiais de comunicação que permitem entrar em relação com as pessoas	SIM	NÃO
261. A concepção de que muitos lugares de assistência são caracterizados por mensagens de desqualificação	SIM	NÃO
262. A concepção de que muitos lugares de assistência são caracterizados por mensagens de serialidade	SIM	NÃO
263. A concepção de que muitos lugares de assistência são caracterizados por mensagens de pobreza de relações	SIM	NÃO
264. A concepção de que muitos lugares de assistência são caracterizados por mensagens de pobreza de experiências	SIM	NÃO
265. Que a qualidade dos espaços interage com a qualidade das relações	SIM	NÃO
266. Que a qualidade dos espaços interage com os processos interativos (capacidade de atrair redistribuições de poder dos participantes)	SIM	NÃO
267. A necessidade de trabalho para que exista comércio para a cooperativa	SIM	NÃO
268. O fato de que é dever do trabalhador de saúde mental, vivificar a cena para que haja comércio dos produtos da cooperativa	SIM	NÃO
269. Que se o mercado da cooperativa não for fortalecido, só resta gerir um produto inerte de inabilidade	SIM	NÃO
270. Que no hospital psiquiátrico o trabalho é um direito descontínuo	SIM	NÃO
271. Que no hospital psiquiátrico o trabalho é um dever traído	SIM	NÃO
272. Que um dos mais importantes produtos da empresa social é a sua função competitiva com a cultura asfixiante da psiquiatria dos serviços, a função de fazer a psiquiatria compreender a diferença entre reprodução (auto-reprodução) e desconstrução	SIM	NÃO
273. A qualidade dos produtos da empresa social é função da possibilidade de ser competitiva no mercado, assim também a qualidade do produto qualifica a auto-estima do produtor	SIM	NÃO
274. Que na empresa social as matérias-primas oferecidas por quem está envolvido na empresa são também seus saberes	SIM	NÃO
275. A dificuldade em relação à reabilitação laborativa ser comumente entendida como entretenimento	SIM	NÃO
276. A dificuldade em relação à ambientes que não possuem preparo para receber pessoas desabilitadas	SIM	NÃO

277.A dificuldade em relação à ambientes que não possuem preparo para receber pessoas reabilitadas	SIM	NÃO
278.A dificuldade em relação à ambientes que não possuem preparo para receber pessoas que não possuem meio de sustento	SIM	NÃO
279.Que o trabalho é uma das saídas para que as pessoas com transtorno mental possam ser reabilitadas psicossocialmente	SIM	NÃO
280.Que deve se considerar que a variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho passa pela discussão de mercado de trabalho	SIM	NÃO
281.Que deve se considerar que a variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho passa pela discussão de exploração no mercado de trabalho	SIM	NÃO
282.Que deve se considerar que a variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho passa pela discussão de inflexibilidade da organização de trabalho	SIM	NÃO
283.Que deve se considerar que a variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho passa pela discussão de estigma	SIM	NÃO
284.Que deve se considerar que a variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho passa pela discussão de intolerância	SIM	NÃO
285.Que deve se considerar que a variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho passa pela discussão de grau de socialização	SIM	NÃO
286.Que deve se considerar que a variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho passa pela discussão de relações interpessoais	SIM	NÃO
287.Que deve se considerar que a variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho passa pela discussão de expectativas sobre o contexto social	SIM	NÃO
288.Que deve se considerar que a variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho passa pela discussão de grau de auto-estima	SIM	NÃO
289.Que deve se considerar que a variável determinante para um programa de reabilitação psicossocial centrado no trabalho passa pela discussão de trabalho como realização pessoas, no que se refere ao contexto pessoal	SIM	NÃO
290.Que muitos settings de trabalhos não são tão tolerantes	SIM	NÃO
291.Que muitos settings de trabalhos não possuem brechas adaptadas às habilidades de cada pessoa	SIM	NÃO
292.Que muitos settings de trabalhos exigem menor competência social	SIM	NÃO
293.Que muitos settings de trabalhos generalizam as capacidades	SIM	NÃO
294.Que é necessário enfrentar o problema entre a relação trabalho e doença mental	SIM	NÃO
295.Que o problema entre a relação trabalho e doença mental deve ser encarado sob um ponto de vista que permita uma radical recomposição do campo	SIM	NÃO
296.Que a origem da relação entre psiquiatria e trabalho tem início na prática	SIM	NÃO
297.Que a origem da relação entre psiquiatria e trabalho tem início na teoria da desinstitucionalização	SIM	NÃO
298.Que a partir da teoria da desinstitucionalização se torna possível a crítica ao manicômio	SIM	NÃO
299.Que a partir da teoria da desinstitucionalização se torna possível crítica a algumas práticas de terapia ocupacional	SIM	NÃO

300. Que a desinstitucionalização não deve ser praticada apenas no interior da instituição fechada	SIM	NÃO
301. Que a desinstitucionalização praticada apenas no interior da instituição fechada, separa a história do indivíduo	SIM	NÃO
302. Que a dupla desinstitucionalização-reabilitação vale no hospital psiquiátrico	SIM	NÃO
303. Que a dupla desinstitucionalização-reabilitação vale desinstitucionalizar	SIM	NÃO
304. Que a dupla desinstitucionalização-reabilitação vale reabilitar o contexto	SIM	NÃO
305. As cooperativas na noção de empresa social	SIM	NÃO
306. Que a empresa social tem caráter de empreendimento social	SIM	NÃO
307. Que a empresa social promove novas redes	SIM	NÃO
308. Que a empresa social promove novas relações entre sujeitos sociais	SIM	NÃO
309. Que a empresa social separa cultura forte do mercado da fraca dos excluídos do mercado	SIM	NÃO
310. Que a empresa social ressignifica, no limite entre produção e reprodução a lógica do mercado	SIM	NÃO
311. Que a empresa social permite que o processo de consumo dos recursos e de produção dos recursos aconteçam juntos	SIM	NÃO
312. Que a empresa social se propõe a multiplicar as trocas sociais?	SIM	NÃO
313. Que a empresa social se propõe à ativar recursos escondidos dentro dos serviços	SIM	NÃO
314. Que a empresa social se propõe à ativar recursos escondidos fora dos serviços	SIM	NÃO
315. Que as empresas sociais se apresentam no mercado como unidade produtiva, na forma de cooperativa social	SIM	NÃO
316. Que a empresa social é desenvolvida sob a égide institucional dos serviços psiquiátricos	SIM	NÃO
317. Que a empresa e cooperativas são diferentes	SIM	NÃO
318. Que os trabalhadores de cooperativas de empresas sociais são sócios ativos em um processo de trabalho que prevê a formação e produção	SIM	NÃO
319. Que os trabalhadores de cooperativas de empresas sociais são fortemente incentivados no processo de responsabilidade	SIM	NÃO
320. Que os trabalhadores de cooperativas de empresas sociais são fortemente incentivados no processo de incremento da capacidade de escolha	SIM	NÃO
321. Que os trabalhadores de cooperativas de empresas sociais são incluídos nos riscos a que os participantes desta são submetidos	SIM	NÃO
322. Que os lucros da cooperativa de empresa social criam posterior oportunidade de empreendimento	SIM	NÃO
323. Que os lucros da cooperativa de empresa social criam posterior oportunidade de desenvolvimento das competências dos sócios	SIM	NÃO
324. Que os lucros da cooperativa de empresa social criam posterior oportunidade de desenvolvimento das capacidades dos sócios	SIM	NÃO
325. Que o trabalho é concebido como espaço de produção de sentido nas cooperativas de empresa social	SIM	NÃO
326. Que o trabalho é concebido como espaço de produção de valores subjetivos nas cooperativas de empresa social	SIM	NÃO
327. Que o trabalho é concebido como espaço de produção de troca nas cooperativas de empresa social,	SIM	NÃO
328. Que as cooperativas de empresa social privilegiam a dimensão da unidade produtiva	SIM	NÃO
329. Que quando as cooperativas de empresa social privilegiam a dimensão da unidade produtiva, há o favorecimento do desenvolvimento de individualização da pessoa com transtorno mental	SIM	NÃO

330. Que quando as cooperativas de empresa social privilegiam a dimensão da unidade produtiva, há o favorecimento do desenvolvimento da socialização da pessoa com transtorno mental	SIM	NÃO
331. Que as atividades produtivas de empresas sociais utilizam recursos de origens diferentes	SIM	NÃO
332. Que as atividades produtivas de empresas sociais são feitas por atores diversificados	SIM	NÃO
333. Que as atividades produtivas de empresas sociais são de naturezas diversas	SIM	NÃO
334. Que atividades produtivas de empresas sociais podem combinar recursos de financiamentos públicos	SIM	NÃO
335. Que atividades produtivas de empresas sociais podem combinar recursos de financiamentos supranacionais	SIM	NÃO
336. Que a combinação de recursos (públicos e supranacionais) rompe a alternativa entre público e privado	SIM	NÃO
337. Que a combinação de recursos (públicos e supranacionais) prefigura nova forma de atividade econômica (diferente dos conceitos econômicos tradicionais)	SIM	NÃO

Sobre a Saúde Mental , a sua disciplina aborda:		
Questões	Resposta	
338. A Rede de Atenção psicossocial (RAPS)?	SIM	NÃO
339. Os conteúdos referentes ao Trabalho em rede?	SIM	NÃO
340. Os conteúdos relacionados aos psicofármacos?	SIM	NÃO
341. Os conteúdos referentes à medicalização?	SIM	NÃO
342. Os conteúdos relacionados às Políticas Públicas de Saúde?	SIM	NÃO
343. Os conteúdos relacionados às Políticas Públicas de Saúde Mental?	SIM	NÃO
344. Os conteúdos relacionados às Noções de Geopolítica?	SIM	NÃO
345. Os conteúdos relacionados às Noções de Economia?	SIM	NÃO
346. Os conteúdos relacionados às Noções de Direito Cível?	SIM	NÃO
347. Os conteúdos relacionados às Noções de Direito Penal?	SIM	NÃO
348. Os conteúdos relacionados à psiquiatria forense?	SIM	NÃO
349. A promoção da convivência com as pessoas com transtornos mentais em espaços de reabilitação?	SIM	NÃO
350. A realização de atividades de promoção da saúde mental para a população geral?	SIM	NÃO
351. A realização de atividades de promoção da saúde mental para professores?	SIM	NÃO
352. A realização de atividades de promoção da saúde mental para técnicos das universidades?	SIM	NÃO
353. A realização de atividades de construção de subjetividades em conjunto com trabalhadores da rede de atenção psicossocial?	SIM	NÃO
354. A realização de atividades de construção de subjetividades em conjunto com trabalhadores da rede de atenção psicossocial no território?	SIM	NÃO
355. A realização de atividades de construção de subjetividades em conjunto com usuários da rede de atenção psicossocial?	SIM	NÃO
356. A realização de atividades de construção de subjetividades em conjunto com usuários da rede de atenção psicossocial no território?	SIM	NÃO

357. A realização de atividades de construção de subjetividades em conjunto com familiares de usuários da rede de atenção psicossocial?	SIM	NÃO
358. A realização atividades de construção de subjetividades em conjunto com familiares de usuários da rede de atenção psicossocial no território?	SIM	NÃO
359. A possibilidade de diálogos que extrapolam a lógica biomédica?	SIM	NÃO
360. A possibilidade de diálogos que fortalecem o protagonismo das pessoas com transtornos mentais?	SIM	NÃO
361. A possibilidade de diálogos que fortalecem a autonomia das pessoas com transtornos mentais?	SIM	NÃO
362. A Reforma Psiquiátrica do Brasil?	SIM	NÃO
363. As Reformas Psiquiátricas no mundo?	SIM	NÃO
364. A Reforma Sanitária?	SIM	NÃO
365. A Saúde Mental na Atenção Básica?	SIM	NÃO
366. A Reabilitação Psicossocial?	SIM	NÃO
367. O Projeto Terapêutico Singular (PTS)?	SIM	NÃO
368. O modo da Atenção Psicossocial?	SIM	NÃO
369. O uso de álcool e drogas?	SIM	NÃO
370. A Redução de Danos?	SIM	NÃO
371. A história da saúde mental em âmbito nacional?	SIM	NÃO
372. A história da saúde mental em âmbito internacional?	SIM	NÃO
373. A importância da reforma psiquiátrica?	SIM	NÃO
374. O atual cenário da saúde mental brasileira?	SIM	NÃO
375. Os prováveis retrocessos na política nacional de saúde mental (PNSM)?	SIM	NÃO
376. A importância da atenção psicossocial na atenção em saúde mental?	SIM	NÃO
377. Os principais transtornos mentais?	SIM	NÃO
378. Os conteúdos relacionados à comunicação terapêutica?	SIM	NÃO
379. A importância da observação?	SIM	NÃO
380. O Trabalho em Equipe dos estudantes?	SIM	NÃO
381. A estimulação da relação de ajuda entre os estudantes?	SIM	NÃO
382. A estimulação da relação de ajuda entre os estudantes e as pessoas com transtornos mentais?	SIM	NÃO
383. Os conteúdos referentes à clínica ampliada?	SIM	NÃO
384. Os conteúdos referentes à integralidade do cuidado?	SIM	NÃO
385. Os conteúdos referentes às dimensões do cuidado psicossocial?	SIM	NÃO
386. Os conteúdos referentes ao Exame Psíquico?	SIM	NÃO
387. Os conteúdos referentes à Sistematização do Assistência de Enfermagem (SAE) no contexto dos serviços comunitários?	SIM	NÃO

388. Os conteúdos referentes à coordenação de grupos?	SIM	NÃO
389. Os aspectos éticos do cuidado em saúde mental?	SIM	NÃO
390. As questões relacionadas ao relacionamento terapêutico?	SIM	NÃO
391. As terapêuticas psicossociais?	SIM	NÃO
392. A prática dos estudantes no campo de estágio em saúde mental?	SIM	NÃO
393. O favorecimento da discussão sobre a importância da Lei 10.216, no que se refere aos avanços das práticas de cuidado na área?	SIM	NÃO
394. O território como meio vivo do processo de cuidado?	SIM	NÃO
395. A potência dos serviços de base territorial?	SIM	NÃO
396. A potência dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?	SIM	NÃO
397. A potência dos centros de convivência?	SIM	NÃO
398. A potência dos serviços de base territorial, em relação ao seu valor estratégico na reabilitação psicossocial?		
399. O incentivo ao estudante para montar estratégias de cuidados viáveis, no território?	SIM	NÃO
400. O incentivo ao estudante para montar estratégias de cuidados pautadas na desinstitucionalização?	SIM	NÃO
401. Os conteúdos relacionados à urgência/emergência em sua mental?	SIM	NÃO
402. Os conteúdos relacionados às técnicas de manejo em saúde mental?	SIM	NÃO
403. A prática de estágios em locais alternativos à internação psiquiátrica?	SIM	NÃO
404. A interdisciplinaridade?	SIM	NÃO
405. A luta antimanicomial brasileira como organizações sociais democráticas?	SIM	NÃO
406. A transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção Básica?	SIM	NÃO
407. A transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção à Saúde da Mulher?	SIM	NÃO
408. A transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção à saúde do Homem?	SIM	NÃO
409. A transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção à saúde do Idoso?	SIM	NÃO
410. A transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção à saúde do Adolescente?	SIM	NÃO
411. A transversalidade das políticas públicas de Saúde Mental na Atenção à saúde da Criança?	SIM	NÃO
412. O conceito de território?	SIM	NÃO
413. O conceito de corresponsabilidade?	SIM	NÃO
414. o conceito de intersetorialidade?	SIM	NÃO
415. O conceito de integralidade?	SIM	NÃO
416. As práticas de cuidado que utilizam tecnologias leves tais como as Práticas Integrativas e Complementares (PICs)?	SIM	NÃO
417. As práticas de cuidado que utilizam abordagens não medicamentosas, tais como as Práticas Integrativas e Complementares (PICs)?	SIM	NÃO
418. a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) em Psiquiatria como parte dos cuidados clínicos de Enfermagem realçando a integralidade do ser humano em suas dimensões biopsicossocial e espiritual?	SIM	NÃO

