



1ª Edição

Julho -Setembro 2006

Percursos

Publicação da Área Disciplinar de Enfermagem

Ficha técnica

Publicação electrónica
com periodicidade trimestral
Ano I - Nº 1
ISSN 1646-5067

Coordenação

Lucília Nunes

Conselho Científico

Lucília Nunes
Joaquim Lopes
Paula Leal

Colaboradores Permanentes

Ana Paula Gato
Alice Ruivo
Dulce Cabete
Fernanda Costa
Lurdes Martins
Paulo Cruchinho

Colaboradores Neste Número:

Alice Ruivo
António Freitas
Cândida Ferrito
Dulce Cabete
Lucília Nunes
Mariana Pereira
Paula Leal
Paulo Cruchinho

Editor

António Freitas

Contactos

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

Sumário

Notícias	3
Educação	
<i>Dois Mapas, duas trajectórias: destrinçar mapa conceptual e mapa mental</i>	4
Lucília Nunes	
Projectos	
<i>Saber Comer</i>	9
Fátima Bicho	
<i>Mexa-se em Palmela</i>	9
Dulce Cabete e Paula Leal	
Reflexões & Vivências	
<i>Success and failure on Clinical Education: teacher and students point of view</i> ..	10
António Freitas	
<i>De dentro para fora</i>	16
Alice Ruivo e Lucília Nunes	
ENFERMAGEM	
<i>CIPE: O QUE HÁ DE NOVO NA VERSÃO 1.0</i>	20
Paulo Cruchinho	
INVESTIGAÇÃO	
Monografias de Investigação	25

Editorial

Lucília Nunes

Um editorial que inaugura tende a apresentar as ideias e os objectivos, podendo perdoar-se que tenha algum carácter explicativo ao mesmo tempo que enuncia pontos de partida. Portanto, esboçemos o perfil:

1. A **Percursos** tem a sua origem na ideia de que fazemos escolhas científicas e metodológicas, pedagógicas e didácticas e, ao fazê-las, caminhamos e fazemos caminhos, sem grandes alaridos nem aparatos, à procura do que melhor se adequa aos fins que visamos na Área Disciplinar de Enfermagem e que vale a pena partilhar com os outros – é, por isso, uma publicação despretensiosa.
2. A **Per-cursos** projecta a ideia das travessias pelos cursos, na Área Disciplinar de Enfermagem da Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Setúbal, tanto na licenciatura como no complemento, em pós-graduação ou na formação contínua – é, por isso, cronista e narradora de uma parte do que fazemos, com enfoque na produção e disseminação de conhecimento.
3. A **Percursos** foi pensada e é produzida onde nos fixamos, em Setúbal. E se nos deslocamos dentro do distrito e para fora dele, os *sítios* existem realmente assim como as circunstâncias e o enquadramento dos projectos e das actividades, sejam na escola, em instituições de saúde ou na comunidade – é, por isso, uma publicação em contexto.
4. A **Percursos**, fundamentalmente, terá um resumo do que nos ocupa e pre-ocupa. Não será simples espelho dos que a fazemos mas antes a faremos como se fosse para nós, como a *arca do tesouro* onde guardamos aquilo a que damos importância e que não queremos correr o risco de votar ao esquecimento – é, por isso, uma publicação que visa preservar eventos e factos, rumos escolhidos e resultados encontrados.
5. Num mundo com tanto acesso a informação, uma *aldeia global* em que a Web se tornou uma *larga avenida*, é quase banal colocar a **Percursos On-Line** sendo este o passo que permite o diálogo, que potencializa tornar-se visível e permite discutir e debater para diante – é, por isso, uma publicação que visa futuros.
6. Aqui serão publicados textos de docentes e de estudantes (com relevo para resumos de monografias, trabalhos e projectos desenvolvidos), sendo que a fixação de um número certo de colaboradores e de rubricas, além de assegurar um fio de continuidade, releva que há tópicos e temas que valem sempre um espaço reservado. O mundo da educação e o mundo da enfermagem nunca caberão todos aqui - também porque de tudo o que há nesses mundos, as coisas que nos interessam em cada momento podem estar em minoria!
7. Finalmente, o tópico destinado aos Votos: de muito trabalho para o Conselho Científico (que seria óptimo indício), de elevada produção aos docentes da Área Disciplinar de Enfermagem (especificamente, produção escrita), de monografias pertinentes aos estudantes (que as há em cada ano e aqui as traremos), de criatividade ao editor (que nunca lhe falte!) e de muita paciência aos leitores (cujos contributos se podem espalhar e voltar a nós, se nos escreverem).

Saudações académicas, alegremente,

Lucília Nunes

Notícias

Cândida Ferrito & Mariana Pereira

Um dia de compromisso

No dia 14 de Julho do corrente ano, teve lugar a Cerimónia de Compromisso do 3º Curso de Licenciatura em Enfermagem (CLE), que marcou o encerramento do ano lectivo e da licenciatura, correspondendo este ano à saída para o mercado de trabalho de 28 novos profissionais de enfermagem.

Este evento consta de um compromisso prático profissional, baseado nos aspectos éticos do Código Deontológico do Enfermeiro – art. 78 e é assinalada na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal desde 2004, aquando do término do 1º CLE.

No presente ano, teve lugar no auditório da ESCE, e foi testemunhada pelos docentes e funcionários não docentes, assim como pelos estudantes do 1º, 2º e 3º anos do CLE. Pela primeira vez estiveram também presentes familiares e amigos dos estudantes finalistas.

A mesa da cerimónia foi constituída pelos seguintes elementos: Exma. Sra, Directora da Escola, Profª Fernanda Pestana; o Exmo Sr. Presidente do Conselho Pedagógico; Prof. Joaquim Lopes; a Responsável da Área Disciplinar de Enfermagem, Profª Doutora Lucília Nunes e pela Gestora do 4º Ano, Profª Alice Ruivo.



As palavras dirigidas aos estudantes pelos elementos da mesa foram de felicitação pelo caminho percorrido e incentivo para a etapa de vida profissional que iniciaram... Após este momento marcado por alguma emoção, procedeu-se à nomeação dos estudantes e entrega dos respectivos compromissos, pelos professores da área disciplinar de enfermagem, seguido da entrega do símbolo da Ordem dos Enfermeiros pela Profª Doutora Lucília Nunes, e assinatura dos estudantes no livro de curso. Posteriormente os estudantes em uníssono procederam à leitura do compromisso.

No final da cerimónia teve a palavra a representante dos estudantes do 3º CLE (finalistas) e foi apresentado um filme da autoria de uma das estudantes, com imagens alusivas ao percurso académico da turma.

Após a cerimónia realizou-se um momento de convívio, com oferta de um Moscatel de Setúbal e um bolo decorado com as fotografias dos finalistas.

Foi mais um momento significativo da vida da nossa Escola, revestido de sentimentos e emoção vividos e partilhados por todos.

Dois mapas, duas trajetórias: destrinçar mapa conceptual e mapa mental

Lucília Nunes

Vai-se utilizando o mapa conceptual, como técnica ou ferramenta e, pela semelhança semântica, pode ser confundido com mapa mental, particularmente na tradução¹ dos conceitos. Este artigo tem o objectivo de destrinçar ambos, a partir da revisão bibliográfica (extensa) disponível, ao tempo que os caracteriza e, preferencialmente, aponta as diversas aplicações.



Sem título - Jonathan Wolstenholme
<http://www.jonathanwolstenholme.com/paintings.html>

Mapas conceptuais: enquadramento e características

Vigotsky distinguiu dois níveis de desenvolvimento: o actual, o que se aprendeu, e o potencial, o que se encontra em processo de formação, o que se é capaz de aprender com a ajuda de outros mais capazes. No plano pedagógico, isto significa que quem ensina deve estimular o desenvolvimento das potencialidades do estudante, identificando o que ele sabe e, sobre essa base, utilizar ou criar situações de aprendizagem, nas quais o estudante construa o seu conhecimento.

Ausubel viria a distinguir, depois, a aprendizagem por repetição da **aprendizagem significativa**, tendo como premissa que esta se desenvolve quando os conhecimentos se relacionam de modo substancial, isto é, com sentido na estrutura de conhecimento de cada um, de modo a ser potencialmente significativo para a pessoa. É Ausubel que preconiza a caminhada do mais simples para o mais complexo, numa estrutura hierárquica em que as ideias mais inclusivas estejam no centro e agreguem as proposições, conceitos e factos menos inclusivos.

A partir do modelo de Ausubel surgiu o **mapa conceptual de Novak**² (1960) uma estratégia para ajudar a aprender e a organizar os materiais de aprendizagem.

Têm o objectivo de representar relações significativas entre os conceitos na forma de proposições – o que torna um mapa conceptual num recurso de representação esquemática, através de uma estrutura de proposições.

Os mapas conceptuais têm três elementos fundamentais: o conceito (palavras ou signos que expressam regularidade), a proposição (dois ou mais termos conceptuais) e as palavras de ligação (que relacionam as proposições constituindo unidade semântica).

Deste modo, os mapas conceptuais caracterizam-se pela hierarquia de conceitos, o carácter integrador e a multiplicidade de descrições, com a colocação dos conceitos mais inclusivos em lugares superiores da estrutura. No ensino das ciências, os mapas conceptuais têm sido utilizados na aprendizagem dos *corpus* conceptuais e, mais raramente, à resolução de problemas.

Para Novak, o mapa conceptual pode ser simultaneamente um recurso de auto-aprendizagem, um método para encontrar e explicitar significado para os materiais de estudo e uma estratégia que estimula a organização dos materiais de estudo.

Os mapas de conceitos, podem ser usados para sintetizar informação, para consolidar informação a partir de diferentes fontes de pesquisa, para simplificar a abordagem a problemas complexos, para rever e *refrescar* a memória.

A sua construção³ pode funcionar como uma interessante e eficaz estratégia de (auto) aprendizagem mas também pode ser utilizada como meio de avaliação.

