

**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA INTERUNIDADES DE DOUTORAMENTO EM  
ENFERMAGEM**

**A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL: A  
NECESSÁRIA CONSTITUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA  
FORMAÇÃO E NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO**

**ROSELMA LUCHESE**

**SÃO PAULO  
2005**

**ROSELMA LUCHESE**

**A ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL: A  
NECESSÁRIA CONSTITUIÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA  
FORMAÇÃO E NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO**

Tese apresentada ao Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem dos Campi de São Paulo e Ribeirão Preto da USP, para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

**Orientadora:  
Profª Drª Sônia Barros**

**SÃO PAULO  
2005**

**Catálogo na publicação (CIP)**  
**Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta” da EEUSP**

Lucchese, Roselma

A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. / Roselma Lucchese. – São Paulo: R. Lucchese; 2005.

251 p.

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

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Sônia Barros

1. Enfermagem psiquiátrica 2. Saúde mental 3. Enfermeiros (Formação profissional) 4. Competência profissional 5. Educação (Enfermagem). I. Título.

*À minha filha **Lara**,  
por ter me ensinado a amar incondicionalmente, a ser  
humilde, a ser flexível e resistente. Você é minha fonte  
de energia e inspiração.*

*Ao meu esposo **Otávio**,  
por me fazer compreender o verdadeiro sentido da  
palavra “companheiro”, pelo amor e dedicação à  
nossa família.*

*Às mulheres da minha família,  
pelo exemplo de força e determinação diante das  
intempéries da vida: minha mãe **Celma**, minhas irmãs  
**Josélia, Léa, Lana e Diva**.*

*Aos companheiros destas maravilhosas mulheres:  
meu irmão **Francisco**, meus cunhados **Ivan e Gilmar***

*Especialmente à **Profª Drª Sônia Barros**, pela cuidadosa orientação e disponibilidade. Agradeço, sobretudo, pela postura comprometida com o crescimento do orientando, estimulando-o a superar limites.*

*Agradeço à Deus pelos instrumentos que me disponibilizou para superar os obstáculos da vida, que só me fizeram crescer.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Emiko Yoshikawa Egry pela imensurável contribuição para a elaboração e realização desta pesquisa. É admirável sua capacidade de compartilhar a própria experiência.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Jomara Brandini Gomes pela disponibilidade em somar esforços para que o projeto torna-se realidade.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira pelo seu sorriso, por esta disponibilidade em orientar, em ouvir, sempre preocupada com meu bem-estar.*

*À Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Roseni Rosangela Sena, por ter aceitado nosso convite e fazer parte desta história.*

*Às professoras Ana Luisa Arranha e Silva, Luciana de Almeida Colvero e Ana Lúcia Machado, pela recepção e compromisso.*

*Ao grupo, sujeitos da pesquisa, sem o vosso consentimento a pesquisa não seria possível.*

*Às funcionárias da Secretaria de Pós-Graduação da EEUSP, pela atenção que me prestaram todos estes anos, facilitando meu caminho, com muita dedicação e paciência.*

*Às bibliotecária Nadir Aparecida Lopes e Neide Filet, pelo fazer atencioso, pela presteza das informações, pelo carinho no atendimento.*

*À Ivone Borelli, pela dedicação na correção desta tese.*

*Adriana, Ana Eliza, Ani, Arléia, Claudianha, Gledes, Ilda, José Martins, Luciana Benez, Luciana Ribeiro, Margarete, Nicézia, Patrícia, Roberta, Sandra Godoy, Sérgio, Sílvia, Tatiana e Vigonete, meus queridos amigos, com vocês compartilho esta conquista.*

*Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPQ, pelo apoio financeiro.*

## Em homenagem ao grupo



### ERA UMA VEZ

Era uma vez um menininho bastante pequeno que contrastava com a escola bastante grande.

Uma manhã, a professora disse:

- Hoje nós iremos fazer um desenho.

"Que bom!" - pensou o menininho.

Ele gostava de desenhar leões, tigres, galinhas, vacas, trens e barcos... Pegou a sua caixa de lápis-de-cor e começou a desenhar.

A professora então disse:

- Esperem, ainda não é hora de começar!

Ela esperou até que todos estivessem prontos.

- Agora, disse a professora, nós iremos desenhar flores.

E o menininho começou a desenhar bonitas flores com seus lápis rosa, laranja e azul.

A professora disse:

- Esperem! Vou mostrar como fazer.

E a flor era vermelha com caule verde.

- Assim, disse a professora, agora vocês podem começar.

O menininho olhou para a flor da professora, então olhou para a sua flor. Gostou mais da sua flor, mas não podia dizer isso...

Virou o papel e desenhou uma flor igual a da professora. Era vermelha com caule verde.

Num outro dia, quando o menininho estava em aula ao ar livre, a professora disse:

- Hoje nós iremos fazer alguma coisa com o barro.

- "Que bom!". Pensou o menininho.

Ele gostava de trabalhar com barro. Podia fazer com ele todos os tipos de coisas: elefantes, camundongos, carros e caminhões. Começou a juntar e amassar a sua bola de barro.

Então, a professora disse:

- Esperem! Não é hora de começar!

Ela esperou até que todos estivessem prontos.

- Agora, disse a professora, nós iremos fazer um prato.

"Que bom!" - pensou o menininho.

Ele gostava de fazer pratos de todas as formas e tamanhos.