419. aborda conteúdos relacionados à urgência/emergência psiquiátrica?	SIM	NÃO
420. conteúdos relacionados às técnicas de manejo em crise?	SIM	NÃO
Sobre as DCN/ENF, a sua disciplina privilegia a formação de um profissional:		
Questões	Resposta	
421. Humanista	SIM	NÃO
422. Crítico (a)	SIM	NÃO
423. Reflexivo (a)	SIM	NÃO
424. Criativo (a)	SIM	NÃO
425. Embasado na ciência	SIM	NÃO
426. Que saiba identificar as dimensões biopsicossociais das pessoas que serão atendidas por ele	SIM	NÃO
427. Que saiba promover a saúde integral da pessoa que será atendida por ele	SIM	NÃO
428. Que saiba promover a saúde da família da pessoa que será atendida por ele	SIM	NÃO
429. Que saiba promover a saúde da comunidade onde trabalha	SIM	NÃO
430. Com senso de responsabilidade social	SIM	NÃO
431. Com a cidadania da pessoa que será atendida por ele	SIM	NÃO

Sobre as DCN/ENF, a sua disciplina privilegia o desenvolvimento		
Questões	Resposta	
432. De ações de prevenção de sofrimento	SIM	NÃO
433. De ações de promoção de saúde	SIM	NÃO
434. De ações de reabilitação da saúde no nível individual	SIM	NÃO
435. De ações de reabilitação da saúde no nível coletivo	SIM	NÃO
436. De práticas de saúde de maneira integrada às outras instâncias do sistema de saúde	SIM	NÃO
437. De práticas de saúde de maneira contínua junto com outras instancias do sistema de saúde	SIM	NÃO
438. De práticas de saúde dentro dos mais altos padrões de qualidade	SIM	NÃO
439. De práticas de saúde atendendo os princípios da ética/bioética	SIM	NÃO
Sobre as DCN/ENF, a sua disciplina estimula:		
Questões	Resposta	
440. a capacidade de tomada de decisões visando práticas de saúde apropriadas	SIM	NÃO
441. a capacidade de tomada de decisões visando a eficácia das práticas de saúde	SIM	NÃO
442. o estudante a desenvolver a habilidade de tomar de decisões visando o custo-efetividade das práticas de saúde	SIM	NÃO
443. o estudante a desenvolver a habilidade de desenvolver práticas de saúde apropriadas para o usuário do serviço de saúde	SIM	NÃO
444. o estudante a desenvolver a habilidade de se comunicar de maneira acessível	SIM	NÃO

445. o estudante a desenvolver a habilidade de liderar o trabalho da equipe de saúde tendo em vista o bem-estar da comunidade	SIM	NÃO
446. o estudante a desenvolver a habilidade de gerenciamento das práticas da equipe	SIM	NÃO
447. o estudante a entender a importância de aprender continuamente por meio da educação permanente	SIM	NÃO
448. o (a) estudante a entender a importância de participar ativamente dos programas de formação dos trabalhadores do serviço	SIM	NÃO
449. o estudante a desenvolver a habilidade de utilizar o rigor técnico-científico para a compreensão da natureza humana, de modo que o trabalho do (a) enfermeiro (a) possa ser considerado de qualidade	SIM	NÃO
450. o estudante a entender o cuidado como instrumento de interpretação profissional	SIM	NÃO
451. o estudante a desenvolver a habilidade de diagnosticar problemas de saúde	SIM	NÃO
452. o estudante a desenvolver a habilidade de solucionar problemas de saúde	SIM	NÃO
453. o estudante a compreender as questões ético-políticas, relacionando-as com o contexto social	SIM	NÃO
454. o (a) estudante a reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de políticas de saúde	SIM	NÃO
455. o estudante a desenvolver a habilidade de reconhecer os perfis epidemiológicos das populações	SIM	NÃO
456. o estudante a reconhecer a saúde como direito?	SIM	NÃO
457. o estudante a reconhecer a saúde como condição de vida digna	SIM	NÃO
458. o estudante a realizar ações sócio-educativas	SIM	NÃO
459. o estudante a reconhecer que as relações de trabalho influenciam na saúde	SIM	NÃO
460. o estudante a atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS)	SIM	NÃO
461. o estudante a promover estilos de vida saudáveis	SIM	NÃO
462. o (a) estudante a desenvolver a habilidade de conciliar as necessidades das pessoas que serão atendidas por ele (a) e às necessidades da comunidade	SIM	NÃO
463. o estudante a usar adequadamente as tecnologias de ponta	SIM	NÃO
464. o estudante a atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínicos	SIM	NÃO
465. o (a) estudante a atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos do modelo epidemiológico	SIM	NÃO
466. o (a) estudante a identificar as necessidades individuais	SIM	NÃO
467. o (a) estudante a identificar as necessidades coletivas de saúde da população	SIM	NÃO
468. o (a) estudante a identificar as condições de saúde da população	SIM	NÃO
469. o (a) estudante a identificar os determinantes de saúde da população	SIM	NÃO
470. o (a) estudante a intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência de enfermagem	SIM	NÃO
471. o (a) estudante a prestar assistência de enfermagem compatível com as necessidades apresentadas pelo indivíduo	SIM	NÃO
472. o (a) estudante a prestar assistência de enfermagem compatível com as necessidades apresentadas pela família do indivíduo	SIM	NÃO
473. o (a) estudante a prestar assistência de enfermagem compatível com as necessidades apresentadas pela comunidade	SIM	NÃO
474. o (a) estudante a compatibilizar as características profissionais da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários	SIM	NÃO
475. o (a) estudante a integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais	SIM	NÃO

476. o (a) estudante a produzir conhecimentos que objetivem a qualificação da prática profissional	SIM	NÃO
477. o (a) estudante a aplicar pesquisas que objetivem a qualificação da prática profissional	SIM	NÃO
478. o (a) estudante a difundir conhecimentos que sustentem a prática profissional	SIM	NÃO
479. o (a) estudante a interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo	SIM	NÃO
480. o (a) estudante a utilizar os instrumentos que garantam a qualidade da assistência à saúde	SIM	NÃO
481. o (a) estudante a participar da composição das estruturas consultivas do sistema de saúde	SIM	NÃO
482. estimula o (a) estudante a participar da composição das estruturas deliberativas do sistema de saúde	SIM	NÃO
483. o (a) estudante a assessorar instituições em projetos de saúde	SIM	NÃO
484. o (a) estudante em relação à capacidade de desenvolvimento intelectual de modo autônomo	SIM	NÃO
485. o (a) estudante em relação à capacidade de desenvolvimento intelectual de modo permanente	SIM	NÃO
486. tem estágio supervisionado em hospitais gerais no currículo	SIM	NÃO
487. tem estágio supervisionado em hospitais especializados no currículo	SIM	NÃO
488. tem estágio supervisionado em ambulatórios no currículo	SIM	NÃO
489. tem estágio supervisionado na rede básica de serviços de saúde e comunidades no currículo	SIM	NÃO
490. tem estágio supervisionado em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) no currículo	SIM	NÃO
491. envolve os (as) enfermeiros (as) do serviço de saúde onde se desenvolve o estágio nas atividades de ensino	SIM	NÃO
492. tem a visão de educar para a cidadania	SIM	NÃO
493. tem a visão de educar para a participação plena na sociedade	SIM	NÃO
494. tem a visão de educar para a pluralidade	SIM	NÃO
495. A metodologia utilizada na disciplina de saúde mental/psiquiatria estimula o (a) estudante a refletir sobre a realidade social	SIM	NÃO

APÊNDICE N – Quinta versão da escala (sem as dimensões) E-MENTAL

(Escala de avaliação do Ensino de graduação em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria)

INSTRUÇÕES:

1. Sempre que o termo **indivíduo** for utilizado, trata-se da **pessoa com transtorno mental**;
2. Sempre que o termo **manicômio** for utilizado, trata-se de **hospital psiquiátrico**;
3. Sempre que o termo **profissional/profissionais** for utilizado, trata-se **da (s) pessoa (s) que trabalha (m) na instituição que oferece cuidado à saúde mental do indivíduo**;
4. Sempre que o termo **serviço** for utilizado, trata-se do **local de atendimento à saúde mental do indivíduo**;
5. Sempre que o termo **responsável** for utilizado, trata-se de **familiar e/ou cuidador do indivíduo**;
6. Marque **S** para sim e **N** para não

Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de saúde mental/psiquiatria reflita se este processo:	Resposta	
1. Se aproxima da formação de um profissional crítico	S	N
2. Se aproxima da formação de um profissional criativo	S	N
3. Se aproxima da formação de um profissional reflexivo	S	N
4. Se aproxima da formação de um profissional humanista	S	N
5. Se aproxima da formação de um profissional para atender na pluralidade	S	N
6. Se aproxima da formação de um profissional que reflita sobre a realidade social	S	N
7. Se aproxima da formação de um profissional embasado na ciência	S	N
8. Se aproxima da formação de um profissional com senso de responsabilidade social	S	N
9. Se aproxima da formação de um profissional comprometido com a saúde integral dos indivíduos	S	N
10. Se aproxima da formação de um profissional comprometido com a saúde da família dos indivíduos	S	N
11. Se aproxima da temática da luta antimanicomial brasileira como organização social democrática	S	N
12. Se aproxima da temática da reforma psiquiátrica brasileira	S	N
13. Se aproxima da temática da das políticas públicas de saúde mental brasileiras	S	N
14. Se aproxima da temática do atual cenário das políticas públicas de saúde mental brasileiras	S	N
15. Se aproxima da temática da transversalidade das políticas públicas de saúde mental brasileiras	S	N
16. Se aproxima da temática do reconhecimento do papel social do enfermeiro para atuar nas políticas públicas de saúde mental brasileiras	S	N
17. Se aproxima da temática das necessidades sociais da saúde mental, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS)	S	N
18. Se aproxima da temática da atuação nos diferentes cenários de prática profissional	S	N
19. Se aproxima da temática do território como meio vivo do processo de cuidado	S	N
20. Se aproxima da temática da Rede de Atenção psicossocial (RAPS)	S	N
21. Se aproxima da temática dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	S	N
22. Se aproxima da temática da saúde mental na atenção básica à saúde	S	N
23. Se aproxima da temática das enfermarias especializadas em hospitais gerais	S	N
24. Se aproxima da temática do uso/abuso de álcool e outras drogas	S	N
25. Se aproxima da temática da redução de danos	S	N
26. Se aproxima da temática dos Serviços Hospitalares de Referência (SHR) para atenção aos indivíduos que fazem uso álcool e outras drogas	S	N

27. Se aproxima da temática dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	S	N
28. Se aproxima da temática do Programa De Volta Para Casa	S	N
29. Se aproxima da temática da atenção em urgência/emergência em sua mental	S	N
30. Se aproxima da temática das técnicas de manejo em urgência/emergência em saúde mental	S	N
31. Se aproxima da temática do trabalho em rede	S	N
32. Se aproxima da temática do exame psíquico	S	N
33. Se aproxima da temática dos principais transtornos mentais	S	N
34. Se aproxima da temática da habilidade de diagnosticar problemas de saúde mental	S	N
35. Se aproxima da temática do entendimento de que o cuidado de enfermagem é um instrumento de interpretação profissional	S	N
36. Se aproxima da temática da Sistematização do Assistência de Enfermagem (SAE) nos serviços de saúde mental de base territorial	S	N
37. Do processo de cuidado em enfermagem em Saúde Mental/Psiquiatria	S	N
38. Se aproxima da temática da identificação dos determinantes de saúde da população	S	N
39. Se aproxima da temática do reconhecimento dos perfis epidemiológicos das populações	S	N
40. Se aproxima da temática da importância de ações sócio-educativas em saúde mental	S	N
41. Se aproxima da temática das estratégias de cuidado pautadas na desinstitucionalização	S	N
42. Se aproxima da temática das ações de prevenção de sofrimento	S	N
43. Se aproxima da temática das ações de promoção de saúde mental	S	N
44. Se aproxima da temática das práticas de saúde mental atendendo aos princípios da ética/bioética	S	N
45. Se aproxima da temática da tomada de decisão visando a eficácia das práticas de saúde mental	S	N
46. Se aproxima da temática do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	S	N
47. Se aproxima da temática da medicalização em saúde mental	S	N
48. Se aproxima da temática das práticas de cuidado que utilizam abordagens não medicamentosas	S	N
49. Se aproxima da temática dos conteúdos relacionados aos psicofármacos	S	N
50. Se aproxima da temática dos conteúdos relacionados aos indivíduos que cometem infrações	S	N
51. Se aproxima da temática da habilidade de se comunicar de maneira acessível	S	N
52. Se aproxima da temática da comunicação terapêutica	S	N
53. Se aproxima da temática do relacionamento terapêutico	S	N
54. Se aproxima da temática do trabalho interdisciplinar em saúde mental	S	N
55. Se aproxima da temática do trabalho multiprofissional em saúde mental	S	N
56. Se aproxima da temática da habilidade de liderança do trabalho da equipe de saúde mental	S	N
57. Se aproxima da temática do reconhecimento da saúde como direito	S	N
58. Discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de esclarecimento da necessidade de hospitalização involuntária	S	N
59. Discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado pelos meios menos invasivos possíveis	S	N
60. Discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários	S	N
61. Discute a necessidade de informar o responsável sobre os direitos do indivíduo	S	N
62. Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental	S	N
63. Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental em hospitais gerais	S	N
64. Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental em hospitais especializados	S	N

65.Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental em ambulatórios	S	N
66.Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental na rede básica de serviços de saúde e comunidades	S	N
67.Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	S	N
68.Discute a importância da necessidade de restituir direitos, quando eles não são respeitados	S	N
69.Discute a importância de criar direitos, quando eles não são respeitados	S	N
70.Instrui sobre ela ser a finalidade do atendimento em saúde mental	S	N
71.Instrui sobre ela objetivar a melhora das desabilidades	S	N
72.Discute o fato de a melhora das desabilidades permitir a equiparação de pessoas com e sem transtornos mentais	S	N
73.Discute a necessidade de profissionais atuarem para que a identidade do indivíduo seja preservada	S	N
74.Discute a promoção de autonomia como sendo uma das funções dos serviços de saúde mental	S	N
75.Discute a existência de uma hegemonia manicomial	S	N
76.Instrui sobre o fato de o modelo comunitário ser mais benéfico do que o manicomial	S	N
77.Discute o ato de desinstitucionalizar como capaz de restituir a subjetividade do indivíduo no serviço	S	N
78.Discute o fato de muitos serviços reproduzirem cronicidade do transtorno mental	S	N
79.Discute o fato de muitos serviços reproduzirem exclusões sociais	S	N
80.Discute o fato de muitos serviços tratarem o indivíduo como depositário passivo de intervenções	S	N
81.Discute as questões do estigma associado ao transtorno mental	S	N
82.Discute o valor estratégico de serviços de base territorial na reabilitação psicossocial	S	N
83.Instrui sobre o fato de a moradia ser tema central da reabilitação psicossocial para a cidadania	S	N
84.Instrui sobre o fato de a moradia ser fundamental para a qualidade de vida do indivíduo	S	N
85.Discute o fato de o conceito de morar se relacionar às atitudes que dão vida ao espaço	S	N
86.Discute que o conceito morar abrange a noção de criação de lugares onde se experimentam a liberdade	S	N
87.Discute o fato de o modelo manicomial negar o ato de morar e afirmar o ato de estar no espaço	S	N
88.Discute o fato de o modelo manicomial diminuir a possibilidade de subjetivação dos indivíduos	S	N
89.Discute o fato de que transformar manicômios em lugares onde se vive não garante a reabilitação psicossocial	S	N
90.Instrui sobre a preferência do indivíduo determinar quais serão as soluções habitacionais buscadas no processo de reabilitação psicossocial	S	N
91.Instrui sobre a possibilidade de que casas protegidas sejam uma alternativa ao manicômio	S	N
92.Discute que a casa como propriedade é direito do indivíduo	S	N
93.Discute que o direito à casa inclui a sua aquisição como processo de formação de cidadania	S	N
94.Discute a casa como pré-requisito para construção de políticas públicas	S	N
95.Instrui sobre este eixo ser relacionado à um lugar social onde há trocas	S	N
96.Instrui sobre o fato de que pela desabilitação pode haver a perda da rede de interações sociais	S	N
97.Instrui sobre o dever dos profissionais de trabalharem para a reinserção social do indivíduo	S	N
98.Instrui sobre o dever dos profissionais de trabalharem pela intermediação entre serviço e contexto social	S	N
99.Instrui sobre a família ser uma das redes de interações sociais do indivíduo	S	N
100.Discute a influência das interações sociais do indivíduo na saúde de sua família	S	N
101.Instrui sobre a intervenção na família trazer efeitos benéficos à saúde do indivíduo	S	N