Dada a similaridade com um fluxograma, um mapa conceptual é uma forma de representar ou organizar conhecimento – por isso, há quem os utilize como notas ou técnica de síntese de aula – mas pode ir mais longe, pois ao mostrar as relações entre conceitos⁴, ao expor os conceitos e as proposições, permite criatividade e a descoberta de novas relações. Duas das características dos mapas de conceitos são importantes para o pensamento criativo: a estrutura hierárquica que é representada num *bom* mapa e a capacidade para procurar e caracterizar ligações cruzadas.

Uma última qualidade que se pode adicionar a um mapa conceptual é a adição de exemplos específicos de acontecimentos ou objectos, que ajudem a clarificar o significado de um determinado conceito.

Em síntese, as características dos mapas de conceitos são:

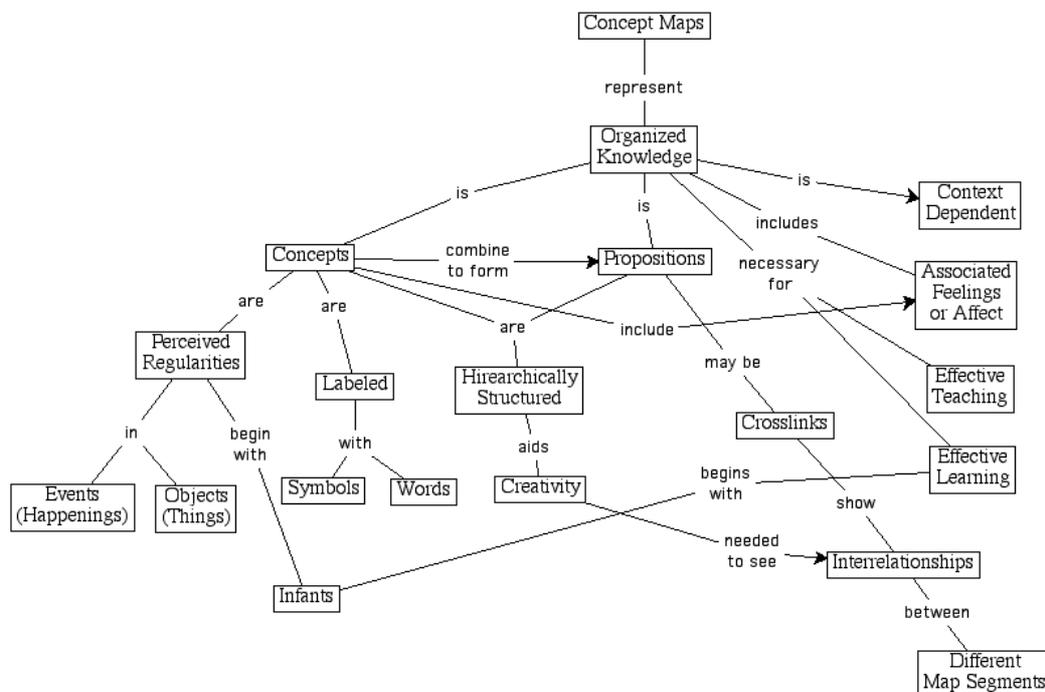
- Representação de conceitos, de uma forma hierárquica, com os conceitos mais gerais e inclusivos no topo do mapa e os mais específicos, portanto os menos gerais, dispostos hierarquicamente por e para baixo.
- Inclusão de linhas cruzadas, que são relações (proposições) entre conceitos de diferentes domínios existentes no mesmo mapa
- as ligações cruzadas ajudam-nos a perceber como alguns domínios de conhecimento representados no mapa se relacionam uns com os outros. Na criação de novo conhecimento, estas ligações cruzadas representam um *salto criativo* por parte do autor.

Mapas Conceptuais: aplicações

Pela sua natureza e por integrarem os princípios construtivistas, os mapas conceptuais⁶ constituem uma via para a aprendizagem significativa.

Das múltiplas aplicações possíveis, a partir de diversos autores, referem-se:

- Identificação do *ponto de partida conceptual*, isto é, do que os estudantes já sabem; o que os torna úteis nas primeiras aulas sobre um tópico ou como instrumento de avaliação diagnóstica
- Guião de aprendizagem, pois ao mostrar relações entre significados são úteis como *roteiros de aprendizagem*, a várias dimensões, seja em conceitos de maior ou de menor amplitude, mais abrangentes ou de pormenor;
- Organização de ideias para apresentação oral, correspondendo a um processo de transformação (psico-linguística) da forma como a mente de cada um organiza o conhecimento (muito frequentemente em estrutura hierárquica e associativa) e da expressão necessária à comunicação verbal
- Compreensão de textos, podendo os mapas conceptuais ser úteis na extracção dos significados de livros, artigos mas também de relatórios de trabalho ou em trabalhos de laboratório ou de campo.
- Promoção da reflexão metacognitiva, em virtude de conterem representações exteriorizadas de proposições, podem ser eficazes para tornar visíveis concepções alternativas.
- Compreensão da aquisição de conhecimentos, pois para assimilar novas aprendizagens é necessário relacionar com os conhecimentos prévios, tendo estes um papel fulcral no estabelecimento de pontes entre o *novo* e o *velho* - os mapas conceptuais ajudam quem aprende a tornar mais evidentes os conceitos-chave e as conexões entre os novos conhecimentos e aquilo que o aluno já sabe.
- Utilização dos mapas para decidir que caminhos se percorrem para organizar os



significados e *negociá-los* com os estudantes, bem como localizar e assinalar as ideias errôneas que possam ter.

- Na planificação e organização do currículo, os mapas conceituais são úteis para separar a informação fundamental da acessória e para decidir a sequência mais lógica a seguir.

Podem ser utilizados em áreas tão diversas como a otimização de tomar notas⁷ ou no design curricular. Moreira⁸ (1988), no processo de ensino-aprendizagem, considera que os mapas conceituais podem ser usados para apresentação de uma disciplina, apresentação de um novo item do programa de ensino, encerramento de uma disciplina, encerramento de um seminário, avaliação de uma disciplina. A propósito da avaliação, tem sido dado um forte enfoque⁹ a esta aplicação dos Mapas Conceituais.

Existem abundantes referências e instruções para a construção de mapas conceituais, sendo o *produto final* um elemento possível de utilizar para avaliação da aprendizagem do estudante. O próprio Novack estruturou critérios para a classificação dos mapas de conceitos, considerando as proposições (relação entre conceitos), a hierarquia do mapa, as ligações cruzadas (validade e significado) e os exemplos concretos.

Têm aplicações em diversas áreas¹⁰ do conhecimento e existem muitos recursos electrónicos disponíveis, podendo utilizar-se software¹¹ já disponível, se assim se entender.

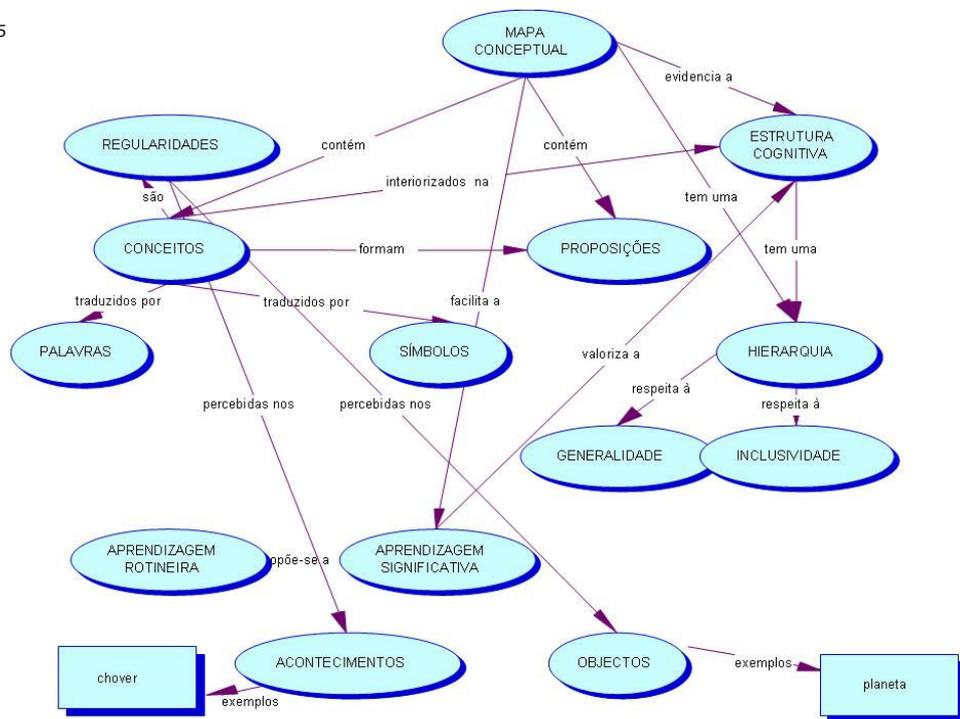
Mapa Mental:

características e aplicações

Mapa da mente ou mapa mental é uma técnica que permite concentrar conteúdos complexos, ordenar idéias e organizar tarefas em forma de esquema, usando palavras, cores e imagens. Assumindo a forma de árvore ou teia, dizem-se compostos por ramos ou nós, conforme a metáfora usada.

Baseiam-se em algumas constatações simples, tais como o facto de 90% das informações estar contida em 10% das palavras de um texto, o desempenho nos estudos ser mais profícuo quando se integram as capacidades dos dois hemisférios do cérebro (o esquerdo, pensamento concreto e da linguagem, e o direito, sensações e sentimentos), que se memoriza melhor quando se fazem associações e conexões entre as coisas.

Exemplo⁵



Ademais, quem estuda usualmente sinaliza palavras-chaves ou pontos importantes de um texto através de desenhos, ilustrações, símbolos, setas ou sublinhados com canetas coloridas.