A professora disse:

- Esperem! Vou mostrar como se faz. Assim, agora vocês podem começar.

E o prato era um prato fundo.

O menininho olhou para o prato da professora, olhou para o próprio prato e gostou mais do seu, mas ele não podia dizer isso.

Amassou seu barro numa grande bola novamente e fez um prato fundo, igual ao da professora.

E muito cedo o menininho aprendeu a esperar e a olhar e a fazer as coisas exatamente como a professora.

E muito cedo ele não fazia mais coisas por si próprio.

Então aconteceu que o menininho teve que mudar de escola. Essa escola era ainda maior que a primeira.

Um dia a professora disse:

- Hoje nós vamos fazer um desenho.

"Que bom!" - pensou o menininho e esperou que a professora dissesse o que fazer.

Ela não disse. Apenas andava pela sala.

Então veio até o menininho e disse:

- Você não quer desenhar?

- Sim, e o que é que nós vamos fazer?

- Eu não sei, até que você o faça.

- Como eu posso fazê-lo?

- Da maneira que você gostar.

- E de que cor?

- Se todo mundo fizer o mesmo desenho e usar as mesmas cores, como eu posso saber o que cada um gosta de desenhar?

- Eu não sei. . .

E então o menininho começou a desenhar uma flor vermelha com o caule verde...

Autora: Helen Buckley



LUCCHESE R. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. [Tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

## RESUMO

Atualmente, vários estudos são encontrados na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental que descrevem o descompasso entre o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica e saúde mental e desses com as políticas nacionais de saúde mental. 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. Acresce-se o fato de estarmos inseridos em uma sociedade pós-moderna, em constante transformação, na qual as tradicionais práticas educativas já não sustentam ações para atender as necessidades contemporâneas. A percepção de que os professores ao formularem seus planos e objetivos, para o ensino, acreditam que estão formando enfermeiros competentes para a prática assistencial em saúde mental, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, porém, sem definição do referencial pedagógico que sustente este processo ensino-aprendizagem, motivou este estudo que teve por finalidade confrontar o referencial da pedagogia das competências com o referencial pedagógico dos educadores, sujeitos da pesquisa. Os objetivos foram os de analisar a representação dos sujeitos da pesquisa (docentes e enfermeiros de campo) sobre competência; identificar os conhecimentos necessários e as habilidades que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro para a construção das competências; identificar limites e possibilidades para a construção de competências, para o ensino da prática de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Os elementos teóricos que fundamentaram esta investigação teve como base a “pedagogia das competências” e o referencial teórico-filosófico do materialismo histórico-dialético. Para conhecimento do objeto foram definidas as categorias analíticas *práxis* e *relações sociais de produção*. A coleta de dados realizou-se a partir de grupos focais com os sujeitos da pesquisa (docentes e enfermeiros de campo) e a análise se baseou na técnica de análise de discurso. Foram identificadas as categorias empíricas “Competência: saber administrar uma situação complexa”; “Competência e a mobilização de recursos pessoais e do meio” e “Agir com competência”. A investigação revelou que os enfermeiros têm diversas compreensões sobre competência, mas também, aproximam-se do conceito pedagógico de competência (mobilização de recursos pessoais e do meio para agir eficazmente em um determinado contexto). Os depoentes revelaram uma insatisfação com o modelo pedagógico aplicado na formação geral do enfermeiro e estão num processo de mobilização, de busca de outros modelos. Não conseguiram superar os paradigmas tradicionais, mas, estão em movimento. Pode-se afirmar que o ensino de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental não vem formando para competência; embora alguns discursos já incorporem as novas tendências pedagógicas. Sugere-se que a superação das contradições identificadas no processo passe pela adoção de um modelo fundamentado nos pressupostos da pedagogia das competências.

**Palavras-chave:** Enfermagem psiquiátrica; Saúde mental; Enfermeiros (Formação profissional); Competência profissional; Educação (Enfermagem)

LUCCHESI R. The psychiatric nursing and mental health: the constitution needed to the competences in the nurse formation and practice. [Tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

## ABSTRACT

Nowadays there are many studies in the psychiatric nursing and mental health field that describe the out of proportion reality between the psychiatric nursing/mental health learning and practice besides their divergence with the national mental health politics. This stage is one of the factors that collaborate to the formation of non-critical and little politically active professionals in a Psychiatric Reform context. Furthermore there is the fact that we are inserted in a pos-modern society, in constant transformation, in which the traditional educative practices don't sustain actions anymore to meet the contemporary needs. There was the perception that the teachers, while formulating their plans and objectives to teach, believe that they are forming capable nurses to the practice of assistance in mental health, according to the principles of the Psychiatric Reform. Nevertheless, there isn't a definition of the pedagogical reference that sustain this teaching-learning process. Such situation has motivated this study and its goal is to face the reference of pedagogy of competences with the educators pedagogical reference and considering that educators were search subjects. The goals were to analyze the representation of the search subjects (teachers and nurses with practice) about competence; to identify the needed knowledge and the abilities that must be developed by the nurse to the construction of the competences; to identify limits and possibilities to the construction of competences to the psychiatric nursing and mental health practice learning. The theoretical elements that substantiate this investigation has had as basis the "pedagogy of the competences" and the theoretical-philosophic reference of the historical-dialectic materialism. In order to know the goal the analytical categories *praxe* and *social relations of production* were defined. The collection of data was done from focal groups with the search subjects (teachers and nurses with practice) and the analysis have based in the technique of speech analysis. The empirical categories were identified: "Competence: to know how to deal with a complex situation", "Competence and the personal and environmental resources mobilization" and "To act with competence". The competence revealed that the nurses have diverse comprehensions about competence, but they also approach the pedagogical concept of competence (personal and environmental resources mobilization to act efficiently in a determined context). The deponents have revealed a dissatisfaction with the pedagogical model applied in the general formation of the nurse and they are in a mobilization process, searching other models. They couldn't overcome the traditional paradigms but they are in movement. It is affirmed that the psychiatric nursing and mental health teaching hasn't been forming nurses for competence; although some speeches have already incorporated the new pedagogical tendencies. It is suggested that the overcome of the contradictions identified in the process become a measure of adoption of a model based in the presupposition of the pedagogy of competences.