102.Instrui sobre a intervenção na família diminuir a orientação de expulsão do indivíduo de seu lar	S	N
103.Discute que o fortalecimento deste eixo possibilita ao sujeito exercer seu poder por meio de trocas materiais	S	N
104.Discute que o trabalho como recreação não favorece a reabilitação psicossocial	S	N
105.Discute as diferenças entre trabalho e ergoterapia	S	N
106.Instrui sobre a ergoterapia ser um ato de desenvolver tarefas manuais ou físicas	S	N
107.Instrui sobre o fato de o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que isto seja trabalho, é um modo de contenção	S	N
108.Instrui sobre o fato de o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que isto seja trabalho, é um modo de exploração	S	N
109.Discute o entendimento equivocado de ergoterapia como facilitadora da reabilitação psicossocial	S	N
110.Discute o fato de algumas funções laborativas exigirem do indivíduo menor competência social	S	N
111.Discute o trabalho como elemento que valoriza a singularidade do indivíduo	S	N
112.Discute o trabalho como um dos indicadores de funcionamento social do indivíduo	S	N
113.Discute a necessidade de o indivíduo estar inserido em cenários de vidas reais, na realização do trabalho	S	N
114.Discute a concepção de cenários de vidas reais, como locais onde se trabalha/ganha	S	N
115.Discute a concepção de cenários de vidas reais, como locais onde se troca /consome	S	N
116.Discute a necessidade de o indivíduo estar inserido em cenários de vidas reais, onde se trabalha-ganha-consome		
117.Discute que o ato de estar em cenários reais permite que os indivíduos sejam protagonistas de suas escolhas	S	N
118.Instrui sobre o papel profissional buscar a reabilitação psicossocial do indivíduo, pela sua inserção no trabalho	S	N
119.Discute a concepção de cooperativas de trabalho como lugares de promoção de autonomia	S	N
120.Discute a concepção de cooperativas de trabalho como sendo, ao mesmo tempo, tratamento e lugar de produção (no mercado)	S	N
121.Discute as cooperativas de trabalho como empresas com sócios com e sem transtornos mentais	S	N
122.Discute o fato de as atividades de cooperativas de trabalho utilizarem recursos de origens diferentes	S	N
123.Discute o fato de as atividades de cooperativas de trabalho serem feitas por atores diversificados	S	N
124.Discute o fato de as atividades produtivas de cooperativas de trabalho serem de naturezas diversas	S	N
125.Discute o fato de as cooperativas de trabalho terem alta rentabilidade reabilitativa	S	N
126.Instrui sobre o dever do profissional de incentivar o comércio dos produtos de cooperativas de trabalho	S	N
127.Discute o fato de a sustentação de entidades locais facilitar a inserção dos indivíduos no trabalho	S	N
128.Discute o fato de que não integrar o indivíduo no trabalho pode levar ao seu isolamento social	S	N
129.Discute o trabalho que gera lucro como um modo de garantia de cidadania aos que trabalham	S	N

APÊNDICE O – Escala enviada às juízas E-MENTAL

(Escala de avaliação da qualidade do ensino em disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica)

INSTRUÇÕES:

1. Sempre que o termo **indivíduo** for utilizado, trata-se de **pessoa com transtorno mental**;
2. Sempre que o termo **manicômio** for utilizado, trata-se de **hospital psiquiátrico**;
3. Sempre que o termo **profissional/profissionais** for utilizado, trata-se de **pessoa(s) que trabalha(m) em instituição que oferece cuidado à saúde mental do indivíduo**;
4. Sempre que o termo **serviço** for utilizado, trata-se de **local de atendimento à saúde mental do indivíduo**;
5. Sempre que o termo **responsável** for utilizado, trata-se de **familiar e/ou cuidador do indivíduo**;
6. Sempre que o termo **ergoterapia** for utilizado, trata-se de **execução de tarefas simples e manuais**;
7. Quando a sua resposta for **afirmativa**, marque **S (sim)** na coluna R;
8. Quando a sua resposta for **negativa**, marque **N (não)** na coluna R.

Pensando no processo ensino-aprendizagem de disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, e a sua interface com as <i>Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF) / 2001</i> , responda:	R
1. Este processo favorece a formação de um profissional crítico?	
2. Este processo favorece a formação de um profissional criativo?	
3. Este processo favorece a formação de um profissional reflexivo?	
4. Este processo favorece a formação de um profissional humanista?	
5. Este processo favorece a formação de um profissional apto para atender na pluralidade?	
6. Este processo favorece a formação de um profissional com senso de responsabilidade social?	
7. Este processo favorece a formação de um profissional que tem as suas bases na ciência?	
8. Este processo favorece a formação de um profissional comprometido com a saúde integral dos indivíduos?	
9. Este processo favorece a formação de um profissional comprometido com a saúde da família dos indivíduos?	
10. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental?	
11. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental na rede básica de saúde e comunidades	
12. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em ambulatórios?	
13. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?	
14. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em enfermarias especializadas em hospitais gerais?	
15. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em hospitais especializados?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, este processo contempla a temática:	R
16. Da luta antimanicomial brasileira como organização social democrática?	
17. Da reforma psiquiátrica brasileira?	
18. Das políticas públicas de saúde mental brasileiras?	
19. Do atual cenário das políticas públicas de saúde mental brasileiras?	
20. Da transversalidade das políticas públicas de saúde mental brasileiras?	
21. Das práticas de saúde mental para atender os princípios da ética/bioética?	
22. Das estratégias de cuidado em saúde mental pautadas na desinstitucionalização?	

23. Do reconhecimento do papel social do enfermeiro para atuar nas políticas públicas de saúde mental brasileiras?	
24. Das necessidades sociais da saúde mental, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS)?	
25. Da atuação do profissional nos diferentes cenários de prática?	
26. Da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?	
27. Dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?	
28. Da saúde mental na atenção básica à saúde?	
29. Das enfermarias especializadas em saúde mental em hospitais gerais?	
30. Dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)?	
31. Do Programa De Volta Para Casa (PVC)?	
32. Do uso de álcool e outras drogas?	
33. Da redução de danos na temática do uso de álcool e outras drogas?	
34. Dos conteúdos relacionados aos indivíduos que cometem infrações?	
35. Dos Serviços Hospitalares de Referência para atenção aos indivíduos que fazem uso álcool e outras drogas?	
36. Do trabalho em rede?	
37. Da Sistematização do Assistência de Enfermagem (SAE) nos serviços de saúde mental de base territorial?	
38. Do processo de cuidado em enfermagem em saúde mental?	
39. Da identificação dos determinantes de saúde da população?	
40. Do reconhecimento dos perfis epidemiológicos das populações?	
41. Da importância de ações sócio-educativas em saúde mental?	
42. Da habilidade de se comunicar de maneira acessível?	
43. Da comunicação terapêutica?	
44. Do relacionamento terapêutico?	
45. Do exame psíquico?	
46. Dos principais transtornos mentais?	
47. Da habilidade de diagnosticar problemas de saúde mental?	
48. Do entendimento de que o cuidado de enfermagem é um instrumento de interpretação profissional?	
49. Das ações de promoção de saúde mental na atenção primária?	
50. Das ações de prevenção de sofrimento?	
51. Das técnicas de manejo da crise em saúde mental?	
52. Da atenção à urgência/emergência em saúde mental?	
53. Dos conteúdos relacionados aos psicofármacos?	
54. Das práticas de cuidado que utilizam abordagens não medicamentosas?	
55. Da medicalização em saúde mental?	
56. Do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do indivíduo?	

57. Do trabalho interdisciplinar em saúde mental?	
58. Do trabalho multiprofissional em saúde mental?	
59. Da tomada de decisão visando a eficácia das práticas de saúde mental?	
60. Da habilidade de liderança no trabalho em equipe de saúde mental?	
61. Do reconhecimento da saúde como direito?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com a Lei n.º 10.216/2001, neste processo:	R
62. Se discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado pelos meios menos invasivos possíveis?	
63. Se discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários?	
64. Se discute a modalidade de internação involuntária?	
65. Se discute a necessidade de informar o responsável sobre os direitos do indivíduo?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com a Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
66. Se discute sobre a importância da necessidade de restituir os direitos dos indivíduos quando eles não são respeitados?	
67. Se instrui sobre ela ser a finalidade do atendimento em saúde mental?	
68. Se instrui sobre a reabilitação psicossocial objetivar a melhora das desabilidades?	
69. Discute o fato de a melhora das desabilidades permitir a equiparação de pessoas com e sem transtornos mentais?	
70. Se discute sobre a promoção de autonomia como uma das funções dos serviços de saúde mental?	
71. Se discute sobre a necessidade de profissionais atuarem para que a subjetividade do indivíduo seja preservada?	
72. Se discute sobre o ato de desinstitucionalizar ser capaz de restituir a subjetividade do indivíduo?	
73. Se discute sobre a existência de uma hegemonia manicomial?	
74. Se instrui sobre o fato de o modelo comunitário ser mais benéfico do que o manicomial?	
75. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais reproduzirem a cronicidade do transtorno mental?	
76. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais tratarem o indivíduo como depositário passivo de intervenções psiquiátricas?	
77. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais reproduzirem exclusões sociais?	
78. Se discute sobre o valor estratégico de serviços de base territorial na reabilitação psicossocial?	
79. Se discute sobre o estigma associado ao transtorno mental?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo morar da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
80. Se instrui sobre o fato de a moradia ser eixo estrutural da reabilitação psicossocial para a cidadania?	
81. Se instrui sobre o fato de a moradia ser fundamental para a qualidade de vida do indivíduo?	
82. Se discute que a casa, como propriedade, é direito do indivíduo?	
83. Se discute o conceito de morar, como a possibilidade de criação de lugares onde se experimentam a liberdade?	
84. Se instrui sobre o fato de a intervenção profissional no local onde o indivíduo habita, sustenta a orientação de expulsão de seu lar?	
85. Se discute o fato de o modelo manicomial negar o ato de habitar o espaço e afirmar o ato de estar no espaço?	

86. Se discute o fato de o modelo manicomial diminuir a possibilidade de subjetivação dos indivíduos?	
87. Se discute o fato de tornar manicômios em lugares onde se vive, não garante a reabilitação psicossocial?	
88. Se instrui sobre a possibilidade de lançar mão de estratégias de morar em liberdade como alternativas ao manicômio?	
89. Se instrui sobre a preferência do indivíduo determinar as soluções habitacionais buscadas no processo de reabilitação psicossocial?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo rede social/troca de identidades da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
90. Se instrui sobre este eixo ser relacionado a um lugar onde há trocas sociais?	
91. Se instrui sobre o fato de que pela institucionalização pode haver a perda da rede de interações sociais?	
92. Se instrui sobre a intervenção na rede de interações sociais do indivíduo trazer efeitos benéficos à sua saúde mental?	
93. Se instrui sobre a família ser uma das redes de interações sociais do indivíduo?	
94. Se instrui sobre o dever dos profissionais de trabalharem para a reinserção social do indivíduo?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo trabalho/produzir e trocar mercadorias/valores da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
95. Se discute que o fortalecimento deste eixo possibilita ao sujeito exercer seu poder, por meio de trocas materiais?	
96. Se discute a necessidade de o indivíduo estar inserido em cenários de vidas reais, onde se trabalha-ganha-consome?	
97. Se discute o trabalho que gera lucro como um modo de garantia de cidadania aos que trabalham?	
98. Se discute que o trabalho como recreação não favorece a reabilitação psicossocial?	
99. Se discute as diferenças entre trabalho e ergoterapia?	
100. Se instrui sobre a ergoterapia ser o ato de desenvolver tarefas manuais ou físicas?	
101. Se instrui sobre o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que trabalho seja um modo de contenção?	
102. Se instrui sobre o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que trabalho seja um modo de exploração?	
103. Se discute o fato de algumas funções laborativas exigirem do indivíduo menor competência social?	
104. Se discute o trabalho como elemento que pode valorizar a subjetividade do indivíduo?	
105. Se discute o trabalho como um dos indicadores de funcionamento social do indivíduo?	
106. Se discute a concepção de cooperativas de trabalho como sendo, ao mesmo tempo, tratamento e lugar de produção (no mercado)?	
107. Se discute as cooperativas de trabalho como empresas com sócios com e sem transtornos mentais?	
108. Se discute o fato de as atividades de cooperativas de trabalho utilizarem recursos de origens diferentes?	
109. Se discute o fato de as atividades produtivas de cooperativas de trabalho serem de naturezas diversas?	
110. Se discute o fato de as cooperativas de trabalho terem alta rentabilidade reabilitativa?	
111. Se instrui sobre o dever do profissional de incentivar o comércio dos produtos de cooperativas de trabalho?	
112. Se discute a concepção de cooperativas de trabalho como lugares de promoção de autonomia?	
113. Se instrui sobre o papel profissional busca da reabilitação psicossocial do indivíduo, pela sua inserção no trabalho?	
114. Se discute o fato de a sustentação de entidades locais facilitar a inserção dos indivíduos no trabalho?	
115. Se discute o fato de que não integrar o indivíduo no trabalho pode levar ao seu isolamento social?	

APÊNDICE P- Versão final da E-MENTAL

(Escala de avaliação da qualidade do ensino em disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica)

INSTRUÇÕES:

1. Sempre que o termo **indivíduo** for utilizado, trata-se de **pessoa com transtorno mental**;
2. Sempre que o termo **manicômio** for utilizado, trata-se de **hospital psiquiátrico**;
3. Sempre que o termo **profissional/profissionais** for utilizado, trata-se de **pessoa(s) que trabalha(m) em instituição que oferece cuidado à saúde mental do indivíduo**;
4. Sempre que o termo **serviço** for utilizado, trata-se de **local de atendimento à saúde mental do indivíduo**;
5. Sempre que o termo **responsável** for utilizado, trata-se de **familiar e/ou cuidador do indivíduo**;
6. Sempre que o termo **ergoterapia** for utilizado, trata-se de **execução de tarefas simples e manuais**;
7. Quando a sua resposta for **afirmativa**, marque **S (sim)** na coluna R;
8. Quando a sua resposta for **negativa**, marque **N (não)** na coluna R.