A base dos mapas mentais é a própria esquematização mental, de acordo com Tony Buzan, e a utilização dos dois hemisférios cerebrais¹². São fáceis de criar e exigem poucos recursos (quadro e giz, acetatos e canetas, papel e canetas), existindo meios¹³ disponíveis on-line.

O resultado final do mapa mental é um gráfico com ramificações ao redor de um tema

central, cada ramo contendo uma palavra-chave.

Para dar destaque, podem-se usar cores, tamanhos de letra, negrito e imagens, entre outros – de notar que os ramos vão ficando mais finos para deixar clara a profundidade do item.

É útil para organizar ideias em pouco espaço físico, podendo ver tudo de uma só vez, ter uma visão geral. E também para organizar tarefas ou sequências, e tem sido utilizado para apresentar mapas de sites.



Quadro de síntese:

MAPA	Conceptual	Define-se como	Objectivos de	Aplicações	Desenvolvido por
		<p>Representação visual gráfica de uma certa estrutura cognitiva mostrando hierarquias e conexões entre os conceitos envolvidos.</p> <p>Expõe os conceitos e as proposições fundamentais numa linguagem explícita e concisa.</p>	<p>- representar relações significativas entre os conceitos na forma de proposições</p> <p>- constituir recurso de representação esquemática, através de uma estrutura bidimensional de proposições, de significados conceptuais</p>	<p>- sintetizar informação,</p> <p>- consolidar informação a partir de diferentes fontes de pesquisa</p> <p>- simplificar a abordagem a problemas complexos;</p> <p>- rever e <i>refrescar</i> a memória</p> <p>- estimular pensamento criativo (ligações cruzadas)</p> <p>- estratégia de (auto) aprendizagem - meio de avaliação.</p>	<p>J. Novack, a partir da teoria de Ausubel</p> <p>Semelhante a um fluxograma, é constituído por nós (círculos onde se inscrevem os conceitos) e ligações (linhas) que representam as relações entre os conceitos, através de proposições.</p>
MAPA	Mental	Define-se como	Objectivos de	Aplicações	Desenvolvido por
		<p>Técnica ou estratégia de esquematização</p>	<p>- concentrar conteúdos complexos</p> <p>- ordenar idéias e organizar tarefas em forma de esquema,</p> <p>- utilizar os dois hemisféricos</p>	<p>- gestão de informação e de conhecimento</p> <p>- compreensão e solução de problemas</p> <p>- memorização e aprendizagem</p> <p>- como ferramenta do <i>brainstorming</i></p>	<p>Tony Buzan, anos 70</p> <p>Representação gráfica ou diagrama com ramificações ao redor de um tema central, cada ramo contendo uma palavra-chave.</p>

Referências Bibliográficas

- Note-se que nos artigos referidos adiante, em espanhol, *Mapas Mentales* se refere à concepção de **Mapas conceptuais** ou **mapas de conceitos**. Note-se ainda a diferença entre *MindTools* e *Mind Maps*. Assume-se, neste artigo, que a diferença subjaz na ligação à teoria construtivista e à génese com o modelo de Novack (de que decorrem as características dos mapas conceptuais).
- Novak, J.D., & Gowin, D.B. - **Aprender a aprender**. (Learning how to learn. 1984). Plátano, Lisboa. 1999.
- Cf. <http://www.minerva.uevora.pt/rtic/eacompanhado/mapas.html> e Instructional Strategies Online <http://olc.spsd.sk.ca/DE/PD/instr/strats/conceptmap/index.html>
- Cf. <http://www.utc.edu/Teaching-Resource-Center/concepts.html#what-is>
- In www.univ-ab.pt/cestudos/centros/cecme/eventos/J%20Valadares/aprendizagem_significativa_da_ciencia.ppt
- Vidé MASON, C. (1992). Concept mapping: a tool to develop reflective science instruction. *Science Education*, 76 (1), 51-63; Concept Mapping http://www.coun.uvic.ca/learn/program/hndouts/map_ho.html; MACLUF, Jesús Escudero; RODRÍGUEZ, Jesús Tadeo Quintana; BELTRÁN, Alberto Delfin - «Los Mapas Mentales: una herramienta de aprendizaje y creatividad». In <http://www.uv.mx/iesca/revista2002No.2/mapas.pdf> (31.08.2006; 23:20); ALVAREZ, José Estébáñez - «Problemas de interpretación y valoración de los mapas mentales» <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/ghi/02119803/articulos/AGUC8181110015A.PDF> (31.08.2006; 23:25); CRESPO, María Guadalupe Ramos - «Desarrollo de la creatividad y mapas mentales». *Revista Ciencias de la Educación*, Año 3 • Vol. 2 • Nº 22 • Valencia, Julio - Diciembre 2003, pp. 79-102. <http://servicio.cid.uc.edu.ve/educacion/revista/a3n22/22-5.pdf> (31.08.2006; 23h30)
- Cf. <http://www.mindtools.com/mindmaps.html>
- MOREIRA, M.A. Mapas conceituais e aprendizagem significativa. *Revista Galáico Portuguesa de Sócio-Pedagogia e Sócio-Linguística*. Pontevedra/Galícia/Espanha e Braga/Portugal, Nº 23 a 28: 87-95, 1988.
- É o caso da utilização como meio de avaliação, no site "Classroom of the Future" da NASA e Universidade de Wheeling Jesuit - www.colf.edu/ete/teacher/indprodassess.html - ou em textos como "Using Concept Mapping Strategies as Evaluation Tools for Assessing Authentic Learning Activities", Matthew Livengood, da Universidade do Missouri, Columbia, EUA - <http://tiger.coe.missouri.edu/~vlib/matthew.html>.
- Existem muitos mapas disponíveis com exemplos de aplicação da Biologia (<http://www.bionet.ua.pt/mapas.html>), e das ciências biomédicas - por exemplo, Mapa da nutrição humana (http://www.fed.cuhk.edu.hk/~johnson/misconceptions/concept_map/human_nutrition_2.html) ou o Mapa conceptual do Tecido Sanguíneo http://www.uaig.pt/npfoma/docs/trab_bmp/fa_apresentacao.pdf#search=%22Mapa%20conceptual%22
- São exemplos: Inspiration Tools (<http://www.inspiration.com/>) - site onde pode obter informação sobre as ferramentas e sobre formas de as adquirir (inclusive fazer download das versões de avaliação); Mind Tools (<http://www.mindtools.com/>);
- Cf. **Esquemas Mentais**, adaptado de "Use both sides of your brain", Tony Buzan, ed. E.P.Dutton, New York, 1983. <http://www.prof2000.pt/users/fohalcino/estudar/esquemas.htm>
- Cf. Mind Mapping - <http://www.mayomi.com/> ou FreeMind - http://freemind.sourceforge.net/wiki/index.php/Main_Page



Coordenadora da Área Disciplinar de Enfermagem da ESS-IPS
Doutorada em Filosofia
Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

Projectos

“Saber Comer”

Está a decorrer o projecto de educação alimentar “Saber Comer” em parceria com a Câmara Municipal de Setúbal e a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal, mais propriamente com os estudantes do 3.º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem em Ensino Clínico de Enfermagem VII (Saúde Infantil e Pediátrica).

O projecto destina-se a captar a atenção das crianças para uma alimentação saudável, essencial na actual educação dos mais novos, através de sessões de educação e sensibilização.

As actividades são desenvolvidas de acordo com as diferentes faixas etárias dos alunos, do pré-escolar e do 1.º Ciclo do Ensino Básico das escolas do Concelho. As escolas envolvidas são: EB1 do Montinho da Cotovia; EB1/JI da Azeda; EB1 N.º5 – Peixe Frito; EB1 N.º9 Casal das Figueiras; EB1/JI Viso e S. Gabriel; JI do Faralhão e JI da Bela Vista.



Este projecto, pretende ainda sensibilizar os pais, bem como toda a comunidade educativa para esta problemática.

Fátima Bicho - Assistente Equiparada da ESS-IPS

“Mexa-se em Palmela”



A Escola Superior de Saúde (E.S.S.), Área Disciplinar de Enfermagem, estabeleceu uma parceria com a Câmara Municipal de Palmela, para participar no programa “Mexa-se em Palmela”, através da disponibilização de recursos humanos e *know how* específico da área. Estivemos na co-organização e dinamização de duas actividades:

- Rastreio de saúde em Palmela e Pinhal Novo, para comemoração do Dia Internacional da Saúde (7 de Abril). Actividade a que a população aderiu massivamente e incentivou novas iniciativas.

- Organização de uma actividade com o agrupamento de escolas Marateca e Poceirão, “**Peddy-papper: pela Rota dos Saberes**” integradas no Projecto educativo de escola “Viver saudável”. O principal objectivo desta actividade centrou-se na necessidade de dinamizar **a aprendizagem de boas práticas em saúde**, a crianças do 1º ciclo, e, em particular, realizar um rastreio de avaliação do Índice de Massa Corporal (I.M.C.) a todas as crianças participantes. Decorreu nos dias 26 de Maio e 7 de Junho, no recinto do circuito de manutenção de Águas de Moura. A actividade decorreu bastante bem e ficou agendada colaboração futura, para o próximo ano lectivo.

Dulce Cabete—Professora Adjunta da ESS-IPS

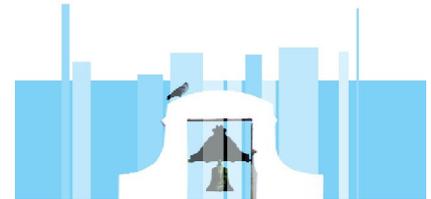
Paula Leal—Assistente da ESS-IPS

Success and failure on Clinical Education: teacher and students points of view

António Freitas*

** Comunicação realizada com um grupo de estudantes do Curso de Licenciatura em Enfermagem, do 2º ano, 1º semestre, após a realização de um Ensino Clínico, apresentada na Conferência COEHRE, Bridging Between Health Services and Education, Setúbal, Portugal, 19th - 22nd April 2006 .*

Estudantes: André Amaro, André Mestre, Cátia Cunha, Cátia Lopes, Cláudia Semedo, Joana Fernandes, José Brasil, Rita Santiago, Susana Andrade



Nursing is a human science profession and an academic discipline that focuses on the diagnosis and treatment of human responses to actual or potential health problems possessing its own distinct body of knowledge.