**KEY-WORDS:** Psychiatric nursing; Mental health; Nurses (Professional formation); Professional competence; Education (Nursing).

LUCCHESI R. La enfermería psiquiátrica y salud mental: la constitución necesaria de competencias en la formación y en la práctica del enfermero. [Tese] São Paulo: Escola de Enfermagem da USP; 2005.

## RESUMEN

Hoy día muchos estudios son encontrados en el área de enfermería psiquiátrica y salud mental que describen el descompás entre la enseñanza y la práctica de enfermería psiquiátrica y salud mental además del descompás de ambas con las políticas nacionales de salud mental. Este escenario es uno de los factores que colabora para la formación de profesionales no críticos y poco actuantes políticamente dentro de un contexto de Reforma Psiquiátrica. Se añade el hecho de que estamos inseridos en una sociedad posmoderna, en constante transformación, en la cual las tradicionales prácticas educativas ya no sostienen acciones para atender las necesidades contemporáneas. Hubo la percepción de que los profesores, mientras formulando sus planes y objetivos para la enseñanza, creen que están formando enfermeros competentes para la práctica asistencial en salud mental, de acuerdo con los principios de la Reforma Psiquiátrica. No obstante, no hay una definición del referencial pedagógico que sostenga este proceso enseñanza-aprendizaje. Esta situación ha motivado este estudio que tuvo por finalidad confrontar el referencial de la pedagogía de competencias con el referencial pedagógico de los educadores, sujetos de pesquisa. Los objetivos fueron analizar la representación de los sujetos de la pesquisa (docentes y enfermeros con práctica) sobre competencia; identificar los conocimientos necesarios y las habilidades que deben ser desarrolladas por el enfermero para la construcción de competencias, identificar límites y posibilidades para la construcción de competencias, para la enseñanza de la práctica de enfermería psiquiátrica y salud mental. Los elementos teóricos que fundamentaron esta investigación tuvieron como base la “pedagogía de las competencias” y el referencial teórico-filosófico del materialismo histórico-dialéctico. Para conocimiento del objeto fueron definidas las categorías analíticas *praxis* y *relaciones sociales de producción*. La colecta de datos se ha realizado a partir de grupos focales con los sujetos de la pesquisa (docentes y enfermeros con práctica) y el análisis se ha basado en la técnica de análisis de discurso. Las categorías empíricas fueron identificadas “Competencia: saber manejar una situación compleja”; “Competencia y la movilización de recursos personales y recursos del medio” y “Actuar con competencia”. La investigación ha revelado que los enfermeros tienen diversas comprensiones sobre competencia, pero también se acercan del concepto pedagógico de competencia (movilización de recursos personales y recursos del medio para actuar eficazmente en un determinado contexto). Los deponentes han revelado una insatisfacción con el modelo pedagógico aplicado en la formación general del enfermero y están en un proceso de movilización, buscando otros modelos. Ellos no consiguieron superar los paradigmas tradicionales, pero están en movimiento. Se puede afirmar que la enseñanza de enfermería psiquiátrica y de salud mental no está formando para competencia, aunque algunos discursos ya incorporen las nuevas tendencias pedagógicas. Se sugiere que la superación de las contradicciones identificadas en el proceso se convierta en la adopción de un modelo fundamentado en los presupuestos de la pedagogía de las competencias.

**PALABRAS-LLAVE:** Enfermería psiquiátrica; Salud mental; Enfermeros (Formación profesional); Competencia profesional; Educación (Enfermería).

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

- Tabela 1** – Dados pessoais dos sujeitos do estudo. Enfermeiros docentes da área de enfermagem psiquiátrica da Escola e enfermeiros dos campos práticos utilizados no processo de formação do aluno. São Paulo, 2005 .....110
- Figura 1** – Determinação social do processo saúde-doença. (Victória, Facchini, Barros et al., 1990) .....162
- Figura 2** – Ciclo de aprendizagem “modelo de Kolb”. Le Boterf (2003) .....173
- Figura 3** – Competência: saber agir, querer agir e poder agir. Le Boterf (2003)....197

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1 .</b> Comparação entre a velha e a nova cultura .....	61
<b>Quadro 2 –</b> Formação profissional dos sujeitos do estudo. Enfermeiros docentes da área de enfermagem psiquiátrica da Escola e enfermeiros dos campos práticos utilizados no processo de formação do aluno. São Paulo, 2005 .....	110
<b>Quadro 3 –</b> Instituições formadoras freqüentadas pelos sujeitos do estudo, de acordo com a titulação. São Paulo, 2005 .....	111
<b>Quadro 4 –</b> Atividades profissionais exercidas pelos sujeitos do estudo. Enfermeiros docentes da área de enfermagem psiquiátrica da Escola e enfermeiros dos campos práticos utilizados no processo de formação do aluno. São Paulo, 2005 .....	111
<b>Quadro 5 –</b> O perfil do profissional: quadro sintético (Le Boterf, 2003) .....	119
<b>Quadro 6 -</b> Os saberes necessários para administrar uma situação complexa na prática da enfermagem psiquiátrica, adaptado a proposta de Le Boterf (2003). São Paulo, 2005 .....	247