Pensando no processo ensino-aprendizagem de disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, e a sua interface com as <i>Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF) / 2001</i> , responda:	R
1. Este processo favorece a formação de um profissional crítico?	
2. Este processo favorece a formação de um profissional criativo?	
3. Este processo favorece a formação de um profissional reflexivo?	
4. Este processo favorece a formação de um profissional humanista?	
5. Este processo favorece a formação de um profissional apto para atender na diversidade?	
6. Este processo favorece a formação de um profissional com senso de responsabilidade social?	
7. Este processo favorece a formação de um profissional que tem a ciência como base para a sua atuação?	
8. Este processo favorece a formação de um profissional comprometido com a saúde integral dos indivíduos?	
9. Este processo favorece a formação de um profissional comprometido com a saúde da família dos indivíduos?	
10. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental?	
11. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental na comunidade?	
12. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental na rede básica de saúde?	
13. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em ambulatórios?	
14. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)?	
15. Neste processo é oferecido estágio curricular supervisionado em saúde mental em enfermarias especializadas em hospitais gerais?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, este processo contempla a temática:	R
16. Do fenômeno da loucura nos diversos contextos históricos?	
17. Da luta antimanicomial brasileira como organização social democrática?	
18. Da reforma psiquiátrica brasileira?	
19. Das políticas públicas de saúde mental brasileiras decorrentes da luta antimanicomial?	
20. Do cenário das políticas públicas de saúde mental brasileiras?	
21. Da transversalidade das políticas públicas de saúde mental brasileiras nos diferentes contextos de atuação em saúde?	
22. Das práticas de saúde mental para atender os princípios da ética/bioética?	
23. Das estratégias de cuidado em saúde mental pautadas na desinstitucionalização?	
24. Da atuação do profissional nos diferentes cenários de prática?	
25. Da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)?	

26. Dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)?	
27. Da saúde mental na atenção básica à saúde?	
28. Das enfermarias especializadas em saúde mental em hospitais gerais?	
29. Dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)?	
30. Do Programa De Volta Para Casa (PVC)?	
31. Do uso de álcool e outras drogas?	
32. Da redução de danos na temática do uso de álcool e outras drogas?	
33. Do processo de cuidado em enfermagem em saúde mental?	
34. Da comunicação terapêutica?	
35. Do relacionamento terapêutico?	
36. Do exame psíquico?	
37. Dos principais transtornos mentais?	
38. Da habilidade de diagnosticar problemas de saúde mental?	
39. Das ações de promoção de saúde mental na atenção primária?	
40. Das técnicas de manejo da crise em saúde mental?	
41. Da atenção à urgência/emergência em saúde mental?	
42. Dos conteúdos relacionados aos psicofármacos?	
43. Das práticas de cuidado que utilizam abordagens não medicamentosas?	
44. Do Projeto Terapêutico Singular (PTS) do indivíduo?	
45. Do trabalho interdisciplinar em saúde mental?	
46. Do trabalho multiprofissional em saúde mental?	
47. Da habilidade de liderança no trabalho em equipe de saúde mental?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com a Lei n.º 10.216/2001, neste processo:	R
48. Se discute a importância da necessidade de garantir os direitos do indivíduo?	
49. Se discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado pelos meios menos invasivos possíveis?	
50. Se discute a necessidade de informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado, preferencialmente, em serviços comunitários?	
51. Se discute a modalidade de internação voluntária?	
52. Se discute a modalidade de internação involuntária?	
53. Se discute a modalidade de internação compulsória?	
54. Se discute a necessidade de informar o indivíduo, sobre seu direito de esclarecimento do porquê de sua indicação de internação?	
55. Se discute a necessidade de informar o responsável sobre os direitos do indivíduo?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com a Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
56. Se discute sobre a importância da necessidade de restituir os direitos dos indivíduos quando eles não são respeitados?	
57. Se instrui sobre a reabilitação psicossocial objetivar a melhora das debilidades?	
58. Se discute sobre a promoção de autonomia como uma das funções dos serviços de saúde mental?	
59. Se discute sobre a necessidade de profissionais atuarem para que a subjetividade do indivíduo seja preservada?	
60. Se discute sobre o ato de desinstitucionalizar ser capaz de restituir a subjetividade do indivíduo?	

61. Se discute o fato de o modelo manicomial diminuir a possibilidade de subjetivação do indivíduo?	
62. Se discute sobre a existência de uma hegemonia manicomial?	
63. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais reproduzirem a cronicidade do transtorno mental?	
64. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais tratarem o indivíduo como depositário passivo de intervenções psiquiátricas?	
65. Se discute sobre o fato de muitos serviços manicomiais reproduzirem exclusões sociais?	
66. Se discute sobre o valor estratégico de serviços de base territorial na reabilitação psicossocial?	
67. Se discute sobre o estigma associado ao transtorno mental?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo morar da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
68. Se instrui sobre o fato de a moradia ser eixo estrutural da reabilitação psicossocial para a cidadania?	
69. Se instrui sobre o fato de a moradia ser fundamental para a qualidade de vida do indivíduo?	
70. Se discute que a casa, como propriedade, é direito do indivíduo?	
71. Se discute o conceito de habitar, como a possibilidade de criação de lugares onde se experimentam a liberdade?	
72. Se instrui sobre o fato de a intervenção profissional no local onde o indivíduo habita, sustenta a orientação de expulsão de seu lar?	
73. Se discute o fato de o modelo manicomial negar o ato de habitar o espaço e afirmar o ato de estar no espaço?	
74. Se discute o fato de tornar manicômios em lugares onde se vive, não garante a reabilitação psicossocial?	
75. Se instrui sobre a possibilidade de lançar mão de estratégias de morar em liberdade como alternativas ao manicômio?	
76. Se instrui sobre a preferência do indivíduo determinar as soluções habitacionais buscadas no processo de reabilitação psicossocial?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo rede social/troca de identidades da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
77. Se instrui sobre este eixo ser relacionado a um lugar onde há trocas sociais?	
78. Se instrui sobre o fato de que pela institucionalização pode haver a perda da rede de interações sociais?	
79. Se instrui sobre a intervenção na rede de interações sociais do indivíduo trazer efeitos benéficos à sua saúde mental?	
80. Se instrui sobre a família ser uma das redes de interações sociais do indivíduo?	
82. Se instrui sobre o dever dos profissionais de trabalharem para a reinserção social do indivíduo?	
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica e a sua interface com o eixo trabalho/produzir e trocar mercadorias/valores da Reabilitação Psicossocial, neste processo:	R
83. Se discute que o fortalecimento deste eixo possibilita ao sujeito exercitar seu poder, por meio de trocas materiais?	
84. Se discute a necessidade de o indivíduo estar inserido em cenários de vidas reais, onde se trabalha-ganha-consome?	
85. Se discute o trabalho que gera renda como um modo de garantia de cidadania aos que trabalham?	
86. Se discute que o trabalho como recreação não favorece a reabilitação psicossocial?	
87. Se discute as diferenças entre trabalho e ergoterapia?	
88. Se instrui sobre o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que trabalho seja um modo de contenção?	
89. Se instrui sobre o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que trabalho seja um modo de exploração?	

90. Se discute o trabalho como elemento que pode valorizar a subjetividade do indivíduo?	
91. Se instrui sobre o papel profissional na busca da reabilitação psicossocial do indivíduo pela sua inserção no trabalho?	
92. Se discute a concepção de cooperativas de trabalho como sendo, ao mesmo tempo, tratamento e lugar de produção (no mercado)?	
93. Se discute a concepção de cooperativas de trabalho como lugares de promoção de autonomia?	
94. Se discute a inserção dos indivíduos nas cooperativas de trabalho, como um auxílio a sua reabilitação psicossocial?	
95. Se discute a possibilidade da inclusão social pelo trabalho por meio das cooperativas?	
96. Se discute o fato de que não integrar o indivíduo no trabalho pode levar ao seu isolamento social?	

APÊNDICE Q – Carta juízas

São Paulo, 13 de novembro de 2019

Cara especialista,

Sou pesquisadora principal do estudo ***Escala de avaliação da qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo*** que trata-se de uma tese de doutorado e tem como objetivo geral ***construir e validar o conteúdo de uma escala de avaliação de qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei n.º 10.2106, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem/2001 e de professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica***. Este instrumento, depois de construído e de ter o seu conteúdo validado, será aplicado com professores de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem.

O presente estudo tem abordagem psicométrica. A psicometria utiliza um conjunto de métodos para construir ou escolher o melhor instrumento para medir um fenômeno. Esta pesquisa busca medir o fenômeno **qualidade do ensino de graduação em enfermagem em saúde mental e psiquiatria**. Assume-se como de qualidade, um ensino que contemple **as Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF), a Lei n.º10.216 e a Reabilitação Psicossocial de Benedetto Saraceno (2001)**¹⁵, que também é o construto deste instrumento.

Assim, os itens deste instrumento foram criados a partir da análise de conteúdo destes materiais, além da opinião de professores da área, sobre o que eles consideravam importante no ensino de graduação em enfermagem em saúde mental e psiquiatria, na perspectiva da reabilitação psicossocial.

Construto ou variável latente diz respeito ao que não está explícito, que não pode ser diretamente medido, então precisa de um instrumento para isto. A **Reabilitação Psicossocial**, construto deste instrumento, é um processo que facilita a autonomia da pessoa com transtorno mental pela retirada das barreiras que impedem que o indivíduo seja reintegrado socialmente e exerça a sua cidadania (WHO, 1996)¹⁶. A literatura descreve diversos modelos de reabilitação psicossocial. Na reabilitação psicossocial de Saraceno

¹⁵ Saraceno B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Rio de Janeiro: Instituto Franco Basagliani/Te Corá; 2001.

¹⁶ WHO - World Health Organization. Psychosocial rehabilitation: a consensus statement. Genebra: WHO; 1996.

(2001), as desabilitações têm mais a ver com a resposta que a organização social dá ao sujeito, do que com as desabilidades em si. O intuito da reabilitação psicossocial é aumentar as habilidades, ou diminuir as desabilitações. Existem três eixos da reabilitação psicossocial: o habitar (moradia), rede social e trabalho. O primeiro refere-se à apropriação sobre o espaço em que se vive. O segundo trata da participação nas trocas de sociais. O terceiro é fundamental para promover a articulação dos interesses, necessidades e desejos.

A teoria, ou o norte teórico que embasou a definição do construto também deve estar expressa, durante o processo de criação de itens. A teoria assumida neste estudo é a da **desinstitucionalização**, de Franco Rotelli (2001)¹⁷, que se situa dentro do campo psicossocial. O campo psicossocial é o conjunto de práticas substitutivas ao modelo manicomial (Costa-Rosa, Luzio, Yasui, 2003)¹⁸. Nele, a assistência é coletiva, multiprofissional, interdisciplinar e busca gerar um trabalho em saúde mental compatível com a necessidade do consumidor (Aranha e Silva, Fonseca, 2005)¹⁹. O conceito de desinstitucionalização é maior do que o da desospitalização. A ideia é superar a lógica manicomial do campo psiquiátrico e pensar em formas de lidar com a existência em sofrimento, com todas as suas determinações (o que implica na desmontagem das instituições que excluem e segregam). Desinstitucionalizar é criar meios terapêuticos e incentivar as relações autênticas e espontâneas, desmontando cuidados que naturalizam desigualdades, violências e que cronificam o TM, já que frequentemente a cura do ponto de vista biológico, é inalcançável (ROTELLI, 2001)³.

Com a clareza da teoria, construto e fenômeno que embasaram a construção dos itens desta escala, foi possível redigir os mesmos. A próxima etapa do processo busca de evidência de validade de conteúdo de um instrumento, é a submissão da sua versão preliminar a um comitê de juízes especialistas na área, para diminuir o viés dos possíveis problemas que possam aparecer. Este processo deve se dar pela participação de estudiosos com reconhecido saber na área.

Por isto, é com grande satisfação que a convidamos a compor o comitê de juízes especialistas que analisará o conteúdo da Escala de avaliação do Ensino de graduação em Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria (E-Mental), fruto do presente estudo.

¹⁷ Rotelli F. A instituição inventada. In: Rotelli F, De Leonardis O, Mauri D, organizadores. Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 61-4.

¹⁸ Costa-Rosa A, Luzio CA, Yasui S. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. Em: Amarante P, organizador. Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Nau; 2003.

¹⁹ Aranha e Silva AL, Fonseca RMGS. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. Rev Lat Am Enfermagem. 2005;13(3):441-9.

Se a senhora aceitar contribuir nesta fase da pesquisa, peço que assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) anexo e o devolva para o e-mail anaisacristina@usp.br. Se não for possível retornar o documento por e-mail, me encarrego de levar o TCLE até a senhora em local e data pré-estabelecidos, para que o documento seja lido e assinado.

Caso aceite participar desta fase do estudo, também peço que responda ao questionário anexo, avaliando o instrumento quanto ao grau de clareza de linguagem, pertinência prática e relevância teórica, entre os 115 itens do instrumento e a proposta da pesquisa, considerando seu conhecimento e experiência. Nele estão as explicações para o seu preenchimento, mas deixo explicitado que, quando houver quaisquer problemas em relação ao preenchimento do questionário, a senhora poderá me procurar para que as dúvidas sejam sanadas. Sugestões e observações são bem vindas e devem ser feitas no próprio instrumento de avaliação.

As orientações para quando a senhora for responder ao questionário são: abra o arquivo intitulado **Questionário para juízas**; salve-o em seu computador e; preencha os dados. Peço, por gentileza, que após o término do preenchimento do questionário (que deve ocorrer até 18.11.2019), que envie o documento junto com o TCLE, para o e-mail anaisacristina@usp.br.

O processo de preenchimento do questionário deve durar em torno de 60 minutos. O resumo deste estudo está no verso desta carta, para conhecimento da proposta.

Peço a sua compreensão em não divulgar os itens deste instrumento, que ainda está em fase de teste e, por isso, tem caráter sigiloso.

Quero deixar claro o meu profundo agradecimento à sua participação e colaboração, e que os dados recolhidos nesta etapa de verificação da validade certamente servirão para melhorar este instrumento de medida.

Atenciosamente,

Anaísa C. Pinto
Anaísa Cristina Pinto

Doutoranda da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP)

Escala de avaliação da qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo

Introdução: Os cursos de enfermagem buscam formar enfermeiros que atendam aos contextos históricos e sociais vivenciados. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem (DCN/ENF) consideram que eles devam estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões. A história aponta para o fato de a enfermagem brasileira ter nascido vinculada ao modelo curativo, de atenção individual, e não para a saúde coletiva. Isto resultou na predominância do paradigma médico/hospitalar, no ensino de graduação. A Reforma Psiquiátrica brasileira busca substituir o modelo centralizado na assistência hospitalar, que se preocupa com a intervenção na doença mental, desconsiderando a pessoa em seu contexto de vida, a sua cidadania e seus direitos. Assim, no contexto histórico atual, o ensino em enfermagem em saúde mental, deve atender aos prescritos pela Lei n.º 10.216, compreendendo temáticas que fomentem a formação de profissionais para atuarem na perspectiva da reabilitação psicossocial. Embora o paradigma psicossocial seja o norteador das políticas públicas de saúde mental no Brasil, o histórico da hegemonia do modelo hospitalocêntrico, em relação ao psicossocial, sugere que ensino ainda seja em alguma escala, pautado no modelo asilar. **Pergunta de pesquisa:** *Uma escala de avaliação de qualidade padronizado poderá identificar se o ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros está pautado na reabilitação psicossocial; atende aos dispostos da lei n.º 10.2106 e das DCN/ENF/2001 e; ajudar nas reformulações necessárias ao processo de ensinar enfermagem em saúde mental e psiquiátrica na perspectiva da RP?* **Objetivo:** Construir e validar o conteúdo de uma escala de avaliação de qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei n.º 10.2106, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem/2001 e de professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. **Método:** Estudo psicométrico, que visa construir e validar o conteúdo de um instrumento de avaliação de qualidade do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiatria, com rigor e que possa ser utilizado por outros pesquisadores. Para isto, em um primeiro momento, tanto os cursos de enfermagem brasileiros, como as disciplinas de saúde mental/psiquiatria destas escolas serão caracterizadas. Benefícios que poderão ser alcançados: O instrumento pode servir de subsídio para IES sejam avaliadas, no sentido de saber se estão formando profissionais no paradigma psicossocial e para atender os dispostos na lei, de acordo com padrões pré-estabelecidos por um instrumento de validade confiável. Isto é importante, para que currículos sejam repensados para atender às demandas do sistema saúde nacional, baseado em marcos teóricos-conceituais normativos instituídos. Ou seja, o próprio instrumento, além de avaliar, pode servir de ferramenta de intervenção também. Isto pode contribuir para que cursos e disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiatria possam se autoanalisar segundo as mudanças necessárias para seus próprios currículos.