Nurses make use of caring behaviors and the science of nursing to facilitate positive adaptive responses in human beings by mobilizing human and environmental resources to promote healing, maintain well-being, prevent illness, and promote health based upon the understanding and application of scientific principles from the natural and social sciences.

Nursing education congregates knowledge and skill acquired or developed by the teaching-learning process considering future trends in health care. Nursing students learning care is aimed to all people throughout the lifespan.

TEACHER'S POINT OF VIEW

Clinical education settings include hospitals, aged care facilities, community centers, schools, prisons, humanitarian agencies. Those settings aim to provide unequalled opportunities and an environment that is demanding and supportive, where all students learn the practice of nursing through knowledge, skills practicing, an accurate professional attitude on care

deliverance and most of all the linkage to theoretical knowledge. These environments embrace cultural diversity and learning experiences opportunities and they become part of a multi-disciplinary team.

A major amount of practice experience takes place in a simulated practice setting, school laboratory, before students enter genuine practice locations, but caring for clients can not be simulated in these laboratory settings. Nursing classes provides knowledge and the opportunity to students develop competencies that make possible a nursing student to provide "safe care" for "real patients. Nursing students during Clinical Education are faced to new demands and adaptations in a personal level to a new reality and the adoption of appropriate behaviors to new requirements corresponds to a very important time in students' competences development.

They have contact with several factors promoting new acquisitions and personal reorganizations. No two days are likely to be the same in the nursing student daily life.

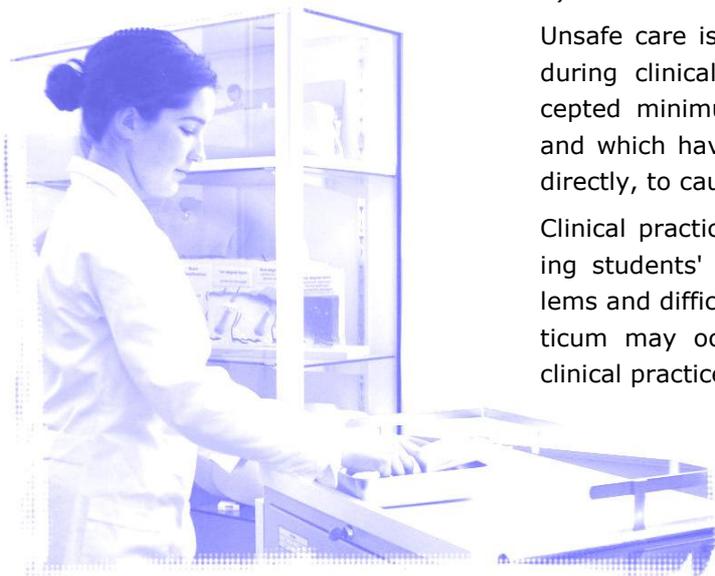
A nursing teacher in those contexts plays an important role in supervision, assessment and guarantee proper care delivery. The clinical teacher should be an empathic person who understands the students' feelings and tries to respond properly to those feelings.

He should have relational and human qualities, technical skills, capacity to make proper decisions and, most of all, pedagogical attitude.

Clinical supervision helps students to reach excellence, but It's a common thought that clinical teacher has a more evaluative role than a facilitator role. Teacher supervision is an enduring systematic process that encourages and supports improved nursing students practice, according to scholar standards procedures (Nursing Norms Procedures). Teacher expects a dynamic and positive relationship between students and him through counseling, supporting, sharing of knowledge and guided research. Guaranteeing each student as unique, clinical teacher is aware of different learning rates and develops strategies designed to meet the needs of each student. Clinical education learning processes are intended from simple to complex situations, with defined learning outcomes that are knowed by students.

Since the staff member is ultimately responsible for patient safety, close student supervision is required in all cases, especially when a student's performance is uncertain.

A constant feed-back to students should clarify to help prevent misunderstandings about their learning and practice development.



Clinical education assessment is centered especially in students' performance, results, knowledge, achievements and new competences in demand of safe care delivery.

The competency of nursing students is assessed by the nursing teacher, and the agency staff, on a daily basis, where are collected good and not-so-good (bad) episodes of their performance.

Students who demonstrate a satisfactory accomplishment of clinical objectives will pass, and for those who deemed unsafe or incompetent will fail on clinical education semester and has to repeat it on the forward year.

All faculty decisions, regarding clinical failures, must be guided by the professional and ethical conduct to ensure patient safety. Clinical teacher when identify a troubled situation with students performance and development, shares it within the clinical education staff. A meeting with the coordinator teacher, clinical teacher, clinical instructor, and student may be arranged to an explanation for the current situation, to provide study or behavior guidelines.

One or more of the following behaviors constitute clinical failure based on safety care:

- 1) unsafe performance;
- 2) inconsistent decisions, not supported by a proper making process; ?
- 3) lack of knowledge;

Unsafe care is any act, practice or omission during clinical education that fails the accepted minimum standards of nursing care and which have the potential, directly or indirectly, to cause damage.

Clinical practice is fundamental to the nursing students' learning however some problems and difficulties during their clinical practicum may occur. Stressful sources during clinical practice have been already studied by

many researchers, such as lack of clinical knowledge, difficult patients, fear of making mistakes and the constant feeling of being evaluated by teachers and local nurse staff.

One of the main causes of students' anxiety is some discrepancy regarding the theory-practice gap identified by students: what they were taught in theory is performed by staff members in different ways. Teacher promotes differences acceptance requiring students to referee in how they would perform on clinical practice and make use of critical thinking

Clinical teacher has a difficult role when a student fails. He was once a student as well and he is aware of the amount of pressure that students carry from personal goals and family expectations. But there are minimum demands to accomplish, based always on safety that might compromises patient and others, minimum learning outcomes to demonstrate.

Some students are away from they're families, and sometimes deal with economical issues. Failure represents more money, more effort, family disappointment and self-discrimination. Not to speak about loss of self esteem.

These aspects will probably reinforce the vicious circle of low expectations, low self-esteem and, in extreme cases, school defeat.

When Students are face to such experience, they should understand the learning opportunities of it and what and why turned into failure.

Students share this experience together as a group, and they get as much as affected as the failed student, becoming more anxious, leading to a conflict until they are able to accept they're peer failure.

STUDENTS' POINT OF VIEW

WHAT IS LIKE TO BE IN CLINICAL EDUCATION, FOR A STUDENT?

To be in Clinical Education is, for every nursing student, a moment of great tension, great learning and both personal and professional growing.

The way they're obligated to suddenly grow up and become a more mature and responsible person is, sometimes, aggressive. This situation makes them, nurse students, and very special people.

During this time, they live situations that make them think and reflect about the kind of responsibility they have in their hands.

It's hard to separate the more and less importance experience that every nurse student lives because every single moment is a moment of learning and makes them grow as human beings and future nurses.



THE GROUPS: STUDENTS THAT WORK TOGETHER FOR A COMMON PURPOSE

In hospital, nursing students groups are usually bigger: four to seven students or more, friends and peers that live together very intensively each moment and make it a moment of friendship and complicity.

STUDENTS EXPERIENCES

Reflecting about the experiences between students, it's impossible not to mention the development of straight bonds, almost unbreakable, especially in the hospital because they spent many hours together, live so many moments of happiness and despair.

Each moment in Clinical Education marks the nursing student, all those hours are lived with tension, tension that affects them and their relationship, affects the communication with the teachers and clinical instructors.

SOME SUCCEED, SOME DON'T

Not every student succeeds and that's a fact that affects the entire group.

It it's hard for the rest of the group that succeeded to control the anxiety and worry not only for their own situation but also for their colleagues.

"It's not easy to see a colleague that is also a friend and companion not to succeed and not be able to help him."
JF

"We know and have full understanding that all these facts affect us and our performance and tend to acquire the responsibility to ourselves, the responsibility of not being able to help and protect every member of our group, without understanding that our individual performance is affected."
CS

The group also learns with their colleague's mistakes, even those who stood slightly behind. To those colleagues, they'll understand that what happened was important in their



growing and learning and that they can make that a positive experience that won't repeat itself. Not to succeed is a common thought that was always referred by every student during Clinical Education. This was a very difficult time, the group left behind some of their colleagues in a short period of time...

Every student refer more difficult periods than others, days that they all felt down, not an easy time for them, students and not easy for our clinical teacher.

And for those who have not succeed?

"The first felling is denying, then resignation for what happened. One year of our lives was lost, our self-esteem and confidence was shacked...Then the reaction of our family and friends that don't seem to understand the importance of what happened." CC

And after that? The student realizes that he or she has to move on, that every learning is a positive achievement and that the same mistakes won't be made twice... Colleagues will never stop being our colleagues and friends.

WHAT WERE THE REASONS POINTED BY THE STUDENTS TO AN UNSUCCESSFUL CLINICAL EDUCATION?

Too many hours on bus, tiredness, physically exhaustion were some of

the reasons pointed to failure.

"We all have problems in our lives that sometimes we're not able to leave outside, we were nervous and tense (this was our first great proof!), we all were afraid to commit stupid mistakes that lead us to failure" CL

Our education only makes sense if we're open to change and to learn new things or it won't be a successful learning.

THE SUPPORTING GROUP

Most of the times, each member/student is a support to the rest of the group, a smiling face that make each one of them believe that everyone can proceed and succeed and overcome this step in their learning.