## **LISTA DE ANEXOS**

**ANEXO I** - Processo nº 327/2003/CEP-EEUSP, aprovação do Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

**ANEXO II** – Termo de autorização para coleta de dados

**ANEXO III** - Autorização para a coleta de dados da Comissão de Pesquisa da Escola (EEUSP)

**ANEXO IV** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**ANEXO V** – Formulário de Caracterização do Enfermeiro

**ANEXO VI** - Roteiro para elaboração de crônicas com base no relato de uma reunião

**ANEXO VII** – Frases temáticas

***APRESENTAÇÃO***

*“Depois de algum tempo, você aprende a diferença, a tênue diferença entre dar a mão e acorrentar uma alma” ( W. Shakespeare)*

Por exercer a docência, sinto necessidade constante de refletir a respeito de minha prática de ensino, pois, inquieta-me a condição de apenas graduar pessoas para o exercício de uma profissão; quero formar enfermeiros críticos, ativos e reflexivos, agentes de transformação da realidade, profissionais que contribuam para a representatividade e valorização da profissão.

Acredito que a formação desse enfermeiro é possível, assim, tenho buscado nas pesquisas que desenvolvo representações empíricas, fundamentos técnicos, filosóficos e científicos para aprimorar minha *práxis* pedagógica.

Sou professora de enfermagem há mais de 13 anos, iniciei lecionando em um curso de auxiliar de enfermagem; aos poucos fui me preparando para o curso de graduação. Em grande parte, esse preparo foi motivado por meus conflitos de educadora: pois ainda me provoca incômodo verificar o despreparo pedagógico que, muitos de nós, professores de nível superior, enfrentamos, porque, muitas instituições de ensino de graduação empregam o profissional somente com especialização (domínio específico de um conteúdo teórico e ou prático), para assumir disciplinas que reproduzem o conhecimento técnico e teórico da área, negando a necessidade da formação pedagógica e didática desse profissional.

Conforme ampliava minha vivência em sala de aula, sentia meus limites ao compreender mais os mecanismos da aprendizagem, da ação pedagógica, dos métodos de aprendizagem e ensino e, sobretudo, ao implementar a pesquisa como meio primordial para a construção do saber/fazer e compreensão da realidade. Nesse período, percorri algumas áreas de especialidades da profissão, mas, sem dúvida, identifiquei-me no campo da psiquiatria e saúde mental para o qual direciono meus esforços, como pesquisadora.



Quando ingressei no curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, em 1998, tive a oportunidade de projetar e concretizar a pesquisa sobre o processo ensino-aprendizagem na enfermagem. O resultado foi apresentado em minha dissertação que foi norteadada pela técnica do grupo operativo e pela metodologia da pesquisa-ação, apliquei o grupo como estratégia pedagógica e como espaço continente da vivência do aluno quartanista de enfermagem. (Lucchese, 2000).

O referencial teórico como o metodológico permitiram uma intervenção na realidade do aluno em processo de formação. O trabalho indicou caminhos facilitadores do processo ensino-aprendizagem, tornou o ensino mais próximo à vivência do aluno no campo prático e desvendou um espaço otimizador para a aprendizagem e troca das experiências dos alunos, que têm seus sentimentos e representações internas mobilizadas durante sua formação. Além disso, constatei o ensino do funcionamento do próprio grupo “fazendo grupo”, isto é, os alunos apreenderam a técnica de grupo operativo participando do grupo.

Enquanto buscava e procuro respostas para minhas inquietações, consigo ampliar a visão e mobilizar outros questionamentos diante do objeto observado (processo ensino-aprendizagem).

Desse modo, hoje, sinto necessidade de aprofundar estudos sobre as atuais tendências pedagógicas, para romper com o modelo tradicional de educação que privilegia a reprodução da ideologia dominante pela transferência do conhecimento, como um fim em si mesmo, pela pouca flexibilidade dos currículos e rigidez dos papéis do professor e do aluno, fatores que impedem ou dificultam a formação crítico-reflexiva dos profissionais.