Palavras-Chave: Ensino; Enfermagem; Saúde Mental; Reabilitação Psicossocial; Estudo de Avaliação de Conteúdo

APÊNDICE R - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Juízes especialistas

Convidamos a senhora a participar da pesquisa intitulada ***Escala de avaliação da qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo***, que objetiva ***construir e validar o conteúdo de uma escala de avaliação da qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei n.º 10.2106, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem/2001 e de professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica***. Esta pesquisa é de responsabilidade de Anaísa Cristina Pinto, aluna do programa de doutoramento interunidades da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e de sua orientadora Prof.^a Dr.^a Sônia Barros.

Para o desenvolvimento do estudo utilizaremos a psicometria, que é um conjunto de métodos que visam construir ou escolher o melhor instrumento para medir um fenômeno. No caso deste estudo, o fenômeno é a qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Uma das etapas deste tipo de estudo, é a submissão de uma versão preliminar do instrumento, a um comitê de juízes especialistas, que deve avaliar a sua clareza de linguagem, a pertinência prática e a relevância teórica do instrumento, em relação a proposta da pesquisa. Assim, se a sra aceitar participar da pesquisa, a sua contribuição se dará por meio da composição do comitê de juízes para avaliar o instrumento. Todos os juízes receberão via e-mail, um arquivo do Windows Excel com a escala, um questionário de avaliação da escala e as instruções de preenchimento da escala e do questionário. O processo de preenchimento destes documentos, deve durar em torno de 40 minutos. Uma via deste TCLE assinada pela juíza e o questionário de avaliação da escala deverão ser retornados para o e-mail: anaisacristina@usp.br

Este é um convite, logo a sra não é obrigada a participar da pesquisa. Se aceitar compor o comitê de juízes, a sra terá a liberdade para parar de participar do estudo, em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer penalidade alguma, basta avisar às pesquisadoras. Caso a sra decida interromper sua participação na pesquisa, todas as suas respostas serão apagadas. Se a sra participar da pesquisa até o final, suas respostas serão mantidas em sigilo em todas as fases do estudo, assim, as seguintes precauções serão tomadas: as respostas serão analisadas junto com as respostas de todas as demais juízes do comitê, a fim de evitar a sua identificação; as suas respostas não serão propositalmente entregues a qualquer pessoa que possa identificá-las como suas e; quando os resultados da pesquisa forem divulgados, suas respostas não serão identificadas como suas.

A sra poderá ser desligada do estudo, sem o seu consentimento caso não siga adequadamente as orientações do estudo, ou o estudo termine. Ao concordar em participar da pesquisa a sra estará sob o risco de que suas respostas sejam identificadas por outras pessoas do comitê de juízes especialistas. Caso isto aconteça, pedimos que a sra relate o ocorrido às pesquisadoras, para que as devidas providências sejam tomadas e um profissional seja acionado, a fim de sanar os danos sofridos, sem que a sra tenha gastos financeiros com isto. Mesmo que, por algum motivo, a pesquisa seja interrompida, a sra continuará recebendo o apoio profissional proposto para suprir danos causados pela pesquisa.

Caso a sra tenha alguma despesa decorrente de sua participação nesta pesquisa, a sra será ressarcida. Neste caso, pedimos que entre em contato com a pesquisadora principal e informe o investimento relacionado à participação do estudo. A sra também tem direito de receber indenização em decorrência de dano causado pela pesquisa, conforme termos da Resolução CNS 466/2012.

Em nenhuma hipótese será cobrado algo da sra pela sua participação no estudo e a sra também não receberá pagamento por sua participação no estudo.

O benefício em aceitar participar da pesquisa é colaborar na criação de uma escala com critérios confiáveis para avaliar a qualidade do ensino em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, que poderá ser utilizada por escolas de enfermagem brasileiras.

Esta pesquisa poderá servir de subsídio para que currículos de enfermagem sejam repensados, no sentido de melhor atender ao sistema de saúde nacional, podendo contribuir para que outros cursos possam se autoanalisar segundo as mudanças necessárias para seus próprios currículos

Caso a sra concorde em participar do estudo, a sra ficará com uma das vias deste documento, que deve estar assinado pela pesquisadora principal. Além disto, a sra deverá rubricar todas as páginas e assinar este TCLE.

A pesquisadora responsável por este estudo poderá fornecer quaisquer esclarecimentos sobre a presente pesquisa a qualquer momento, que a sra achar necessário. Seguem os dados para contato: **Anáisa Cristina Pinto. Endereço profissional: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César. Celular: (11) 94442-2284 e-mail: anaisacristina@usp.br.**

Caso a sra tenha alguma consideração, dúvida ou denúncia sobre questões éticas pertinentes a esta pesquisa sinta-se à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP, cujo endereço é Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar, São Paulo (SP), CEP: 05403-000, **telefone: (11) 3061-8858, e-mail: cepee@usp.br.**

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Anáisa C. Pinto

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante da pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE S – E-MENTAL - Escala de avaliação de Saúde Mental e Psiquiatria no Ensino de graduação em Enfermagem

Nome completo da juíza:						
Profissão/ocupação:						
Área de atuação:						
INSTRUÇÕES:						
1.Leia o instrumento atentamente;						
2.Sempre que o termo indivíduo for utilizado, trata-se da pessoa com transtorno mental;						
3.Sempre que o termo manicômio for utilizado, trata-se de hospital psiquiátrico;						
4.Sempre que o termo profissional/profissionais for utilizado, trata-se da (s) pessoa (s) que trabalha (m) na instituição que oferece cuidado à saúde mental do indivíduo;						
5.Sempre que o termo serviço for utilizado, trata-se do local de atendimento à saúde mental do indivíduo;						
6.Sempre que o termo responsável for utilizado, trata-se de familiar e/ou cuidador do indivíduo;						
7.A coluna Opções de Respostas refere-se às alternativas que as pessoas poderão assinalar, quando forem responder à escala. Assim, não precisam ser preenchidas neste momento;						
8.Lembre-se que responderão esta escala professores de disciplinas de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação em enfermagem;						
9. Analise cada item que compõe a escala quanto aos domínios: Clareza de Linguagem, Pertinência Prática e Relevância Teórica;						
10.Na aba domínios , localizada no canto inferior esquerdo deste documento estão as explicações referentes a cada um dos domínios;						
11.Atribua notas de 1 a 5, a cada um dos itens, para o quanto você considera que o item atende aos domínios. Sendo: 1 - muito ruim; 2 - ruim; 3 - razoável; 4 - bom e 5 - muito bom ;						
12.Quando pertinente, deixe observações que nos ajude a melhorar cada item (relate dificuldades, aponte os itens que considerar irrelevantes, deixe sugestões de escrita, entre outras questões que considerar importantes).						
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de saúde mental/psiquiatria e a sua interface com as Diretrizes Curriculares para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF) / 2001, reflita se este processo:	Opções de Resposta	Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações	
1.Se aproxima da formação de um profissional crítico	S	N				
2.Se aproxima da formação de um profissional criativo	S	N				
3.Se aproxima da formação de um profissional reflexivo	S	N				
4.Se aproxima da formação de um profissional humanista	S	N				
5.Se aproxima da formação de um profissional apto para atender na pluralidade	S	N				

6.Se aproxima da formação de um profissional com senso de responsabilidade social	S	N				
7.Se aproxima da formação de um profissional que tem as suas bases na ciência	S	N				
8.Se aproxima da formação de um profissional comprometido com a saúde integral dos indivíduos	S	N				
9.Se aproxima da formação de um profissional comprometido com a saúde da família dos indivíduos	S	N				
10.Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental	S	N				
11.Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental em hospitais gerais	S	N				
12.Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental em hospitais especializados	S	N				
13.Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental em ambulatórios	S	N				
14.Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental na rede básica de saúde e comunidades	S	N				
15.Oferece estágio curricular supervisionado em saúde mental em Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)	S	N				
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de saúde mental/psiquiatria reflita se este processo se aproxima da temática:	Opções de Resposta	Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações	
16.Da luta antimanicomial brasileira como organização social democrática	S	N				
17.Da reforma psiquiátrica brasileira	S	N				
18.Das políticas públicas de saúde mental brasileiras	S	N				
19.Do atual cenário das políticas públicas de saúde mental brasileiras	S	N				
20.Da transversalidade das políticas públicas de saúde mental brasileiras	S	N				
21.Do reconhecimento do papel social do enfermeiro para atuar nas políticas públicas de saúde mental brasileiras	S	N				
22.Das necessidades sociais da saúde mental, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS)	S	N				
23.Da atuação nos diferentes cenários de prática profissional	S	N				
24.Da Rede de Atenção psicossocial (RAPS)	S	N				
25.Dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)	S	N				
26.Da saúde mental na atenção básica à saúde	S	N				

27.Das enfermarias especializadas em hospitais gerais	S	N				
28.Do uso/abuso de álcool e outras drogas	S	N				
29.Da redução de danos	S	N				
30.Dos Serviços Hospitalares de Referência para atenção aos indivíduos que fazem uso álcool e outras drogas	S	N				
31.Dos Serviços Residenciais Terapêuticos (SRT)	S	N				
32.Do Programa De Volta Para Casa	S	N				
33.Da atenção em urgência/emergência em sua mental	S	N				
34.Das técnicas de manejo em urgência/emergência em saúde mental	S	N				
35.Do trabalho em rede	S	N				
36.Do exame psíquico	S	N				
37.Dos principais transtornos mentais	S	N				
38.Da habilidade de diagnosticar problemas de saúde mental	S	N				
39.Do entendimento de que o cuidado de enfermagem é um instrumento de interpretação profissional	S	N				
40.Da Sistematização do Assistência de Enfermagem (SAE) nos serviços de saúde mental de base territorial	S	N				
41.Do processo de cuidado em enfermagem em Saúde Mental/Psiquiatria	S	N				
42.Da identificação dos determinantes de saúde da população	S	N				
43.Do reconhecimento dos perfis epidemiológicos das populações	S	N				
44.Da importância de ações sócio-educativas em saúde mental	S	N				
45.Das estratégias de cuidado pautadas na desinstitucionalização	S	N				
46.Das ações de prevenção de sofrimento	S	N				
47.Das ações de promoção de saúde mental	S	N				
48.Das práticas de saúde mental atendendo aos princípios da ética/bioética	S	N				
49.Da tomada de decisão visando a eficácia das práticas de saúde mental	S	N				
50.Do Projeto Terapêutico Singular (PTS)	S	N				
51.Da medicalização em saúde mental	S	N				
52.Das práticas de cuidado que utilizam abordagens não medicamentosas	S	N				
53.Dos conteúdos relacionados aos psicofármacos	S	N				

54.Dos conteúdos relacionados aos indivíduos que cometem infrações	S	N				
55.Da habilidade de se comunicar de maneira acessível	S	N				
56.Da comunicação terapêutica	S	N				
57.Do relacionamento terapêutico	S	N				
58.Do trabalho interdisciplinar em saúde mental	S	N				
59.Do trabalho multiprofissional em saúde mental	S	N				
60.Da habilidade de liderança no trabalho da equipe de saúde mental	S	N				
61.Do reconhecimento da saúde como direito	S	N				
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de saúde mental/psiquiatria e a sua interface com a Lei nº 10.216/2001, reflita se este processo discute a necessidade:	Opções de Resposta		Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
62.De informar o indivíduo sobre seu direito de esclarecimento da necessidade de sua hospitalização involuntária	S	N				
63.De informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado pelos meios menos invasivos possíveis	S	N				
64.De informar o indivíduo sobre seu direito de ser tratado preferencialmente em serviços comunitários	S	N				
65.De informar o responsável sobre os direitos do indivíduo	S	N				
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de saúde mental/psiquiatria e a sua interface com a Reabilitação Psicossocial, reflita se este processo:	Opções de Resposta		Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
66.Discute a importância da necessidade de restituir direitos, quando eles não são respeitados	S	N				
67.Instrui sobre ela ser a finalidade do atendimento em saúde mental	S	N				
68.Instrui sobre ela objetivar a melhora das desabilidades	S	N				
69.Discute o fato de a melhora das desabilidades permitir a equiparação de pessoas com e sem transtornos mentais	S	N				
70.Discute a necessidade de profissionais atuarem para que a identidade do indivíduo seja preservada	S	N				
71.Discute a promoção de autonomia como sendo uma das funções dos serviços de saúde mental	S	N				
72.Discute a existência de uma hegemonia manicomial	S	N				

73.Instrui sobre o fato de o modelo comunitário ser mais benéfico do que o manicomial	S	N				
74.Discute o ato de desinstitucionalizar como capaz de restituir a subjetividade do indivíduo no serviço	S	N				
75.Discute o fato de muitos serviços reproduzirem cronicidade do transtorno mental	S	N				
76.Discute o fato de muitos serviços reproduzirem exclusões sociais	S	N				
77.Discute o fato de muitos serviços tratarem o indivíduo como depositário passivo de intervenções	S	N				
78.Discute as questões do estigma associado ao transtorno mental	S	N				
79.Discute o valor estratégico de serviços de base territorial na reabilitação psicossocial	S	N				
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de saúde mental/psiquiatria e a sua interface com o eixo morar da Reabilitação Psicossocial, reflita se este processo:	Opções de Resposta		Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
80.Instrui sobre o fato de a moradia ser tema central da reabilitação psicossocial para a cidadania	S	N				
81.Instrui sobre o fato de a moradia ser fundamental para a qualidade de vida do indivíduo	S	N				
82.Discute que o conceito morar abrange a noção de criação de lugares onde se experimentam a liberdade	S	N				
83.Discute o fato de o modelo manicomial negar o ato de morar e afirmar o ato de estar no espaço	S	N				
84.Discute o fato de o modelo manicomial diminuir a possibilidade de subjetivação dos indivíduos	S	N				
85.Discute o fato de que transformar manicômios em lugares onde se vive não garante a reabilitação psicossocial	S	N				
86.Instrui sobre a preferência do indivíduo determinar as soluções habitacionais buscadas no processo de reabilitação psicossocial	S	N				
87.Instrui sobre a possibilidade de lançar mão de casas protegidas, como alternativas ao manicômio	S	N				
88.Discute que a casa como propriedade é direito do indivíduo	S	N				
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de saúde mental/psiquiatria e a sua interface com o eixo rede social/troca de identidades da Reabilitação Psicossocial, reflita se este processo:	Opções de Resposta		Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
89.Instrui sobre este eixo ser relacionado à um lugar social onde há trocas	S	N				