Changing experiences was a positive aspect: discussing, criticizing and analysing some situations in group, always supporting themselves, making every member look to everything that happened with the feeling that they had learn.

STUDENTS EXPECTATIONS

When a clinical education has began, every student has several expectations of what will happen: some are afraid because they don't know the Hospital, the nursing instructors that will guide them and even the teacher. This insecurity always drives them to think they can not make it!

"Some of our friends surprised us during this time: we knew each other but always outside the hospital and did not know how it would be to have them as colleagues on Clinical Education. It's amazing how some of us overcome everything we've expected: we've hopped to be a nice group, friends that help each other in bad times; We found in each one of us an ally that made the whole process easier, bearable and even funny." RS

"I hoped I could overcome myself, focus on my work and always give my best." AA

Analysing all this feelings and expectations, students refer that consider themselves able to do a good job, yet conscientious that they also have a long way to pursue. They need self-control and need to acquire knowledge so that they can become good professionals, not only as social unit but also as a community member from our College.

Beside this aspects already mentioned, *"I think it's important to focus on the positive side of this CE, I've acquire great manual ability, more self confidence, I've established great relationships with the people I took care of and even with the professionals that guided me."* CL

STUDENTS EMOTIONS

Thinking of all the emotions the students have experienced, there were situations of great intensity... There were days that they refer to have

needed a great capacity of abstraction not to fall apart in front of our patients, in front of someone that expected them to be able to give them comfort and hope.

"There were days I thought that being a nurse wasn't on my destiny, I thought I wouldn't be able to follow my way, which I believed that the choices I had made for my life weren't the right ones. I really believed I was fighting for something that I would never be good at. I heard things that hurt me, others that made me smile. Some days I woke up with the feeling not to go, that something would go wrong!" CC

In fact, we've always tried to give our best and none of us regrets that...

Maybe for lack of experience, students always have tendency to be emotionally attached to those he/she takes care of and it's very hard not to see progressions on their health and to see them getting worst.



"None of us will forget all those persons we took care of, who helped us and trusted us to take care of them." CS

THE INSTITUTIONS

All the institutions where our students have performed Clinical Education gave them experiences in contact with distinguished realities, some more complicated than others, that made them think about their abilities, their behaviour as students and as human beings.

Some students refer they had to leave the hospital exactly when they felt themselves more confident; nevertheless, they also refer to find this aspect very positive because this fact allowed them to contact with different realities, equally rich in knowledge.

OUR PERCEPTION OF TEACHERS PARTICIPATION

The teacher also has an important part in this phase, he is a constant presence, always with the student, always available to support him and criticize, making the student think for himself, and yet always open to any suggestion.

It is understandable to the group that any member's failure is also complicated for the teacher as much as it is for the students.

Although the group feels that the presence of a teacher is very important and knows that he's there for them, after the failure of any group member, this relationship tends to achieve an extreme: if the student accepts and understands what happened, their relation becomes stronger; if the student does not agree or cannot understand all the events that led to that situation, this relation tends to become colder.

Nevertheless, all the students agree in one point: teachers' presence is to support them and help them to become excellent health professionals.

HOSPITAL'S REALITY

In this context, the student has to develop abilities of critical thinking, organization and practices, always having in their mind that time management is essential to become a good nurse.

This fact can also be a stressful factor: to have so many things to do and have to do them well done and have to make them on schedule.

At this stage, the student has theoretical knowledge to make things right, he is prepared to do it but the first impact is always very hard for every one of them, they don't feel they have the "Know how" to do it right.

They need practice and that they only acquire it in time, in clinical settings.

In this context the student is allowed to experience the true concept of team work, thought in school. Without team work, this would be a really difficult time.

CONCLUSION

Each moment in Clinical Education is a moment of personal and professional growth, so intense that some times the student doesn't see it happening, he can only understand his own changes some time later.

Those are moments lived individually in an intense way.

"Looking back and looking forward, we all agree that we have left this first experience in CE with absolutely sure that being a nurse is what we want to do, take care of others, despite the responsibility that it implicated, this is what fulfils us. Changing experiences, we now know that we could never have chosen another job, another way of life (as some of us initially thought we could)." CS



António Freitas
Assistente Equiparado da ESS/
IPS
E-mail: alfreitas@ess.ips.pt

De dentro para fora: da Escola ao exercício profissional de Enfermagem⁽¹⁾

Alice Ruivo & Lucília Nunes

A Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal é uma escola recente, tendo iniciado a sua actividade a 8 de Novembro de 2000. Nasceu para dar resposta a uma necessidade nacional (falta de técnicos de saúde, nomeadamente enfermeiros) e a uma necessidade e vontade regionais, sob a tutela única do, na altura, Ministério da Educação, hoje, Ministério da Ciência, Inovação e Ensino Superior. Sendo um dos elementos caracterizadores a assunção enquanto Escola Superior de Saúde, iniciou a formação com o Curso de Licenciatura em Enfermagem e a Licenciatura Bi-Etápica de Fisioterapia. Em Setembro de 2003, abriu-se o Curso de Terapia da Fala.

Apesar de um percurso ainda recente, move-nos a vontade de contribuir para a formação de profissionais proactivos, que actuem de forma autónoma e reflexiva no desenvolvimento e melhoria das condições de saúde da população do nosso distrito.

Nenhuma Instituição se pode fazer ao caminho sem clarificar para onde vai, o que pretende fazer na sua caminhada e o que deseja alcançar.

Assim, os princípios do Curso de Licenciatura em Enfermagem constituem um guia para o caminho que pretendemos fazer com os estudantes, para que cheguemos ao fim de cada curso com a certeza de que tudo fizemos para formar profissionais conscientes, críticos e construtivos. É embebidos deste espírito que fazemos a apropriação do lema da nossa Escola, *Humanismo, Qualidade e Inovação*.

Humanismo, onde se entronca a defesa da dignidade e o respeito fundamental pelas pessoas, o cuidado interpessoal e as habilidades da Relação de Ajuda, as relações de trabalho em equipa, a sensibilidade para os aspectos multiculturais e a educação para a cidadania;

Qualidade, no sentido de que o concurso das outras ciências que fazem parte do currículo, contribuem para uma formação abrangente, que permitirá ao futuro profissional agir com responsabilidade, garantindo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Pretendemos também assegurar a qualidade pedagógica do ensino, através da construção e validação de instrumentos utilizados nas diferentes etapas do processo ensino-aprendizagem e promover a qualificação científica dos docentes.

Inovação, relacionada com a criatividade, a gestão da incerteza e a acção em ambiente complexo, a construção de protocolos e parcerias locais, nacionais e estrangeiras, a mobilidade de estudantes e professores.

A adesão a este lema, leva a que sejamos parte integrante do processo, não fragmentando os diferentes itens, mas sim na utilização do melhor que emerge desta conjugação e sinergia.



Actualmente, preparamo-nos para receber os estudantes do primeiro ano da Licenciatura em Enfermagem (pela sétima vez), temos a decorrer o Curso de Complemento de Formação em Enfermagem (pela quinta vez) e uma Pós-Graduação, em Feridas e Viabilidade Tecidual.

Em relação aos Enfermeiros que terminaram os três primeiros Cursos de Complemento de Formação em Enfermagem, podemos considerar positivas a avaliação relativa à pertinência e importância dos diferentes temas trabalhados no decorrer dos seus projectos de intervenção e a conseqüente melhoria da qualidade dos cuidados prestados nos diferentes contextos. No 4º Complemento, começámos o trabalho em torno do Projecto de desenvolvimento de competências, utilizando como matriz o perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (definido pela Ordem dos Enfermeiros), num suporte de Portefolio de competências.

Este é, claramente, um dos exemplos evidentes da ligação entre o trabalho académico, desenvolvido em contexto de trabalho e, que após o término da fase escolar, pode e deve continuar a desenvolver-se, nos serviços, tanto no que se refere aos projectos de intervenção (dos primeiros três) como aos projectos de desenvolvimento de competências (do 4º e 5º Cursos de Complemento).

Assim, consideramos que uma das nossas linhas de força advém do dinamismo da Escola e da Equipa.

Dinamismo, porque no âmbito de um percurso ainda recente, tem sido uma constante do processo de ensino-aprendizagem, o uso de novas metodologias, nomeadamente o PBL (Problem Based Learning) e o Portefólio.

O PBL é uma metodologia activa que consiste num método em que o professor tem o papel de orientador e facilitador da aprendizagem dos estudantes. O estudante é responsável pela aquisição de conhecimentos, que se processam através da resolução de problemas. É uma metodologia em que o estudante é o condutor de todo o processo, necessitando da sua parte de motivação, disciplina e muita pesquisa.

O portefólio e a sua utilização implicam que o estudante pesquise, dê significado, sintetize e integre a informação, orientada pelo professor, em vez de a receber passivamente. Implica também que a resolução dos problemas que estas tarefas lhe colocam passe pela identificação das dificuldades encontradas e pela sua superação, de forma autónoma. Por isso envolve o professor, os colegas, e toda a comunidade escolar, que poderão ser encarados, em determinados momentos como recursos.

Continuando na temática das metodologias/estratégias de aprendizagem utilizadas, pretendemos promover a aquisição e o desenvolvimento de competências que permitam aos estudantes trabalhar nos diferentes contextos da prestação de cuidados.

Assim, não leccionamos de acordo com uma teoria ou um modelo específico de Enfermagem, mas privilegiamos o conhecimento dos diferentes modelos, assim como a familiaridade com os enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros e os instrumentos básicos da profissão que, esperamos, permitam que um recém-cursado desenvolva a sua actividade profissional seja qual for o referencial teórico de Enfermagem da Instituição, onde venha a desempenhar funções.

As visitas de estudo e observação que programamos nos diferentes anos, pretendem também contribuir para uma visão holística dos cuidados de saúde e da importância do trabalho dos profissionais e das diferentes Instituições que desenvolvem as suas actividades no âmbito da promoção da saúde e nos cuidados na doença e na morte, assim como proporcionar, o mais precocemente possível, o contacto com a realidade, onde como futuros profissionais se irão inserir.