Este estudo, materializado como tese de doutorado, representou a continuidade de minha busca de aprimoramento profissional como educadora.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>18</b>
<b>1.1 Situando o ensino, o ensino de enfermagem e enfermagem saúde mental e a necessidade de constituição de competências</b> .....	<b>19</b>
<b>1.2 Objetivos</b> .....	<b>33</b>
<b>2 O ENSINO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL NO BRASIL</b> .....	<b>34</b>
<b>2.1 Aspectos Históricos</b> .....	<b>35</b>
<b>2.2 O ensino da enfermagem psiquiátrica</b> .....	<b>37</b>
<b>2.3 A reorientação do modelo assistencial</b> .....	<b>49</b>
<b>3 O CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL E OS REFERENCIAIS DA PEDAGOGIA DAS COMPETÊNCIAS</b> .....	<b>55</b>
<b>3.1 O contexto histórico e social</b> .....	<b>56</b>
<b>3.1.1 Mudança de paradigma</b> .....	<b>60</b>
<b>3.2 Pressupostos teóricos que norteiam a construção das competências</b> .....	<b>61</b>
<b>3.2.1 Desenvolvimento de competências</b> .....	<b>65</b>
<b>3.2.2 As competências para ensinar</b> .....	<b>71</b>
<b>3.3 A LDB/96 e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem</b> .....	<b>75</b>
<b>3.3.1 As diretrizes curriculares</b> .....	<b>78</b>
<b>4 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	<b>83</b>
<b>4.1 A opção metodológica</b> .....	<b>84</b>
<b>4.2 A lógica dialética como critério de investigação e de integração com a educação</b> .....	<b>88</b>
<b>4.2.1 Categorias analíticas: <i>práxis e relações sociais de produção</i></b> .....	<b>95</b>
<b>4.3 Apresentação da pesquisa</b> .....	<b>99</b>
<b>4.4 Procedimento para coleta dos dados</b> .....	<b>102</b>
<b>5 COMPETÊNCIA: SABER ADMINISTRAR UMA SITUAÇÃO COMPLEXA</b> .....	<b>109</b>
<b>5.1 O conceito de competência</b> .....	<b>119</b>
<b>5.2 O que é uma situação complexa</b> .....	<b>122</b>
<b>5.3 Quais os saberes para administrar situações complexas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental</b> .....	<b>125</b>

<b>6 COMPETÊNCIA E A MOBILIZAÇÃO DE RECURSOS PESSOAIS</b>	
<b>E DO MEIO</b> .....	<b>146</b>
<b>6.1 Competência e mobilização de recursos pessoais</b> .....	<b>153</b>
<b>6.2 Competência e mobilização de recursos do meio</b> .....	<b>180</b>
<b>7 AGIR COM COMPETÊNCIA</b> .....	<b>187</b>
<b>7.1 Saber agir em enfermagem psiquiátrica/saúde mental</b> .....	<b>198</b>
<b>7.2 Querer agir enfermagem psiquiátrica/saúde mental</b> .....	<b>219</b>
<b>7.3 Poder agir enfermagem psiquiátrica/saúde mental</b> .....	<b>222</b>
<b>8 SÍNTESE</b> .....	<b>234</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>251</b>
<b>ANEXOS</b>	

## ***INTRODUÇÃO***

---

## 1.1 Situando o ensino, o ensino de enfermagem e enfermagem saúde mental e a necessidade da constituição de competência

*“O professor só conseguirá adaptar-se a um contexto totalmente renovado, se contestar a si próprio. É reinventando o seu papel, com o auxílio dos alunos, que ele se encontrará em posição de os ajudar do modo mais seguro”. (Gilles Ferry)*

Ao eleger o tema, ensino de enfermagem, especificamente, o ensino de enfermagem em saúde mental para estudo, procuramos descrevê-lo sob um prisma atual, focalizando a educação para a mudança.

Para Freire (1996, p. 43), ensinar exige reflexão crítica sobre a prática, em um movimento dinâmico e dialético entre o fazer e o pensar a respeito desse fazer. O educador deve voltar para si mesmo, adotando uma postura crítica sobre sua formação e, conscientizar-se de que esta deve ser permanente e contínua, acompanhando as transformações da realidade e, assim, exemplifica: “é pensando criticamente a prática de hoje ou de ontem que se pode melhorar a próxima prática”. Assim, sendo reflexivos poderemos trabalhar os fatos ocorridos no dia-a-dia e aproveitá-los para a melhoria de nosso fazer.

De acordo com o Relatório da Comissão Internacional sobre Educação para o Século XXI para a UNESCO, Tarcia (2001, p. 158) reafirma a importância da educação no desenvolvimento dos indivíduos e da sociedade, apontando que, para este século, “tanto indivíduos quanto os poderes públicos considerarão a busca do conhecimento, não apenas como um meio para alcançar um fim, mas como um fim em si mesmo”.

A Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, denominada Diretrizes e Bases da Educação Nacional (L.D.B.) aplicada ao sistema educacional brasileiro trata do discurso oficial da educação vigente em no país, regulamenta os dispositivos constitucionais, referenciando fundamentalmente a organização do sistema educacional brasileiro. O

Capítulo IV dispõe sobre a educação superior e, no Art. 43 descreve as finalidades da educação neste nível e, entre elas, os que seguem:

- I – estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo;
- II – formar diplomados nas diferentes áreas de conhecimento, aptos para a inserção em setores profissionais e para a participação no desenvolvimento da sociedade brasileira, e colaborar na sua formação contínua; [...] (Brasil, 1996, p. 13).

Pela L.D.B., a formação de profissionais ativos na sociedade brasileira é necessária para a atuação em setores profissionais específicos, considerando o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo.

Na sociedade contemporânea, deparamo-nos com várias e ágeis transformações que desafiam as tradicionais práticas educativas, hoje consideradas como burocráticas e que refletem a retenção e a evasão escolar, reafirmando a exclusão social. Romper com esta situação representa um desafio: educar para enfrentar as exigências do mundo contemporâneo por meio do desenvolvimento humano, cultural, científico e tecnológico, com o envolvimento, tanto dos profissionais ligados à educação, das famílias, governantes e entidades de classe. (Severino, Pimenta, 2002).