90.Instrui sobre o fato de que pela desabilitação pode haver a perda da rede de interações sociais	S	N				
91.Instrui sobre o dever dos profissionais de trabalharem para a reinserção social do indivíduo	S	N				
92.Instrui sobre a família ser uma das redes de interações sociais do indivíduo	S	N				
93.Instrui sobre a intervenção na família trazer efeitos benéficos à saúde do indivíduo	S	N				
94.Instrui sobre a intervenção na família diminuir a orientação de expulsão do indivíduo de seu lar	S	N				
Pensando no processo ensino-aprendizagem da disciplina de saúde mental/psiquiatria e a sua interface com o eixo trabalho/produzir e trocar mercadorias/valores da Reabilitação Psicossocial, reflita se este processo:	Opções de Resposta		Clareza de Linguagem	Pertinência Prática	Relevância Teórica	Observações
95.Discute que o fortalecimento deste eixo possibilita ao sujeito exercitar seu poder por meio de trocas materiais	S	N				
96.Discute que o trabalho como recreação não favorece a reabilitação psicossocial	S	N				
97.Discute as diferenças entre trabalho e ergoterapia	S	N				
98.Instrui sobre a ergoterapia ser o ato de desenvolver tarefas manuais ou físicas	S	N				
99.Instrui sobre o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que seja trabalho, é um modo de contenção	S	N				
100.Instrui sobre o estímulo à ergoterapia, com a justificativa de que seja trabalho, é um modo de exploração	S	N				
101.Discute o fato de algumas funções laborativas exigirem do indivíduo menor competência social	S	N				
102.Discute o trabalho como elemento que valoriza a singularidade do indivíduo	S	N				
103.Discute o trabalho como um dos indicadores de funcionamento social do indivíduo	S	N				
104.Discute a necessidade de o indivíduo estar inserido em cenários de vidas reais, onde se trabalha-ganha-consome	S	N				
105.Instrui sobre o papel profissional busca da reabilitação psicossocial do indivíduo, pela sua inserção no trabalho	S	N				
106.Discute a concepção de cooperativas de trabalho como lugares de promoção de autonomia	S	N				

107. Discute a concepção de cooperativas de trabalho como sendo, ao mesmo tempo, tratamento e lugar de produção (no mercado)	S	N				
108. Discute as cooperativas de trabalho como empresas com sócios com e sem transtornos mentais	S	N				
109. Discute o fato de as atividades de cooperativas de trabalho utilizarem recursos de origens diferentes	S	N				
110. Discute o fato de as atividades produtivas de cooperativas de trabalho serem de naturezas diversas	S	N				
111. Discute o fato de as cooperativas de trabalho terem alta rentabilidade reabilitativa	S	N				
112. Instrui sobre o dever do profissional de incentivar o comércio dos produtos de cooperativas de trabalho	S	N				
113. Discute o fato de a sustentação de entidades locais facilitar a inserção dos indivíduos no trabalho	S	N				
114. Discute o fato de que não integrar o indivíduo no trabalho pode levar ao seu isolamento social	S	N				
115. Discute o trabalho que gera lucro como um modo de garantia de cidadania aos que trabalham	S	N				

APÊNDICE T - E-mail convite para os professores

Boa tarde, professor (a)! Como você está?

Me chamo Anaísa e sou doutoranda da professora Sônia Barros, na EEUSP.

Envio este e-mail para convidá-la a participar da minha pesquisa!

Eu construí e validei o conteúdo de uma escala de avaliação de qualidade do ensino de graduação de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Para isto, parti do pressuposto de que um ensino de qualidade, deveria conter algumas demandas das Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Enfermagem (DCN/ENF/2001), os dispostos da Lei nº10.216/2001 e a teoria da Reabilitação Psicossocial, do Saraceno.

Além disto, também consultei professores de saúde mental e psiquiatria de cursos de graduação de enfermagem, sobre o que eles consideram importante de ser abordado no ensino, considerando a Reforma Psiquiátrica e a Reabilitação Psicossocial (isto porque, a Reabilitação Psicossocial é a variável latente do meu instrumento, então deve permear os seus itens).

Este instrumento foi para a análise de juízes especialistas na área, quando foram levantadas evidências de validade de seu conteúdo. Após isto, ele foi modificado conforme sugestão dos juízes e, agora, deve ser aplicado a uma amostra de professores da área (que é a população respondente do instrumento), para avaliar a sua aplicabilidade.

Por isto entro em contato com você! Gostaria muito de tê-la como participante desta etapa do estudo!

Se você aceitar, você responderá a escala, que contém 96 itens e tem tempo médio de resposta de 10 minutos. O link para resposta é:

https://docs.google.com/forms/u/1/d/1BjHsGw-N1KIJs2-uR1ht4M07sHygHruQ8tObNLpi90Y/edit?usp=sharing_eip&ts=5de85ffe&urp=gmail_link. Se aceitar, peço que encaminhe a carta de autorização institucional para o (a) chefe do departamento no qual a sra ministra aula e peça para que a assine. Também solicito assinatura no Termo de consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Peço que a sra devolva estes documentos assinados ao e-mail: anaisacristina@usp.br.

No e-mail está anexado tanto o resumo do estudo para a sua ciência, e um termo de Responsabilidade e Confiabilidade, garantindo que a pesquisadora fará o uso adequado, dos dados coletados.

Ficarei imensamente grata e feliz pela sua participação!

Aguardo o seu retorno,

Abraços,

Anaísa

APÊNDICE U – Termo de Responsabilidade e Confidencialidade

Este é um termo de responsabilidade e confidencialidade firmado com o intuito de evitar a divulgação e utilização não autorizada de informações coletadas. Por meio dele, eu, Anaísa Cristina Pinto, brasileira, casada, doutoranda do programa interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), inscrita no cadastro de pessoa física, pelo número: 055.893.189-80, pesquisadora principal do estudo intitulado Validação de conteúdo de instrumento de avaliação de qualidade do ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiatria assumo a proteção das informações disponibilizadas por meio dos (as) professores (as) das disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, que serão tidas como confidenciais e sigilosas. Assim, responsabilizo-me por: manter confidencialidade e sigilo de todos os dados e informações a que tiver acesso. Serão consideradas, para efeito deste termo, toda e qualquer informação a que a pesquisadora tiver acesso, seja por meio físico (documentos impressos, manuscritos, fac-símile, mensagens eletrônicas (e-mail), fotografias, por qualquer forma registrada em mídia eletrônica e; oralmente; em hipótese alguma revelar, reproduzir, utilizar ou dar conhecimento à terceiros, não envolvidos com o estudo, de dados, informações científicas ou materiais obtidos durante a pesquisa, responsabilizando-me por todas as pessoas que vierem a ter acesso às informações, por meu intermédio, e obrigando-me, assim, a ressarcir a ocorrência de qualquer dano e/ou prejuízo oriundo de uma eventual quebra de sigilo das informações fornecidas, como consta na Resolução 466/2012; quando os resultados da pesquisa forem divulgados, garantir o sigilo de identidade das pessoas, disciplinas e instituições envolvidas; não tomar para mim, os direitos de propriedade intelectual relativos às informações a que tenha acesso, não utilizando as informações para meu proveito ou proveito alheio; usar as informações apenas com o propósito de cumprir os fins da pesquisa; proteger as informações confidenciais que me foram divulgadas, usando o mesmo grau de cuidado utilizado para proteger minhas próprias informações confidenciais. Serão consideradas informações confidenciais todas aquelas que assim forem identificadas pela parte reveladora, por meio de legendas ou quaisquer outras marcações, ou que, devido às circunstâncias da revelação ou à própria natureza da informação, devam ser consideradas confidenciais ou de propriedade desta; manter procedimentos administrativos adequados à prevenção de risco extravio ou perda de quaisquer documentos ou informações confidenciais ou não, devendo comunicar aos responsáveis, imediatamente, a ocorrência de incidentes desta natureza, cabendo o pagamento, pelo pesquisador, de indenização em decorrência de dano causado pela pesquisa, conforme termos da Resolução CNS 466/2012; manter a proteção e sigilo do banco de dados gerado, não compartilhando informações com pessoas não envolvidas na pesquisa. Quando não for mais necessária a manutenção das informações, comprometo-me a não reter quaisquer reproduções, cópias ou segundas vias, destruindo todo e qualquer material, que contenha informações que podem expor pessoas e instituições. Também me comprometo a não efetuar nenhuma gravação ou cópia de material a que tiver acesso.

A não-observância de quaisquer das disposições de confidencialidade estabelecidas neste instrumento, sujeitará ao pesquisador ao pagamento de indenização em decorrência de dano causado pela pesquisa, conforme termos da Resolução CNS 466/2012. Pelo não cumprimento do presente Termo de Confidencialidade e Sigilo, fica o abaixo assinado ciente de todas as sanções judiciais que poderão advir.

São Paulo, 4 de dezembro de 2019.

anaísa c. pinto

Anaísa Cristina Pinto

Doutoranda do Programa Interunidades da EEUSP

Fone: (11) 94442-2284

APÊNDICE V - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) Juízes especialistas

Convidamos a senhora a participar da pesquisa intitulada ***Escala de avaliação da qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo***, que objetiva ***construir e validar o conteúdo de uma escala de avaliação da qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei n.º 10.2106, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem/2001 e de professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica***. Esta pesquisa é de responsabilidade de Anaísa Cristina Pinto, aluna do programa de doutoramento interunidades da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e de sua orientadora Prof^a Dr^a Sônia Barros.

Para o desenvolvimento do estudo utilizaremos a psicometria, que é um conjunto de métodos que visam construir ou escolher o melhor instrumento para medir um fenômeno. No caso deste estudo, o fenômeno é a qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiatria. Uma das etapas deste tipo de estudo, é a submissão de uma versão preliminar do instrumento, a um comitê de juízes especialistas, que avaliou a clareza de linguagem, a pertinência prática e a relevância teórica do instrumento, em relação a proposta da pesquisa. Nesta etapa, o instrumento teve levantadas as evidências de validade de seu conteúdo. O próximo passo será aplicar a última versão do instrumento, com professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, para avaliar a sua aplicabilidade. Assim, se a sra aceitar participar da pesquisa, a sua contribuição se dará por meio da resposta ao instrumento.

A sra receberá via e-mail, um link com a escala (o processo de preenchimento dura em torno de 10 minutos), um TCLE e a carta de autorização institucional, que deverá ser assinada pela chefe do departamento do curso em que a sra é professora. O TCLE e a carta de autorização institucional, deverão ser retornados para o e-mail: anaisacristina@usp.br

Este é um convite, logo a sra não é obrigada a participar da pesquisa. Se aceitar, a sra terá a liberdade para parar de participar do estudo, em qualquer momento da pesquisa, sem sofrer penalidade alguma, basta avisar às pesquisadoras. Caso a sra decida interromper sua participação na pesquisa, todas as suas respostas serão apagadas. Se a sra participar da pesquisa até o final, suas respostas serão mantidas em sigilo em todas as fases do estudo, assim, as seguintes precauções serão tomadas: as respostas serão analisadas junto com as respostas de todos os demais professores, a fim de evitar a sua identificação; as suas respostas não serão propositalmente entregues a qualquer pessoa que possa identificá-las como suas e; quando os resultados da pesquisa forem divulgados, suas respostas não serão identificadas como suas.

A sra poderá ser desligada do estudo, sem o seu consentimento caso não siga adequadamente as orientações do estudo, ou o estudo termine. Ao concordar em participar da pesquisa a sra estará sob o risco de que suas respostas sejam identificadas por outras pessoas. Caso isto aconteça, pedimos que a sra relate o ocorrido às pesquisadoras, para que as devidas providências sejam tomadas e um profissional seja acionado, a fim de sanar os danos sofridos, sem que a sra tenha gastos financeiros com isto. Mesmo que, por algum motivo, a pesquisa seja interrompida, a sra continuará recebendo o apoio profissional proposto para suprir danos causados pela pesquisa.

Caso a sra tenha alguma despesa decorrente de sua participação nesta pesquisa, a sra será ressarcida. Neste caso, pedimos que entre em contato com a pesquisadora principal e informe o investimento relacionado à participação do estudo. A sra também tem direito de receber indenização em decorrência de dano causado pela pesquisa, conforme termos da Resolução CNS 466/2012.

Em nenhuma hipótese será cobrado algo da sra pela sua participação no estudo e a sra também não receberá pagamento por sua participação no estudo.

O benefício em aceitar participar da pesquisa é colaborar na criação de uma escala com critérios confiáveis para avaliar a qualidade do ensino em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, que poderá ser utilizada por escolas de enfermagem brasileiras.

Esta pesquisa poderá servir de subsídio para que currículos de enfermagem sejam repensados, no sentido de melhor atender ao sistema de saúde nacional, podendo contribuir para que outros cursos possam se autoanalisar segundo as mudanças necessárias para seus próprios currículos.

Caso a sra concorde em participar do estudo, a sra ficará com uma das vias deste documento, que deve estar assinado pela pesquisadora principal. Além disto, a sra deverá rubricar todas as páginas e assinar este TCLE.

A pesquisadora responsável por este estudo poderá fornecer quaisquer esclarecimentos sobre a presente pesquisa a qualquer momento, que a sra achar necessário. Seguem os dados para contato: **Anáisa Cristina Pinto. Endereço profissional: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira César. Celular: (11) 94442-2284 e-mail: anaisacristina@usp.br.**

Caso a sra tenha alguma consideração, dúvida ou denúncia sobre questões éticas pertinentes a esta pesquisa sinta-se à vontade para entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem da USP, cujo endereço é Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419, Cerqueira Cesar, São Paulo (SP), CEP: 05403-000, **telefone: (11) 3061-8858, e-mail: cepee@usp.br.**

Esta pesquisa atende todas as especificações da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

anáisa c. pinto
Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do participante da pesquisa

Data: ____/____/____

APÊNDICE W - Carta aos chefes de departamento das disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica

São Paulo, 4 de dezembro de 2019.

Prezado (a),

Como pesquisadora principal do projeto de pesquisa **Escala de avaliação da qualidade do ensino em enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: validação de conteúdo**, solicito autorização da chefia do departamento em que a disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica está alocada, para a realização do estudo, que tem o objetivo de **construir e validar o conteúdo de uma escala de avaliação de qualidade do ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei n.º 10.2106, das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem/2001 e de professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica**. Esta pesquisa é de responsabilidade de Anaísa Cristina Pinto, aluna do programa de doutoramento interunidades da Escola Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e de sua orientadora Prof.^a Dr.^a Sônia Barros.

Esta é uma pesquisa de abordagem psicométrica. Uma das etapas deste estudo foi a submissão de uma versão preliminar do instrumento, a um comitê de juízes especialistas, que avaliou a clareza de linguagem, a pertinência prática e a relevância teórica do instrumento, em relação a proposta da pesquisa. Nesta etapa, o instrumento teve levantadas as evidências de validade de seu conteúdo. O próximo passo será aplicar a última versão do instrumento, com professores de disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, para avaliar a sua aplicabilidade. A disciplina de saúde mental e psiquiatria, que está alocada no departamento do qual a (o) sra (sr) é chefe foi selecionada para participar da pesquisa e, por isto, solicito a sua anuência quanto à realização do estudo. Se o (a) sr (a) aceitar, solicito o (a) responsável pela disciplina responda ao formulário de pesquisa pelo acesso ao [link https://docs.google.com/forms/u/1/d/1BjHsGw-N1KIJs2-uR1ht4M07sHygHruQ8tObNLpi90Y/edit?usp=sharing_eip&ts=5de85ffe&urp=gmail_link](https://docs.google.com/forms/u/1/d/1BjHsGw-N1KIJs2-uR1ht4M07sHygHruQ8tObNLpi90Y/edit?usp=sharing_eip&ts=5de85ffe&urp=gmail_link) e assine ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para garantir sigilo das informações que não são de domínio público foi entregue ao (a) sr (a) um Termo de Responsabilidade e Confiabilidade, assinado pela pesquisadora, garantindo um bom uso dos dados, por meio do sigilo das informações, da não identificação da disciplina e da instituição, por pessoas que não estão envolvidas na pesquisa, em nenhuma fase da realização desta. Também foi garantido que os dados só serão utilizados para o fim desta pesquisa e que serão armazenados em um banco, com cuidado para que as informações, nomes de pessoas, disciplinas e instituições não sejam expostos. Estes dados serão descartados, após o término do estudo.