Campus do IPS

Por outro lado, sabemos que só conjugando esforços com outras Instituições e com os profissionais conseguiremos levar a bom termo a nossa missão. Assim, temos desenvolvido estratégias de parceria, nomeadamente ao nível do ensino clínico, para a prossecução destes objectivos.

Realizámos quatro seminários de orientadores de ensino clínico, onde foram abordados e trabalhados diversos temas que permitiram o referencial teórico para o desenvolvimento de instrumentos construídos em conjunto: no decorrer do primeiro seminário (2002/2003), elaboraram-se instrumentos de avaliação formativa/somativa para os estudantes em ensino clínico; no segundo seminário (2003/2004) traçou-se o perfil do enfermeiro orientador; no terceiro seminário (2004/2005), procedeu-se à elaboração de uma sinopse de práticas pedagógicas recomendadas para orientação e avaliação formativa dos estudantes em ensino clínico e no quarto seminário (2005/2006), elaboraram-se normas de qualidade na orientação e avaliação de estudantes em ensino clínico.

O conhecimento mútuo dos orientadores e dos docentes permitiu a uniformização dos critérios de acompanhamento e avaliação do ensino clínico, reforçando a importância do trabalho em parceria, o que em muito tem vindo a contribuir para a criação de sinergias.

Além deste trabalho realizado com os orientadores, foi constituído um grupo do qual fizeram parte docentes e enfermeiros dos diferentes contextos, para a elaboração do Manual de Normas 2002. Esta iniciativa teve a adesão das organizações do Distrito, efectuando-se através da nomeação dos orientadores para o Seminário, bem como na designação dos elementos do Grupo de Normas e Procedimentos. Este primeiro manual com trinta e sete *Normas de Procedimento de Enfermagem*, serviu de base à leccionação de aulas práticas para os estudantes do curso e de apoio nos serviços com os quais trabalhamos, designadamente na supervisão dos estudantes em ensino clínico, nesse ano e em anos subsequentes.

Mais tarde, entre a equipa docente, entendeu-se necessário reformular e actualizar, assim como ampliar o número de normas disponíveis – um grupo de elaboração de normas e um grupo de revisão assumiu essa tarefa e concluiu trabalho no ano lectivo de 2004/2005, com o *Manual de Normas 2005*.

Verificou-se ainda a não existência de normas para todos os procedimentos estudados, sendo também leccionados procedimentos que, não sendo passíveis de Norma de Procedimento, podem ser sujeitos a Guias (no sentido de *Guidelines*) ou a Recomendações.

Assim, no ano lectivo de 2005/2006, com reforço do objectivo pedagógico, e em continuidade com o objectivo científico da aprendizagem das práticas, foi configurado o *Projecto de Normas 2006*.

A coordenação deste último projecto foi da responsável da Área, constituindo-se para o efeito o GEN - Grupo de Elaboração de Normas – com um docente por cada uma das unidades curriculares de Enfermagem e o GRN – Grupo de Revisão de Normas – com 3 Prof. Adjuntos.

De salientar ainda que a compilação do conjunto das normas, guias e recomendações e a concepção desse Manual, teve como eixos orientadores a matriz de uma linguagem classificada (CIPE - Classificação Internacional da Prática de Enfermagem).

A opção subjacente à escolha da CIPE, como matriz organizadora do Manual 2006, tem a ver com a familiaridade que os nossos estudantes vão tendo com esta classificação, pois desde o primeiro semestre do ano lectivo de 2004/2005 que iniciámos a sua abordagem ao 4º ano da licenciatura em enfermagem, o que no segundo semestre, foi alargado a todos os anos do curso.

Apostamos num desenvolvimento seguro, firmado passo a passo, no sentido de criar e facilitar oportunidades de aperfeiçoamento aos profissionais e de promover, na esfera da nossa acção e das nossas possibilidades, o desenvolvimento da disciplina e da profissão de enfermagem.

Podemos afirmar que a Escola, em geral, e a Área Disciplinar de Enfermagem, em particular, se perspectiva num contexto de trabalho em parceria e em rede, para dentro do Instituto Politécnico de Setúbal, para a região e, particularmente, para as organizações de Saúde, tanto a nível nacional como internacional - exemplo de actividades, a nível internacional, foi, sem dúvida, a organização da 25ª Conferência da COHERE - Consortium of Institutes of

Higher Education in Health and Rehabilitation In Europe , cuja responsabilidade coube à nossa Escola e que se realizou no campus do Instituto de 19 a 22 de Abril de 2006.

Este artigo, pretende simplesmente partilhar a experiência vivida e a ligação entre as entidades formadoras, os contextos de trabalho e os contextos sociais, ajudando-nos a integrar, num *continuum*, a formação inicial, pós-graduada e ao longo da vida, de uma forma que só faz sentido, ou faz mais sentido, se colocarmos em estreita colaboração a Escola e o Contexto de Trabalho. Estamos convencidos de que por meios diferentes e com trajectórias diversas, o fim é semelhante – prestar à comunidade os Melhores Cuidados de Saúde e de Enfermagem. E é por esta finalidade que se formam profissionais – sejam eles generalistas ou especialistas - e se valoriza o processo de reconhecimento das competências adquiridas ao longo da vida.

Acreditamos que muito fizemos, mas temos a certeza de que muito ainda temos por fazer, pelo que nos identificamos com o pensamento de que o Universo da formação é como o planeta do Principezinho de Saint- Exupery - «O teu planeta é pequenino - só tem dois passos e ainda não conseguimos explorá-lo todo...».



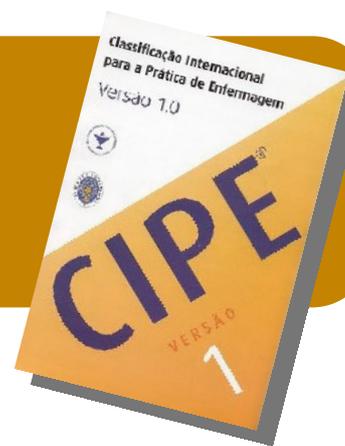
Alice Ruivo
Prof. Adjunta da ESS-IPS

Lucilia Nunes
Coordenadora da Área Disciplinar de Enfermagem da ESS-IPS

CIPE:

O QUE HÁ DE NOVO NA VERSÃO 1.0

Paulo Cruchinho



Com a publicação da versão 1.0 da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE, verificaram-se importantes alterações estruturais, que importa conhecer de modo a perspectivar as consequências para a implementação de sistemas de informação, orientados para os resultados de enfermagem.

Essas alterações traduzem uma preocupação central do *International Council of Nurses* – ICN em construir uma nova classificação de utilização mais simples, que permita uma melhor articulação com os vários sistemas de classificação utilizados em todo o mundo, assim como o desenvolvimento de novos termos a partir da CIPE, reduzindo simultaneamente a redundância e a ambiguidade de muitos termos da anterior versão β2.

A grande alteração estrutural da versão 1.0, assenta na introdução do *Modelo dos Sete Eixos*, como forma de unificar os anteriores eixos dos Fenómenos e das Acções de Enfermagem, cada um com oito eixos de termos (fig.1).

Este modelo consiste num único eixo, constituído como o próprio nome indica por sete categorias de eixos ramificáveis (fig. 2)



Fig. 1 - eixos da CIPE β2

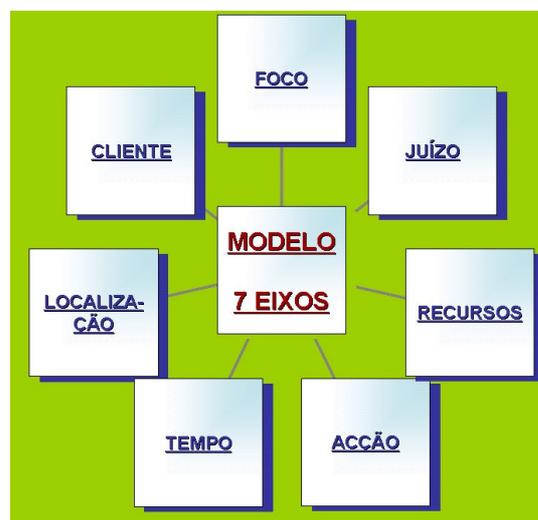


Fig. 2 - Modelos dos sete eixos da

No Eixo FOCO podem ser encontrados termos que representam a área de atenção relevante para a prática de enfermagem e que corresponde ao anterior eixo Foco da Prática da β2. Com a versão 1.0, este eixo passou a ser constituído por três grandes categorias de termos. Por um lado, os termos que traduzem os focos relacionados com **entidades** (e que inclui termos de *substâncias corporais* como a expectoração, o sangue e a urina; de *sistemas corporais* tais como os sistemas gastrointestinal e tegumentar; de *entidades ambientais* tais como a água e o pó; de *organismos* vários

como microrganismos e estruturas psicossociais, como comissão de saúde e política e de resultados como resultados laboratoriais e de testes). Por outro, inclui também os focos relacionados com os vários **processos** identificáveis na prestação de cuidados (*processos comportamentais*, como a vinculação, o auto-cuidado ou o padrão de ingestão de líquidos, os *processos corporais* como a bradicárdia, a incontinência urinária ou o expectorar, *processos comunitários* como a participação comunitária, *processos ambientais* como o ruído ou a seca, *processos familiares* como crise familiar e o planeamento familiar, os *processos psicológicos* como a imagem corporal e a atitude face à dor, os *serviços* como os serviços de emprego e religioso, os *processos sociais* como o vandalismo e os actos criminosos e os *processos espirituais*, como a meditação e o culto). Por último, o eixo FOCO integra ainda termos que dizem respeito ao **status** ou à condição da pessoa e que inclui termos de variadas sub-categorias (figs. 3 e 4)

O eixo JUÍZO mantém-se da $\beta 2$ para a 1.0, aparecendo configurado com poucos termos e sem os anteriores graus reduzido, moderado, elevado e muito elevado. Servem para representar a opinião clínica ou o estado em que se encontra um determinado foco da prática de enfermagem e os seus termos encontram-se categorizados em dois níveis: 1) os termos que traduzem **juízos positivos ou negativos** (do tipo melhorado ou comprometido) e 2) os juízos que expressam o **estado** do foco da prática, como elevado ou diminuído, dependente ou independente. A possibilidade de um determinado foco da prática se manifestar associado à expressão "risco de" – anteriormente ligado ao eixo da probabilidade da versão $\beta 2$, - surge agora como um termo do eixo do juízo da 1.0, associado à noção de potencialidade da categoria estado.