Neste estudo, é nosso interesse é a formação profissional universitária, que não pode se limitar ao mero treinamento técnico ou à atualização submetida à lógica opressiva do mercado de trabalho.

De acordo com Pimenta e Anastasiou (2002) o ensino na universidade preserva seu papel na construção da sociedade num processo de busca, de construção científica e de crítica ao conhecimento. O ensino superior é designado pelas atribuições que lhe assegurem um ensino crítico para o domínio científico e profissional do campo específico, privilegiando: desenvolver habilidades de pesquisa; proporcionar uma progressiva

autonomia do aluno na busca de conhecimento; elevar o processo de ensino e aprender como atividade integrada à investigação; desenvolver a capacidade de reflexão; abolir a simples transmissão de conteúdos, otimizando o processo de investigação do conhecimento; estimular o trabalho em equipe visando a integrar, vertical e horizontalmente, a atividade de investigação à ação de ensinar do professor; criar e recriar situações de aprendizagem; valorizar a avaliação diagnóstica e compreensiva; conhecer o universo cultural e de conhecimento dos alunos e desenvolver com base neles, os processos de ensino e aprendizagem interativos e participativos.

As autoras citadas utilizaram os referenciais de Chauí e chamam a atenção para o distanciamento das instituições de ensino superior de suas finalidades, como instituição social que vêm adquirindo, cada vez mais, características administrativas. O fenômeno ocorre em detrimento da ação e da prática social que efetivam os princípios de formação, reflexão e crítica, legitimando a autonomia do saber frente à religião e ao Estado. A universidade ao Tornar-se uma entidade administrativa, é regida pelo modelo neoliberal, pautado por idéias de gestão, planejamento, previsão, controle e êxito.

A consciência do docente em relação ao momento histórico e social em que nos encontramos é fundamental, assim, questionamos quais são os paradigmas contemporâneos, para ajustar nossa prática educativa, transformando a dimensão técnica do ensinar. No início desta transformação, observamos ser imprescindível responder a uma questão: para que formamos profissionais com dificuldades para implementar em sua prática o conhecimento apreendido na academia?

Martins e Ide (2001), estudaram os significados da inserção do recém-formado em enfermagem no mundo do trabalho e verificam contradições entre o preparo do profissional e as exigências do campo de atuação. Para as autoras, os princípios norteadores do fazer em enfermagem continuam sendo o bom senso e o imprevisto, pelo

uso de estratégias adaptativas que o recém-formado lança mão para a permanência e sobrevivência no campo, inviabilizando a maturação afetiva e cognitiva.

No início do trabalho do enfermeiro, a experiência é traduzida pelo desgaste pessoal e profissional, levando-o forçosamente a gestos impotentes e baixa da auto-estima. Assim, as autoras finalizam suas observações, relativas à experiência da inserção do enfermeiro, em um duplo espaço de expressão: “o da escola, da violência simbólica inerente ao processo de formação e o do campo cenário de trabalho, ambos identificados pela angústia mobilizada pelo padrão de existência regrada”. (Martins, Ide, 2001, p. 35)

Pinheiro e Rodrigues (1999) realizaram um estudo no qual constataram o ensino-aprendizagem vem sendo objeto freqüente de pesquisas que abordam a melhoria do processo e a promoção do ensino eficiente, pela elaboração e discussão de propostas transformadoras, reflexão da prática e implementação de novos conceitos.

As autoras analisaram o processo ensino-aprendizagem na enfermagem, e verificaram que, no início, este se deu embasado na estratégia de ensino tradicional. Na enfermagem, essa realidade educacional veio se transformando, avançava por intermédio da investigação e compreensão dos conceitos práticos do processo ensino-aprendizagem, conforme o progresso científico avançava, embora muito do ensino tradicional ainda seja aplicado atualmente, não só na enfermagem, mas, nos vários sistemas educacionais no país.

Para rever e questionar o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, voltamos nossos esforços para que possamos perceber o surgimento freqüente de situações negativas que ocorrem no processo de aprendizado nessa área. Assim, é comum depararmo-nos com alunos ansiosos, com “medo” do campo prático, dos pacientes e que passam a empregar um valor místico ao próprio professor ou profissionais que atuam na



área; outros acabam rejeitando a disciplina, evitando o contato com os pacientes e realizando as atividades de campo para cumprimento da grade curricular.

Estas circunstâncias negativas ao ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental foram pesquisadas e identificadas por Vaie (2002), em sua dissertação estudou a vivência do aluno inserido no processo ensino-aprendizagem da disciplina enfermagem psiquiátrica, para entender a complexidade dessa experiência ao estudante. A autora entrevistou alunos que cursavam a disciplina Enfermagem Psiquiátrica, analisou os discursos e concluiu que eles sentem medo de cursar a disciplina em razão das representações que possuem a respeito do doente mental.

Conforme a autora, estes alunos acreditam que o paciente é o indivíduo que o senso comum caracteriza como agressivo, violento, incapaz de discernir entre certo e errado. Ao longo do estágio, os sentimentos vão sendo transformados e dando lugar a uma mudança do pensamento e da atitude do aluno frente ao usuário, à medida que adquire habilidades e técnicas para cuidar do paciente.

Vaie (2002) ressalta nessa transformação as figuras do professor e supervisor, da equipe multiprofissional e da instituição (campo de ensino teórico-prático) que assumem o papel de formação profissional.