Este projeto atende aos princípios éticos para pesquisas científicas e está de acordo com a Resolução CNS 466/2012 e foi aprovado pelo Comitê de ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP, sob o CAAE: 99514718.1.0000.5392

O resumo deste projeto de pesquisa também está anexado, para conhecimento da proposta.

Estou à disposição para os esclarecimentos que forem necessários via e-mail: anaisacristina@usp.br ou telefone (11) 9 4442-2284.

Atenciosamente,

anaísa c. pinto

Anaísa Cristina Pinto
Doutoranda da EEUSP

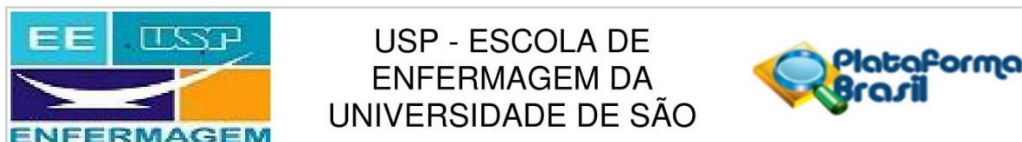
Eu, _____ (nome completo), RG _____, autorizo o (a) professor (a) da disciplina de saúde mental/psiquiatria a responder ao formulário de pesquisa deste estudo.

ASSINATIURA: _____

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Parecer consubstanciado do CEP EEUSP (3.285.712)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Validação de conteúdo de instrumento de avaliação de adequação do ensino de enfermagem de acordo com a Reabilitação Psicossocial

Pesquisador: Anaísa Cristina Pinto

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 99514718.1.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.285.712

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma ao projeto de pesquisa de Doutorado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Sônia Barros.

O estudo de abordagem quantitativa proposto pela pesquisadora analisará os dados das escolas de enfermagem brasileiras, disponíveis no Censo da Educação Superior – “Sinopse Estatística da Educação Superior – Graduação”. Posteriormente serão analisados os planos de ensino das disciplinas de saúde mental e psiquiatria ministradas nessas escolas, cuja amostra foi estimada em 150 instituições. Será solicitada a autorização do diretor, bem como o plano de ensino da disciplina e, caso necessário, contatado o responsável para responder os itens não contemplados no respectivo plano.

A pesquisadora justificou a necessidade emenda ao projeto dada a inserção de uma nova etapa que envolverá 30 professores de enfermagem das escolas participantes do estudo, os quais responderão a um questionário sobre o ensino na área de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.285.712

Construir e validar o conteúdo de um instrumento que avalie o ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem brasileiros, na perspectiva da reabilitação psicossocial, dos dispostos da Lei nº 10.2106 e das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de Enfermagem.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar as escolas de enfermagem brasileiras;
2. Caracterizar as disciplinas de saúde mental e psiquiatria das escolas de enfermagem brasileiras;
3. Identificar as dimensões e elementos necessários para o ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem, na Lei nº 10.216, no capítulo A reabilitação como cidadania do livro Libertando Identidades de Benedetto Saraceno (2001), e no texto das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem;
4. Elaborar os itens de um instrumento contendo as dimensões necessárias para o ensino de saúde mental e psiquiatria nos cursos de graduação em enfermagem, fundamentadas no texto da Lei no 10.216, no referencial teórico da Reabilitação Psicossocial e nas Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação em Enfermagem, com vistas à construção de um instrumento de avaliação da adequação do ensino de saúde mental e psiquiatria dos cursos de graduação em enfermagem, com a reabilitação psicossocial;
5. Realizar a validação de conteúdo da versão preliminar do instrumento;
6. Realizar teste-piloto em disciplinas de saúde mental e psiquiatria, para verificar a validade semântica e a compreensão no preenchimento do instrumento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora registrou no formulário da Plataforma Brasil que, os participantes poderão se sentir ofendidos, constrangidos ou ainda desconfortáveis ao responderem as questões propostas. Caso isso ocorra, assegurou que, a participação dos informantes poderá ser interrompida sem prejuízos. Quanto aos benefícios, o estudo poderá subsidiar as discussões sobre o currículo do ensino em enfermagem e em saúde mental nos cursos de graduação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Consta do protocolo apresentado, a versão revisada do projeto, incluindo os instrumentos para coleta dos dados. Segundo o cronograma, a fase de coleta dos dados da nova etapa será iniciada em 13/03/2019.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

UF: SP

Município: SAO PAULO

CEP: 05.403-000

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.285.712

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dirigido aos professores das escolas de enfermagem está em consonância às exigências da resolução nº 466/2012 do CNS/Conep.

Recomendações:

Não há recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A emenda ao projeto não apresenta óbices éticos que impeçam a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1293810_E1.pdf	19/02/2019 16:21:05		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_de_Pesquisa_plataformabr.doc	19/02/2019 16:16:44	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Cronograma	Cronograma.docx	19/02/2019 16:16:24	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceQ_TCLE_Responsaveis.docx	19/02/2019 16:16:09	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	ApendiceP_Carta_diretores_e_responsaveis.docx	19/02/2019 16:15:58	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	ApendiceO_Questionario_semantica.docx	19/02/2019 16:15:40	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	ApendiceN_Escala_Avaliacao_Juizes.docx	19/02/2019 16:15:21	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	ApendiceM_versaopreliminarinstrumento.docx	19/02/2019 16:15:03	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceL_TCLE_Comite.docx	19/02/2019 16:14:42	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	ApendiceK_Carta_Comite.docx	19/02/2019 16:14:33	Anaísa Cristina Pinto	Aceito

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 3.285.712

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceJ_tcleprofs.docx	19/02/2019 16:14:11	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	ApendiceI_termorespeconfdireprofs.docx	19/02/2019 16:13:49	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	ApendiceH_cartaprofessores.docx	19/02/2019 16:13:19	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	ApendiceG_cartadiretores.docx	19/02/2019 16:12:55	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	ApendiceF_instrumentocoletaprof.docx	19/02/2019 16:12:26	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Folha de Rosto	Anaisa.pdf	26/09/2018 14:23:11	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceE_TCLE.docx	24/09/2018 16:14:35	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	ApendiceD_termoderesponsabilidadeeconfidencialidade.docx	24/09/2018 16:14:14	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	apendice_C_carta.docx	24/09/2018 16:13:48	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	apendice_b_intrumentodisciplinas.docx	24/09/2018 16:13:25	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	apendice_a_intrumentoescolas.docx	24/09/2018 16:13:03	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Orçamento	Orcamento_financeiro.docx	29/08/2018 14:18:42	Anaísa Cristina Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 25 de Abril de 2019

Assinado por:

**Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador(a))**

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

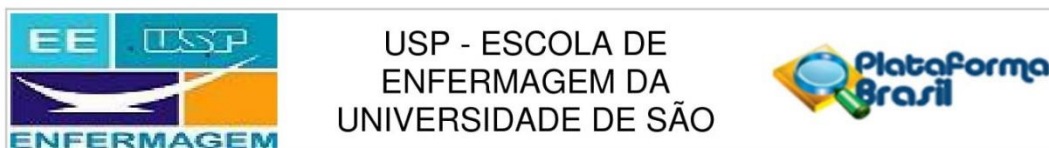
UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO B – Parecer consubstanciado do CEP EEUSP (2.968.709)



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Caracterização das disciplinas de saúde mental e psiquiatria de escolas de enfermagem brasileiras

Pesquisador: Anaísa Cristina Pinto

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 99253518.0.0000.5392

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - EEUSP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.968.709

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa de Doutorado, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, sob a orientação da Profa. Dra. Sônia Barros.

O estudo de abordagem quantitativa proposto pela pesquisadora analisará os dados das escolas de enfermagem brasileiras, disponíveis no Censo da Educação Superior – “Sinopse Estatística da Educação Superior – Graduação”. Posteriormente serão analisados os planos de ensino das disciplinas de saúde mental e psiquiatria ministradas nessas escolas, cuja amostra foi estimada em 150 instituições. Será solicitada a autorização do diretor, bem como o plano de ensino da disciplina e, caso necessário, contatado o responsável para responder os itens não contemplados no respectivo plano. Os dados serão submetidos à análise estatística.

O orçamento da pesquisa totaliza R\$ 1.000,00 e será custeado pela própria pesquisadora.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral:

Caracterizar as disciplinas de saúde mental e psiquiatria de escolas de enfermagem brasileiras.

Objetivo específico:

Caracterizar as escolas de enfermagem brasileiras.

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.968.709

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora registrou no formulário da Plataforma Brasil que, os participantes poderão se sentir ofendidos, constrangidos ou ainda desconfortáveis ao responderem as questões propostas sobre os planos de ensino. Caso isso ocorra, assegurou que, a participação dos informantes poderá ser interrompida sem prejuízos. Quanto aos benefícios, o estudo poderá subsidiar as discussões sobre o currículo do ensino em enfermagem e em saúde mental nos cursos de graduação.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto detalha os procedimentos metodológicos e os aspectos éticos. Constam do protocolo da pesquisa, os instrumentos para coleta dos dados que serão utilizados para caracterização dos cursos de enfermagem e das disciplinas de enfermagem em saúde mental e psiquiatria. A pesquisadora anexou o modelo da carta de autorização que será encaminhada aos diretores das escolas selecionadas, bem como um termo de responsabilidade e confidencialidade, comprometendo-se com a proteção das informações dos planos de ensino. Segundo o cronograma, a fase de coleta dos dados terá início em 01/11/2018.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, dirigido aos responsáveis pelas disciplinas está em consonância às exigências da resolução nº 466/2012 do CNS/Conep.

Recomendações:

Retirar do TCLE a frase: "O (A) sr (a) poderá ser desligado do estudo, sem o seu consentimento caso não siga adequadamente as orientações do estudo, ou o estudo termine".

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto não apresenta óbices éticos que impeçam a sua realização.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este CEP informa a necessidade de registro dos resultados parciais e finais na Plataforma Brasil. Esta aprovação não substitui a autorização da instituição coparticipante, antes do início da coleta de dados.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419
Bairro: Cerqueira Cesar **CEP:** 05.403-000
UF: SP **Município:** SAO PAULO
Telefone: (11)3061-8858 **E-mail:** cepee@usp.br



USP - ESCOLA DE
ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE DE SÃO



Continuação do Parecer: 2.968.709

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_1219016.pdf	22/09/2018 10:55:53		Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	22/09/2018 10:55:13	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoplataformabrasil.docx	19/09/2018 09:08:44	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	apendice_a_intrumentoescolas.docx	14/09/2018 10:18:47	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	apendice_b_intrumentodisciplinas.docx	14/09/2018 10:18:16	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	apendice_C_carta.docx	14/09/2018 10:17:41	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Outros	ApendiceD_termoderesponsabilidadeconfidencialidade.docx	14/09/2018 10:17:21	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ApendiceE_TCLE.docx	14/09/2018 10:16:48	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Orçamento	orcamento.docx	14/09/2018 10:15:43	Anaísa Cristina Pinto	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	14/09/2018 10:14:34	Anaísa Cristina Pinto	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 18 de Outubro de 2018

Assinado por:

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 05.403-000

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-8858

E-mail: cepee@usp.br

ANEXO C – Lei n.º 10.216

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

LEI Nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001

Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Os direitos e a proteção das pessoas acometidas de transtorno mental, de que trata esta Lei, são assegurados sem qualquer forma de discriminação quanto à raça, cor, sexo, orientação sexual, religião, opção política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra.

Art. 2º Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.

Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:

- I - ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
- II - ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
- III - ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
- IV - ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
- V - ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
- VI - ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
- VII - receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
- VIII - ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
- IX - ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental.

.....
.....

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI
PORTARIA Nº 336/GM, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2002.**

O **Ministro da Saúde**, no uso de suas atribuições legais;

Considerando a Lei 10.216, de 06/04/01, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental;

Considerando o disposto na Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS - SUS 01/2001, aprovada pela Portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001;

Considerando a necessidade de atualização das normas constantes da Portaria MS/SAS nº 224, de 29 de janeiro de 1992, resolve:

Art.1º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria;

§ 1º As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3o desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante.

§ 2º Os CAPS deverão constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária que funcione segundo a lógica do território;

Art. 2º Definir que somente os serviços de natureza jurídica pública poderão executar as atribuições de supervisão e de regulação da rede de serviços de saúde mental.

Art. 3º Estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) só poderão funcionar em área física específica e independente de qualquer estrutura hospitalar.

Parágrafo único. Os CAPS poderão localizar-se dentro dos limites da área física de uma unidade hospitalar geral, ou dentro do conjunto arquitetônico de instituições universitárias de saúde, desde que independentes de sua estrutura física, com acesso privativo e equipe profissional própria.

.....
.....

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI
PORTARIA/SNAS Nº 224, DE 29 DE JANEIRO DE 1992**

O **Secretário Nacional de Assistência à Saúde** e presidente do INAMPS, no uso das atribuições do Decreto n.º 99.244, de 10 de maio de 1990 e tendo em vista o disposto no artigo XVIII da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e o disposto no parágrafo 4.º da Portaria 189/91, acatando exposição de motivos (17/12/91), da Coordenação de Saúde Mental do Departamento de Programas de Saúde da Secretaria Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde, estabelece as seguintes diretrizes e normas:

1. DIRETRIZES:

- organização de serviços baseada nos princípios de universalidade, hierarquização, regionalização e integralidade das ações;
- diversidade de métodos e técnicas terapêuticas nos vários níveis de complexidade assistencial;
- garantia da continuidade da atenção nos vários níveis;
- multiprofissionalidade na prestação de serviços;
- ênfase na participação social desde a formulação das políticas de saúde mental até o controle de sua execução;
- definição dos órgãos gestores locais como responsáveis pela complementação da presente portaria normativa e pelo controle e avaliação dos serviços prestados.

2. NORMAS PARA O ATENDIMENTO AMBULATORIAL (SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS DO SUS)

1) Unidade básica, centro de saúde e ambulatório

1.1 O atendimento em saúde mental prestado em nível ambulatorial compreende um conjunto diversificado de atividades desenvolvidas nas unidades básicas/centro de saúde e/ou ambulatórios especializados, ligados ou não a policlínicas, unidades mistas ou hospitalares.

1.2 Os critérios de hierarquização e regionalização da rede, bem como a definição da população-referência de cada unidade assistencial serão estabelecidas pelo órgão gestor local.

1.3 A atenção aos pacientes nestas unidades de saúde deverá incluir as seguintes atividades desenvolvidas por equipes multiprofissionais:

- atendimento individual (consulta, psicoterapia, dentre outros);
- atendimento grupal (grupo operativo, terapêutico, atividades socioterápicas, grupos de orientação, atividades de sala de espera, atividades educativas em saúde);
- visitas domiciliares por profissional de nível médio ou superior;
- atividades comunitárias, especialmente na área de referência do serviço de saúde.

1.4 Recursos Humanos

Das atividades acima mencionadas, as seguintes poderão ser executadas por profissionais de nível médio:

- atendimento em grupo (orientação, sala de espera);
- visita domiciliar;
- atividades comunitárias.

A equipe técnica de saúde mental para atuação nas unidades básicas/ centros de saúde deverá ser definida segundo critérios do órgão gestor local, podendo contar com equipe

LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI

composta por profissionais especializados (médico psiquiatra, psicólogo e assistente social) ou com equipe integrada por outros profissionais (médico generalista, enfermeiro, auxiliares, agentes de saúde).