Fig. 3 - categoria de status





Fig. 4 - Categorias de Status

A forma de implementar uma determinada intervenção de enfermagem pode ser descrita recorrendo ao eixo RECURSOS, que na CIPE 1.0 integra seis categorias: 1) os **artefactos** ou dispositivos e instrumentos de diversa natureza (como são exemplo o resguardo, a prótese ocular, a roupa da cama, o campo cirúrgico, compressas, ligaduras, pente, grades da cama, brinquedo, humidificador, agulha, dreno, catéter, protocolo e regime medicamentoso); 2) os recursos humanos ou **prestadores de cuidados**, como enfermeiro, médico ou cirurgião; 3) os **serviços** do tipo serviço de planeamento familiar ou serviço de fisioterapia; 4) os **materiais** ou produtos utilizados na prestação de cuidados, como creme, medicamento ou solução; 5) as **técnicas** realizadas, como por exemplo a técnica de

marcha ou a técnica de treino da memória e 6) as **terapias** ou formas de tratamento, como a cinesioterapia respiratória ou a musicoterapia.

O eixo ACÇÃO corresponde ao anterior eixo do tipo de acção da $\beta 2$ e integra todo o conjunto de termos que pretendem expressar, quer as actividades dirigidas à pessoa/cliente, quer as que são por si desempenhadas. É constituído por cinco categorias de acções: 1) acções do âmbito do **atendimento**, como assistir, elogiar, medidas de segurança ou aliviar; 2) acções de **determinação** precisa de diversos fenómeno de enfermagem, como vigiar, supervisionar, medir ou calcular; 3) acções de **informação** que incluem por exemplo descrever, orientar, explicar ou ensinar; 4) acções de **gestão**, tais como aumentar, diminuir, manter, planear ou assegurar e 5) acções do âmbito da **execução**, tais como cateterizar, cuidar da higiene ou transferir.

Os anteriores eixos da duração, da frequência e do tempo da $\beta 2$, foram todos reunidos na 1.0 num único eixo, designado de eixo TEMPO e que é composto por termos que permitem estipular o ponto, o período, o instante, o intervalo ou a duração de uma determinada ocorrência. Integra cerca de seis categorias: 1) os termos relacionados com a **duração**, por exemplo duração da cirurgia; 2) os relacionados com o número de ocorrências durante um dado período de tempo ou **frequência**, com termos do tipo sempre, frequente, às vezes, raramente e nunca; 3) os termos que traduzem o início da ocorrência ou **período de tempo**, como agudo ou crónico; 4) os que expressam **situações**, por exemplo a adolescência, a menopausa, a admissão ou a alta; 5) aqueles que se encontram relacionados com o momento da ocorrência ou **intervalo de tempo**, como dia, noite, semana ou mês e 6) os termos que traduzem a ordem de sucessão ou **sequência do tempo**, tal como contínua ou intermitente.

O eixo LOCALIZAÇÃO da 1.0 compreende os eixos localização anatómica, localização e topologia, parte do corpo do eixo alvo e infra-estruturas do eixo foco da prática da $\beta 2$. Possui termos que podem ser utilizados para

explicitar a orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção de enfermagem, agrupados em três categorias: 1) da **construção**, tais como edifício ou estrada; 2) **posição**, como posição de litotomia, lado da cirurgia ou pronação e 3) relacionados com a **estrutura** (*estrutura corporal*, como colostomia, região axilar, coto de amputação ou via intramuscular, com o *sistema corporal*, tais como pêlos, pele, articulações ou vagina e com as *estruturas sociais*, tipo centro de dia, centro de fisioterapia, bloco operatório, domicílio, prisão ou lar.

O eixo CLIENTE é composto por termos dos anteriores eixos portador e beneficiário e pessoa do eixo alvo. Designa o sujeito a quem é enunciado o diagnóstico, beneficiário da intervenção de enfermagem. É composto por três categorias de clientes: 1) **feto**, 2) **grupo** com termos relacionados com a comunidade ou com a família, do género casal ou família monoparental e 3) **indivíduo**, com termos que incluem o prestador de cuidados, o idoso ou o recém-nascido.

O *Modelo dos Sete Eixos* é utilizado à semelhança dos eixos de classificação da versão $\beta 2$, para descrever os **Diagnósticos de Enfermagem**, as **Intervenções de**

Enfermagem e os **Resultados de Enfermagem**. A sua grande finalidade consiste em tornar visível a

prática de enfermagem nos sistemas de informação em saúde, de forma a fornecer dados para a melhoria da prática de enfermagem, para o desenvolvimento da investigação com base na evidência, para a educação em enfermagem, para a administração e gestão de cuidados e para o desenvolvimento de políticas em cuidados de saúde.

O **Diagnóstico de Enfermagem** fora definido pela $\beta 2$, como toda a designação atribuída pelos enfermeiros à decisão sobre um fenómeno considerado relevante para a prática de enfermagem, representando necessariamente um foco das suas intervenções e que a versão 1.0 especifica como sendo um estado do cliente, um problema, uma necessidade ou uma potencialidade.

O conceito de **Intervenções de Enfermagem** e de **Resultados de Enfermagem** da $\beta 2$ mantêm-se com a 1.0, ou seja as intervenções são as acções que resultam de diagnósticos de enfermagem e que possuem a intenção de produzirem

	ACÇÃO	CLIENTE	FOCO	JUÍZO	LOCALIZAÇÃO	RECURSOS	TEMPO
DIAGNÓSTICO			CUIDAR DA HIGIENE PESSOAL	DEPENDENTE			
INTERVENÇÕES	INCENTVAR		CUIDAR DA HIGIENE PESSOAL				
	ASSISTIR		CUIDADR DA HIGIENE PESSOAL				
	INSTRUIR		CUIDADR DA HIGIENE PESSOAL				
	TREINAR		CUIDADR DA HIGIENE PESSOAL				
	SUPERVISIONAR		CUIDADR DA HIGIENE PESSOAL				
RESULTADOS			CUIDADR DA HIGIENE PESSOAL	INDEPENDENTE			

resultados de enfermagem no cliente e os resultados, os diagnósticos de enfermagem que são formulados em determinados intervalos de tempo e após a implementação de intervenções de enfermagem.

As orientações do ICN para formulação de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem sofreram também algumas alterações. Para a formulação de Diagnósticos ou de Resultados de Enfermagem é aplicada a mesma regra e que consiste na associação de um termo do eixo foco com um termo do eixo juízo e, se necessário inclui a possibilidade de adição termos de todos os eixos, incluindo os eixos foco e juízo. Para a construção de intervenções de enfermagem é necessário associar um termo do eixo acção com um termo de qualquer eixo, exceptuando os termos do eixo juízo e podem ser associados termos adicionais de qualquer outro eixo, inclusivé do eixo acção, caso seja necessário (Diagrama 1).

Paralelamente a estas orientações, o ICN incentiva a comunidade de enfermagem a validar as regras de formulação de diagnósticos/resultados e intervenções de enfermagem com vista à obtenção de enunciados simples e objectivos e a desenvolver novos vocabulários com base na CIPE, submetendo-os a processos de investigação de forma a serem propostos para a inclusão em futuras versões. Para além disso, incentiva também os enfermeiros a descreverem e a investigarem sobre os diagnósticos, as intervenções e os resultados direccionados para as diversas áreas da prática de enfermagem, de forma a constituir *Catálogos CIPE*, que a serem aceites poderão ser disponibilizados no futuro pelo ICN, com vista a uma maior uniformização da linguagem e conseqüente comparação de dados de enfermagem.

Todas estas alterações permitirão utilizar a CIPE de uma forma mais simples e sistemática e, mais dirigida para a produção de resultados. Para isso, só é necessário compreender a sua estrutura e ter presente as principais categorias e subcategorias que constituem os seus sete eixos

Referencias Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE ENFERMEIROS. - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão beta 2. 2ª Edição. Edição do Autor: Lisboa, 2003. ISBN 972-98149-5-3

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0. Edição do Autor: Geneva, 2005. ISBN 92-95040-36-8.



Paulo Cruchinho
Assistente Equiparado da ESS/
IPS
Coordenador do Grupo CIPE /
ESS
E-mail: pcruchinho@ess.ips.pt

Investigação

Realizar um trabalho de monografia é obrigatório para a obtenção do grau de licenciado, sendo realizada individualmente ou em grupo de dois (o mais habitual), no máximo três estudantes, cumprindo as etapas do processo de investigação e incluindo a partilha das conclusões. Cada *Relatório de Investigação* é antecedido de uma *Proposta de Tema*, à qual, uma vez aprovada e com orientador designado, se segue o *Projecto de Investigação* (1º semestre). À produção do texto associa-se a apresentação e discussão, perante uma mesa de três professores, visando fundamentalmente responder à disseminação de resultados inter pares.

A origem histórica da palavra "monografia" vem da especificação, ou seja, a abordagem de um assunto, um problema. A raiz etimológica significa "monos" (um só) e "graphein" (escrever) – portanto, dissertação a respeito de um assunto único.