Caso não haja sincronia entre essa tríade: professor, equipe e instituição de campo, dificilmente, formaremos enfermeiros qualificados para o trabalho em enfermagem psiquiátrica e saúde mental que se assumam como agentes terapêuticos, pois continuarão a reproduzir um modelo tradicional e arcaico de mantenedores da ordem e de uma assistência controladora.

Para Barros e Egry (2001), as políticas de saúde mental atuais priorizaram um novo e reformista enfoque da assistência ao doente mental, mas, a prática de enfermagem, majoritariamente, ainda ocorre no âmbito hospitalar. Nos casos em que se encontram

enfermeiros, atuando de forma inovadora nos serviços de atenção psicossocial ou ambulatorial ao enfermo, constatamos que este fazer diferenciado foi adquirido na prática, não, na academia.

As autoras referenciadas consideram que existe um distanciamento evidente entre o saber reproduzido nas escolas e o praticado na assistência ao doente mental, resultando na dicotomia entre o pensar acadêmico e o fazer assistencial.

As escolas ensinam relacionamento terapêutico que os educadores consideram como principal instrumento para desenvolvimento da assistência de enfermagem psiquiátrica. Mas, na prática, esses enfermeiros não experienciam o relacionamento terapêutico, pois, tanto estagiaram no processo de formação como irão atuar profissionalmente em hospitais psiquiátricos que mantêm uma assistência medicalizada, ancorada em uma cultura de segregação e exclusão social, nada favorável à aplicação prática do que foi aprendido na escola.

Barros e Egry (2001) descrevem que existe um verdadeiro descompasso entre o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica e saúde mental e desses com as políticas de saúde vigentes no país que pregam a desinstitucionalização do doente mental. Desta forma, mais uma vez o ensino superior está formando profissionais acríticos e pouco atuantes politicamente.

Para Fraga (1993), a enfermagem psiquiátrica ocupa-se basicamente de atividades administrativas, incluindo uma supervisão de caráter controlador e disciplinador, distante da prestação de uma assistência digna ao paciente. Uma enfermagem subordinada ao comando médico e preocupada com prestação de contas, longe daquela idealizada pelas universidades. A autora aponta a não opção pela área, quando o enfermeiro está diante de outra oportunidade de trabalho.

A ansiedade é um dos fatores que interfere no relacionamento terapêutico do enfermeiro-paciente, aluno-paciente, pois surge do medo do desconhecido, das reações e do comportamento do doente mental. (Damasceno, 1991).

Para a autora, o contato com o doente desencadeia ansiedade por tocar nossos núcleos patológicos e ameaçar nosso papel de terapeutas. Relação passiva para o surgimento de processos de transferência/contratransferência comuns nas relações humanas, porém, percebidos como tensos e ansiogênicos pelo aluno ou pelo profissional, levando-os a evitar a disciplina e a área de atuação.

Quanto às dificuldades manifestadas pelos alunos na assistência ao doente mental, Damasceno (1991, p. 121) conclui que não devemos esquecer “que as relações ação-reflexão-ação podem conduzir a uma nova postura, capaz de interferir positivamente na problemática”.

A análise da autora vem de encontro aos questionamentos de Schön (2000): quais competências desejamos desenvolver em nossos educandos; quais os tipos de conhecimento e de saber/fazer nos permeiam; quais tipos de formação poderão nos tornar mais capazes para desempenhar o papel de educadores? O autor cita a necessidade de buscar de uma nova *epistemologia da prática profissional*, diante do conflito educacional entre o *saber escolar* e a *reflexão-na-ação* dos professores e alunos.

Assim, para o autor o “currículo normativo das escolas e a separação entre a pesquisa e a prática não deixam espaço para a ‘reflexão-na-ação’, criando, um dilema entre o rigor e a relevância para educadores, professores e estudantes” (p. vii). A proposta é de uma nova epistemologia da prática que lide mais facilmente com o conhecimento profissional, que deve partir da competência e do talento, especialmente, o “*pensar o que fazem, enquanto o fazem*”.

Houaiss e Villar (2001, p. 1180) conceituam a epistemologia como “reflexão geral em torno da natureza, etapas e limites do conhecimento humano, especialmente nas relações que se estabelecem entre o sujeito indagativo e o objeto inerte, as duas polaridades tradicionais do processo cognitivo: teoria do conhecimento”.

Desse modo, a origem da concepção do saber, numa versão construtivista foi possível verificar. Becker (1997) fundamentado nos trabalhos de Piaget descreveu a teoria da assimilação ou o construtivismo, afirmando que a origem do conhecimento não deve ser buscada nem no sujeito nem no objeto, mas, sim, no fenômeno da assimilação; ou seja, as verdadeiras estruturas do conhecimento resultam do processo de interação real entre o mundo do sujeito e do objeto.

Na concepção construtivista de Piaget, o sujeito tem sua essência ativa, é um ser assimilador que se constitui, como um conjunto de relações, o “sujeito epistêmico só o é na medida em que ele se constitui como tal”. (Becker, 1997, p. 21).

Jonnaert e Borght (2002) concebem a abordagem do processo ensino-aprendizagem é essencialmente socioconstrutivista e interativa; os autores mencionam o posicionamento dos construtivistas ao falarem que o conhecimento é uma cópia fiel da realidade externa do sujeito e seguem a perspectiva de que os conhecimentos são construídos pelo próprio sujeito, apoiados nas experiências presentes e passadas vivenciadas em seu ambiente. No construtivismo, o saber não é transmissível passivamente, mas, é uma contínua construção do sujeito.