No ambulatório especializado, a equipe multiprofissional deverá ser composta por diferentes categorias de profissionais especializados (médico psiquiatra, médico clínico, psicólogo, enfermeiro, assistente social, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, neurologista e pessoal auxiliar), cuja composição e atribuições serão definidas pelo órgão gestor local.

2. Núcleos/centros de atenção psicossocial (NAPS/CAPS):

2.1 Os NAPS/CAPS são unidades de saúde locais/regionalizadas que contam com uma população adscrita definida pelo nível local e que oferecem atendimento de cuidados intermediários entre o regime ambulatorial e a internação hospitalar, em um ou dois turnos de 4 horas, por equipe multiprofissional.

2.2 Os NAPS/CAPS podem constituir-se também em porta de entrada da rede de serviços para as ações relativas à saúde mental, considerando sua característica de unidade de saúde local e regionalizada. Atendem também a pacientes referenciados de outros serviços de saúde, dos serviços de urgência psiquiátrica ou egressos de internação hospitalar. Deverão estar integrados a uma rede descentralizada e hierarquizada de cuidados em saúde mental.

2.3 São unidades assistenciais que podem funcionar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana ou durante os cinco dias úteis, das 8 às 18 horas, segundo definições do órgão gestor local. Devem contar com leitos para repouso eventual.

2.4 A assistência ao paciente no NAPS/CAPS inclui as seguintes atividades:

- atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atendimento em oficina terapêutica, atividades socioterápicas, dentre outras);
- visitas domiciliares;
- atendimento à família;
- atividades comunitárias enfocando a integração do doente mental na comunidade e sua inserção social;
- os pacientes que freqüentam o serviço por 4 horas (um turno) terão direito a duas refeições; os que freqüentam por um período de 8 horas (dois turnos) terão direito a três refeições.

2.5 Recursos Humanos

A equipe técnica mínima para atuação no NAPS/CAPS, para o atendimento a 30 pacientes por turno de 4 horas, deve ser composta por:

- 1 médico psiquiatra;
- 1 enfermeiro;
- 4 outros profissionais de nível superior (psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e/ou outro profissional necessário a realização dos trabalhos);
- profissionais de níveis médio e elementar necessários ao desenvolvimento das atividades.

2.6 Para fins de financiamento pelo SIA/SUS, o sistema remunerará o atendimento de até 15 pacientes em regime de 2 turnos (8 horas por dia) e mais 15 pacientes por turno de 4 horas, em cada unidade assistencial.

.....
.....

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI
PORTARIA SNAS Nº 189, 19 DE NOVEMBRO DE 1991**

O **Secretário Nacional de Assistência à Saúde** e presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto nos artigos 141 e 143 do Decreto no 99.244, de 10 de maio de 1990.

Considerando a necessidade de melhorar a qualidade da atenção às pessoas portadoras de transtornos mentais;

Considerando a necessidade de diversificação dos métodos e técnicas terapêuticas, visando à integralidade da atenção a esse grupo e;

Considerando, finalmente a necessidade de compatibilizar os procedimentos das ações de saúde mental com o modelo assistencial proposto, resolve:

1. Aprovar os Grupos e Procedimentos da Tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental.

1.1. GRUPO 63.100.00-2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I, 63.001.00-4 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO.

1.2 GRUPO 63.100.01-1 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA II, 63.100.10-1 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL GERAL.

1.3 GRUPO 63.100.02-9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL-DIA. 63.100.20-9 – TRATAMENTO EM PSIQUIATRIA EM HOSPITAL-DIA.

2. Incluir no Grupo 43.100.00-7 – DIAGNÓSTICO E/OU PRIMEIRO ATENDIMENTO, o procedimento 63.000.00-8 – Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria.

2.1. O procedimento Diagnóstico e/ou Primeiro Atendimento em Psiquiatria será remunerado exclusivamente aos hospitais gerais previamente autorizados pelo órgão gestor local.

3. A partir de 1º de janeiro de 1992, será adotada a seguinte sistemática para as internações em Psiquiatria:

3.1. Pagamento máximo de até 45 (quarenta e cinco) diárias de psiquiatria, através do documento AIH-1 – Autorização de Internação Hospitalar.

3.2. As internações do Grupo 63.100.00-2 – INTERNAÇÃO EM PSIQUIATRIA I, poderão ultrapassar o prazo de 45 (quarenta e cinco) dias, devendo, nesse caso, ser utilizado o formulário AIH complementar (AIH-5 – longa permanência) com o mesmo no da AIH-1 que deu origem à internação, desde que seja autorizada, segundo critérios do órgão local do SUS.

3.2.1. Cada AIH-5 permitirá a cobrança de até 31 (trinta e uma) diárias, quando estabelecido o pagamento máximo de até 180 (cento e oitenta) diárias para o paciente de psiquiatria, através de um único número de AIH-1.

3.2.2. Toda autorização para emissão de AIH-5 deverá ser solicitada pelo diretor clínico da unidade assistencial, mediante laudo específico. Uma cópia do laudo médico deverá ser encaminhada, a cada 30 (trinta) dias, ao Órgão Gestor que, segundo critérios do nível local do SUS, autorizará ou não a continuação da internação.

3.2.3. Após o período de 180 (cento e oitenta) dias, havendo necessidade do paciente permanecer internado, deverá a Unidade Assistencial solicitar nova AIH-1, conforme o estabelecido no item 3.4 desta Portaria.

**LEGISLAÇÃO CITADA ANEXADA PELA
COORDENAÇÃO DE ESTUDOS LEGISLATIVOS - CEDI**

3.3 As AIHs dos pacientes atualmente internados que necessitam de continuidade de internação serão substituídas por novas AIHs, à medida que forem perdendo a validade, observado o cronograma do Anexo I.

3.4 A autorização para emissão de AIH de paciente psiquiátrico será de competência exclusiva de gestores estaduais e/ou municipais.

4. As normas técnicas para o cadastramento de leitos psiquiátricos em hospitais gerais, hospitais-dia e urgências psiquiátricas serão elaboradas e divulgadas pelo Ministério da Saúde até 16 de dezembro de 1991, com complementação e regulamentação pelo gestor estadual e/ou municipal.

5. O número de leitos cadastrados de cada unidade assistencial será estabelecido pelo órgão gestor local.

.....
.....

ANEXO D -Diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem

DIRETRIZES CURRICULARES NACIONAIS DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

1. PERFIL DO FORMANDO EGRESSO/PROFISSIONAL

Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem.

2. COMPETÊNCIAS E HABILIDADES

Competências Gerais:

- **Atenção à saúde:** os profissionais de saúde, dentro de seu âmbito profissional, devem estar aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo. Cada profissional deve assegurar que sua prática seja realizada de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde. Os profissionais devem realizar seus serviços dentro dos mais altos padrões de qualidade e dos princípios da ética/bioética, tendo em conta que a responsabilidade da atenção à saúde não se encerra com o ato técnico, mas sim, com a resolução do problema de saúde, tanto a nível individual como coletivo;
- **Tomada de decisões:** o trabalho dos profissionais de saúde deve estar fundamentado na capacidade de tomar decisões visando o uso apropriado, eficácia e custo-efetividade, da força de trabalho, de medicamentos, de equipamentos, de procedimentos e de práticas. Para este fim, os mesmos devem possuir habilidades para avaliar, sistematizar e decidir a conduta mais apropriada;
- **Comunicação:** os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não verbal e habilidades de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação;
- **Liderança:** no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumirem posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz;
- **Administração e gerenciamento:** os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração tanto da força de trabalho, dos recursos

físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde;

- **Educação permanente:** os profissionais devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, não apenas transmitindo conhecimentos, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços.

Competências e Habilidades Específicas:

O Enfermeiro deve possuir, também, competências técnico-científicas, ético-políticas, sócio-educativas contextualizadas que permitam:

- atuar profissionalmente compreendendo a natureza humana em suas dimensões, em suas expressões e fases evolutivas;
- incorporar a ciência/arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional;
- estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões;
- desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional;
- compreender a política de saúde no contexto das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações;
- reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- atuar nos programas de assistência integral à saúde da criança, do adolescente, da mulher, do adulto e do idoso;
- ser capaz de diagnosticar e solucionar problemas de saúde, de comunicar-se, de tomar decisões, de intervir no processo de trabalho, de trabalhar em equipe e de enfrentar situações em constante mudança;
- reconhecer as relações de trabalho e sua influência na saúde;
- atuar como sujeito no processo de formação de recursos humanos;
- responder às especificidades regionais de saúde através de intervenções planejadas estrategicamente, em níveis de promoção, prevenção e reabilitação à saúde, dando atenção integral à saúde dos indivíduos, das famílias e das comunidades;
- considerar a relação custo-benefício nas decisões dos procedimentos na saúde;
- reconhecer-se como coordenador do trabalho da equipe de enfermagem;
- assumir o compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.

A formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento. Esta formação tem por objetivo dotar o

profissional dos conhecimentos, habilidades e atitudes requeridos para a competência em :

- promover estilos de vida saudáveis, conciliando as necessidades tanto dos seus clientes/pacientes quanto às de sua comunidade, atuando como agente de transformação social;
- usar adequadamente novas tecnologias, tanto de informação e comunicação, quanto de ponta para o cuidar de enfermagem;
- atuar nos diferentes cenários da prática profissional considerando os pressupostos dos modelos clínico e epidemiológico;
- identificar as necessidades individuais e coletivas de saúde da população, seus condicionantes e determinantes;
- intervir no processo de saúde-doença responsabilizando-se pela qualidade da assistência/cuidado de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;
- prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;
- compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem às diferentes demandas dos usuários;
- integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais;
- gerenciar o processo de trabalho em enfermagem com princípios de Ética e de Bioética, com resolutividade tanto em nível individual como coletivo em todos os âmbitos de atuação profissional;
- planejar, implementar e participar dos programas de formação e qualificação contínua dos trabalhadores de enfermagem e de saúde;
- planejar e implementar programas de educação e promoção à saúde, considerando a especificidade dos diferentes grupos sociais e dos distintos processos de vida, saúde, trabalho e adoecimento;
- desenvolver, participar e aplicar pesquisas e/ou outras formas de produção de conhecimento que objetivem a qualificação da prática profissional;
- respeitar o código ético, os valores políticos e os atos normativos da profissão;
- interferir na dinâmica de trabalho institucional, reconhecendo-se como agente desse processo;
- utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do cuidado de enfermagem e da assistência à saúde;
- participar da composição das estruturas consultivas e deliberativas do sistema de saúde;
- reconhecer o papel social do enfermeiro para atuar em atividades de política e planejamento em saúde.

Descrição dos Procedimentos:

Estas competências e habilidades são básicas e subsidiárias das ações do enfermeiro nos diferentes âmbitos de atuação, constituindo o núcleo essencial da prática do enfermeiro generalista a partir do qual poderão advir outras ações conforme o projeto pedagógico do curso de graduação em enfermagem, cabendo-lhe a coordenação do processo de cuidar em enfermagem considerando contextos e demandas de saúde:

- correlacionando dados, eventos e manifestações para determinações de ações, procedimentos, estratégias e seus executantes;
- implementando ações, procedimentos e estratégias de enfermagem avaliando a qualidade e o impacto de seus resultados;
- promovendo, gerando e difundindo conhecimentos por meio da pesquisa e outras formas de produção de conhecimentos que sustentem e aprimorem a prática;
- assessorando órgãos, empresas e instituições em projetos de saúde.

3. CONTEÚDOS CURRICULARES

Os conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrado à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações do cuidar em enfermagem. Os conteúdos contemplam as seguintes áreas temáticas, a saber:

Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem:

Ciências Biológicas e da Saúde – neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) de Morfologia, Fisiologia, Farmacologia, Patologia (agressão e defesa), Biologia Celular e Molecular, Nutrição, Saúde Coletiva e Saúde Ambiental/Ecologia.

Ciências Humanas – neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos de Antropologia, Filosofia, Sociologia, Psicologia, Comunicação e Educação.

- **Fundamentos de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos técnicos, metodológicos e os meios e instrumentos inerentes ao trabalho do Enfermeiro e da Enfermagem em nível individual e coletivo, incluindo: História da Enfermagem; Exercício de Enfermagem (Bioética, Ética Profissional e Legislação); Epidemiologia; Bioestatística; Informática; Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem e Metodologia da Pesquisa.
- **Assistência de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso.
- **Administração de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos (teóricos e práticos) da administração do processo de trabalho de enfermagem e da assistência de enfermagem, priorizando hospitais gerais e especializados, ambulatorios e rede básica de serviços de saúde.
- **Ensino de Enfermagem:** neste tópico de estudo, incluem-se os conteúdos pertinentes à capacitação pedagógica do enfermeiro, independente da Licenciatura em Enfermagem.

Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no nível de graduação do enfermeiro devem conferir-lhe terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e necessidades prevalentes e prioritárias da população conforme o quadro epidemiológico do país/região.

Este conjunto de competências deve promover no aluno e no enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.

4. ESTÁGIOS E ATIVIDADES COMPLEMENTARES

- **Estágio Curricular:**

Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao longo de sua formação, ficam os cursos obrigados a incluir no currículo o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades.

Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio, de mínimo 500 horas, realizado nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

- **Atividades Complementares:**

As atividades complementares deverão ser incrementadas durante todo o Curso de Graduação em Enfermagem e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes presenciais e/ou a distância.

Podem ser reconhecidos:

- Monitorias e Estágios,
- Programas de Iniciação Científica;
- Programas de Extensão;
- Estudos Complementares;
- Cursos realizados em outras áreas afins.

5. ORGANIZAÇÃO DO CURSO

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.

A aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à resolução de situações-problema como uma das estratégias didáticas.

Este projeto pedagógico deverá buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência. Porém, deverá ter a investigação como eixo integrador da formação acadêmica do Enfermeiro. Deverá induzir a implementação de programas de iniciação científica, propiciando ao aluno o desenvolvimento da sua criatividade e análise crítica.

As diretrizes curriculares do curso de graduação em Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso. Assim, diretrizes curriculares e projeto pedagógico deverão orientar o currículo do curso de graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso.

A organização do curso de graduação em Enfermagem deverá ser definida pelo respectivo colegiado do curso, que indicará a modalidade: seriada anual, seriada semestral, sistema de créditos ou modular.

Para conclusão do curso de graduação em Enfermagem, o aluno deverá elaborar um trabalho sob orientação docente.

A Formação de Professores por meio de Licenciatura Plena será regulamentada em Pareceres/Resoluções específicos pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

A estrutura do curso deverá assegurar:

- a articulação entre o ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve a construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença;
- as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar;
- a visão de educar para a cidadania e a participação plena na sociedade;
- os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo;
- a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;
- a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer que constituem atributos indispensáveis a formação do Enfermeiro;
- o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais;
- a valorização das dimensões éticas e humanísticas, desenvolvendo no aluno e no enfermeiro atitudes e valores orientados para a cidadania e para a solidariedade;
- a articulação da Graduação em Enfermagem com a Licenciatura em Enfermagem;
- a contribuição para a compreensão, interpretação, preservação, reforço, fomento e difusão das culturas nacionais e regionais, internacionais e históricas, em um contexto de pluralismo e diversidade cultural.

6. ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO

A implantação e desenvolvimento das diretrizes curriculares de enfermagem deverão ser acompanhados e permanentemente avaliados, a fim de permitir os ajustes que se fizerem necessários a sua contextualização e aperfeiçoamento.

As avaliações somativa e formativa do aluno deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares.

O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação definido pela IES à qual pertence.