Hoje, a palavra monografia apresenta dois sentidos: 1) o estrito, que se identifica com a tese, na perspectiva do tratamento escrito de um tema específico que resulte de pesquisa científica com o propósito de apresentar uma contribuição relevante ou original à ciência; 2) o lato, que identifica um trabalho científico que resulte de pesquisa (como dissertações científicas de mestrado, memórias científicas e, obviamente, a própria monografia no sentido académico) apresentando o tratamento escrito de um tema específico, de forma descritiva e analítica, tendo uma abordagem essencialmente reflexiva. Assim, chamamos monografia a um trabalho de investigação científica com tema restrito e extensão variável – um relatório que pode tomar a forma de investigação empírica, de revisão da literatura ou de investigação documental.

A realização da Monografia visa:

- a) Completar a formação académica do estudante, permitindo-lhe estabelecer a ligação entre conhecimentos teóricos e práticos;
- b) Integrar, aprofundar e treinar a aplicação prática dos saberes adquiridos e desenvolvidos pelo estudante;
- c) Desenvolver capacidades individuais e de equipa, no planeamento e execução de um estudo de investigação;

d) Aperfeiçoar o estilo na elaboração de trabalhos científicos, ao nível da linguagem, da capacidade de síntese, da forma e da edição;

e) Contribuir para o desenvolvimento do processo de comunicação oral e escrita de estudos científicos e suas conclusões, incluindo a utilização das novas tecnologias.

Cada texto que se apresenta inclui a identificação dos autores e do orientador, data da discussão e o texto produzido pelos estudantes relativo ao «Resumo» da Monografia.

Existência de processo de luto do bebé imaginário em puérperas primíparas

Durante a gravidez a mulher passa por um processo psicoemocional complexo de elaboração de uma representação mental do bebé, do seu futuro filho. Após o nascimento a mulher confronta o bebé imaginado com o filho que pode ver, ouvir e acariciar. O objectivo geral deste estudo de carácter qualitativo exploratório descritivo é, assim, explorar a existência de processo de luto do bebé imaginário. Foram realizadas 8 entrevistas semi-estruturadas a puérperas primíparas de recém-nascidos de termo durante o internamento no puerpério.

Os dados foram tratados seguindo a análise de conteúdo segundo Bardin, análise dedutiva com grelha construída *à priori*.

Os resultados, não generalizáveis, indicaram que as participantes experimentaram um processo criativo de elaboração mental do bebé imaginário. Após o nascimento não exprimem sentimentos de privação do bebé imaginário, chegando a referir a superação das expectativas criadas. Como não experimentaram a perda do sonho elaborado não desencadearam processo de luto durante o internamento.

Autores: Patrícia Matias

Vânia Teles

Defendida a: 7 de Junho de 2006

Orientador: Prof Joaquim Lopes

Trajectos e Recursos: a criança/jovem vítima de maus-tratos no município de Setúbal

O presente trabalho é um estudo descritivo – exploratório, cujo principal objectivo assenta na elaboração de um Guia de Trajectos e Recursos da Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos no Município de Setúbal. Este Guia tem como objectivo dar a conhecer os aspectos legais mais pertinentes (reguladores da actuação das instituições envolvidas no processo da criança/jovem vítima de maus-tratos), os trajectos e os recursos institucionais que, no município de Setúbal, respondem a estas necessidades.

Realizaram-se entrevistas abertas a oito responsáveis das seguintes instituições: do Centro de Acolhimento Temporário, de seis Lares de Infância e Juventude e da Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo de Setúbal.

Tendo por base a informação recolhida nas entrevistas, elaborou-se uma descrição dos trajectos percorridos pelas crianças/jovens vítimas de maus-tratos no município de Setúbal, bem como de cada instituição que os tem acolhido. Foi ainda possível verificar que esses trajectos estão de acordo com o preconizado na Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo.

O Guia de Trajectos e Recursos da Criança/Jovem Vítima de Maus-Tratos do Município de Setúbal consiste numa compilação sucinta das entrevistas, da legislação e da tipologia de maus-tratos, podendo, por conseguinte, ser alvo de consulta por profissionais e pela população em geral.

Autores: Andreia Oliveira
Clara Gaspar

Defendida a: 8 de Junho de 2006

Orientador: Prof Doutora Lucilia Nunes

Representações Sociais dos Enfermeiros sobre o Cuidar da População Reclusa

Baseado na evidência de que as representações sociais influenciam os comportamentos e, conseqüentemente, a prestação de cuidados, torna-se relevante identificá-las para assim ser mais fácil agir sobre a influência que têm na prática de cuidados de enfermagem. No caso de algumas populações vulneráveis é notória a influência que estas têm na prestação de cuidados, pelo que é objectivo desde estudo identificar as Representações Sociais dos Enfermeiros dos Estabelecimentos Prisionais do Distrito de Setúbal sobre o Cuidar da População Reclusa.

Realizou-se um estudo exploratório-descritivo. Os participantes constituem oito enfermeiros prestadores de cuidados à população reclusa dos Estabelecimentos Prisionais do distrito de Setúbal, seleccionados através de um método não-probabilístico por selecção accidental.

Os instrumentos aplicados para identificar as representações sociais, foram entrevistas semi-dirigidas sendo o tratamento dos dados segundo a análise de conteúdo temática de Bardin.

A partir dos resultados do estudo identificaram-se como representações sociais do cuidar da população reclusa o facto de ser difícil, tendo como principais aspectos dificultadores a resistência à mudança por parte dos estabelecimentos e a escassez de recursos materiais; os entrevistados afirmam que o seu comportamento se altera quando cuidam da população reclusa. A principal necessidade em termos de necessidades de cuidados de enfermagem é o estabelecimento duma relação de ajuda. Identificam-se como actividade de enfermagem mais realizada a administração de fármacos e consideram, a maioria, que na generalidade os cuidados prestados têm uma boa qualidade. A maioria considera que prestar cuidados à população reclusa é diferente de prestar cuidados a outras populações.

Autores: Filipa Banha, Miriam Silva, Ana Gil

Defendida a: 8 de Junho de 2006

Orientador: Prof Ana Paula Gato

Comportamento aditivo e ideação suicida nos profissionais de saúde

O Comportamento Aditivo adoptado pelos profissionais de saúde, surge como um "escape" à tensão decorrente das preocupações laborais e das pessoais. Paralelamente, as taxas de incidência e mortalidade do suicídio têm vindo a aumentar nos profissionais de saúde.

Sendo identificada a necessidade de conhecer a relação entre o Comportamento Aditivo e a Ideação Suicida, em profissionais de saúde, pretendeu-se explorar a existência de relação entre estas duas variáveis, nos profissionais de saúde que prestam cuidados ao utente crítico.

Este estudo tem desenho Quantitativo e Exploratório-Descritivo, e tipo, Descritivo-Correlacional e Observacional. A amostra foi seleccionada, probabilística e aleatoriamente, ficando constituída por 30 indivíduos (profissionais de saúde - Médicos e Enfermeiros). A colheita de dados aconteceu na UCI, do *Hospital X* (Distrito de Setúbal), mediante a aplicação de questionário constituído por instrumentos solicitados (AUDIT, DUDIT, QIS) e outros criados para o efeito.

No tratamento dos dados, recorreu-se ao SPSS, para Análise Estatística Descritiva e Inferencial, apresentando-se na última, Tabelas Cruzadas, com uso do Coeficiente de Contingência e Correlação Bivariada, usando o Coeficiente de Correlação de *Spearman*.

Os resultados informaram sobre a presença de dependência quanto aos indicadores do Comportamento Aditivo, excepto a Adição à Internet, e sobre, a existência de Ideação Suicida. Resumindo: com coeficiente de correlação 0,02 e *P-value* (0,912) superior a $\alpha = 0,05$, concluiu-se que o Comportamento Aditivo e a Ideação Suicida são independentes. Como contributo expande-se o campo de investigação, para novos estudos sobre a possibilidade de outros factores estarem na origem do Comportamento Aditivo ou da Ideação Suicida.

Autores: Carina Rodrigues
Marina Palma

Defendida: 7 de Junho de 2006

Orientador: Prof Doutora Lucilia Nunes

Repercussões familiares, laborais e sociais nos utentes do programa de substituição por agonista opiáceo

Este estudo incide sobre a problemática da Toxicodependência. Resulta de um pedido formal feito pelos profissionais do CAT de Beja, como resposta à necessidade de avaliar o Programa de Substituição por Agonista Opiáceo (PSAO) – Metadona. Tem como objectivo pesquisar a existência de alterações familiares, laborais e sociais entre utentes de baixo e alto limiar ao longo da sua permanência no PSAO e comparar, caso existam, as alterações familiares, laborais e sociais entre utentes de baixo e alto limiar ao longo da sua permanência no PSAO. Trata-se de um estudo quantitativo comparativo, correlacional e transversal. A investigação teve lugar no CAT de Beja, tendo sido a colheita de dados feita por questionário aquando da toma da metadona pelos utentes. A população alvo considerada foi todos os utentes inscritos neste CAT em PSAO com metadona. Com recurso a técnica de amostragem não probabilística de tipo accidental, a amostra foi constituída por 33 utentes de baixo limiar e 39 utentes de alto limiar. A variável independente é o PSAO e as variáveis dependentes são as situações familiar, laboral e social. Após tratamento estatístico com os teste *t* de student e Mann-Whitney, os resultados demonstraram que existem alterações nas Situações Familiar, Laboral e Social, dos utentes de baixo e alto limiares incluídos no PSAO-metadona, apresentado o alto limiar melhorias mais acentuada, na maior parte dos casos.

Para a Enfermagem este estudo implica o aumento do conhecimento acerca dos benefícios deste programa, aumentando competências nesta área do cuidar. Permite reflexões e uma base para novos estudos na área.

Autores: Ana Ferreira

Sara Pinto

Defendida a: 7 de Junho de 2006

Orientador: Prof. Joaquim Lopes