Assim, a perspectiva construtivista baseia-se em um duplo postulado: “o sujeito constrói seus conhecimentos por meio de sua própria atividade; o objeto manipulado no curso dessa atividade não é senão o seu próprio conhecimento”. (Jonnaert; Borght, 2002, p. 29).

A respeito da origem do conhecimento, estabelecemos uma visão construtivista justificada pela opção que fizemos do referencial teórico “a pedagogia das competências”. Esclarecemos o termo competência em sua aplicação pedagógica e integrante de uma ampla corrente educacional contemporânea, também, considerada como uma das modalidades das pedagogias do “aprender a aprender” por críticos como Duarte (2001).

Perrenoud (1999, p. 7) considera que competência é a “capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”. Para enfrentar ou solucionar determinadas situações com pertinência e eficácia, precisamos mobilizar vários recursos cognitivos, como saberes, capacidades, informações e outros. O autor afirma que as competências manifestadas nas ações não são, em si mesmas, conhecimentos, mas, sim, que utilizam, integram ou mobilizam estes conhecimentos.

Trabalhar no desenvolvimento de competências segue os princípios pedagógicos construtivistas, emergindo da pedagogia diferenciada que oferece oportunidades fecundas de aprendizagem a cada aprendiz, opondo-se frontalmente à *indiferença às diferenças* nas escolas, que transformam as desigualdades socioculturais em desigualdades de aprendizagem. As pedagogias diferenciadas não são idéias recentes, enraizam-se nos primeiros movimentos de Educação Nova dos anos 70 do século XX e inspiram-se em uma revolta contra o fracasso escolar e as desigualdades, que apenas contribuem para a reprodução das classes e das hierarquias sociais. (Perrenoud, 2000a).

A ausência da ação reflexiva do aluno, tão esperada para a aprendizagem crítica, negligencia, assim, o conceito de competência, que atualmente representa um desafio para o educador em enfermagem.

Para Saeki, Munari, Alencastre et al. (1999), o professor tem por tarefa a formação da competência do profissional para trabalhar com o ser humano, desempenhando o papel

de articular o conhecimento técnico ao desenvolvimento dos recursos internos do futuro profissional na qualidade de humano.

Outro fato freqüente e colaborador da dificuldade em transpor o “conhecimento adquirido” para situações vivenciais, é a conduta não reflexiva do aluno, muitas vezes, quando questionado sobre algum conteúdo teórico em momentos práticos, imediatamente, diz não saber; se diante desta resposta passarmos a instigá-lo a pensar, a associar o fato a outras vivências, aí sim, ele passará a identificar a situação. O “não pensar” no que se faz provoca nos alunos uma reação de inércia; às vezes, deixando-os sem ação, reclamando que a disciplina de enfermagem psiquiátrica é “muito difícil”.

Este relato exemplifica a ausência da construção de competência para atuar em situações práticas no campo de enfermagem psiquiátrica, visto que o aluno não consegue mobilizar recursos, como o conhecimento ou capacidades diante de acontecimentos reais.

É o momento do educador em enfermagem buscar novas estratégias de ensino que proporcionem uma situação de aprendizagem, mediante ações transformadoras. É necessário desenvolver o pensamento crítico e questionador, estimular a liderança, explorar as potencialidades de “ser humano” em cada aluno, empregando estratégias problematizadoras, deixando de lado o ensino tradicional. Chama atenção para a oportuna formação de sujeitos partícipes do processo de transformação social e da enfermagem. (Stacciarini, Esperidião, 1999).

Afinal, questionamos-nos, a quem ou para que interessa a formação de seres acríticos, facilmente manipuláveis? Quais benefícios esse perfil de profissional traz à enfermagem? Pensamos na formação de massa crítica, reflexiva, preparada para a vida em sociedade, como um trabalhador e cidadão.

Para Severino (1994), não podemos negar o compromisso da educação com o trabalho, no sentido de preparar e inserir o indivíduo no universo das relações produtivas.

Assim, a educação é uma modalidade de trabalho que atua na formação desse trabalhador e que se realiza, conforme a prática de trabalho.

Na área da educação em enfermagem, Gomes (2001) estudou a respeito da avaliação emancipatória e auto-avaliação, como caminho para a formação do profissional crítico-reflexivo e contextualiza afirmando:

[...] se hoje se fala em educar as pessoas como o mundo precisa, é importante que se compreenda que este processo, necessariamente, não será uma educação para o conformismo, mas voltada à liberdade e autonomia, fator este que gera personalidades rebeldes, inconformistas, que desejam transformar a realidade na qual estão inseridas. (Gomes, 2001, p. 32-33).

Diante desta problemática, buscamos na pedagogia das competências amparo teórico para a mudança necessária que venha melhorar e atualizar nossos referenciais pedagógicos. Desenvolver a competência nos alunos é prepará-los para a vida na sociedade moderna; torná-los capazes para utilizar, integrar e mobilizar os conteúdos apreendidos em situações práticas do cotidiano na busca da solução de problemas.

Para Perrenoud (2000c, p.1), “os alunos acumulam saberes, passam nos exames, mas não conseguem mobilizar o que aprenderam em situações reais, no trabalho e fora dele...”.

Pela nossa vivência de educadoras consideramos que as aulas práticas em enfermagem são as que mais proporcionam oportunidades para construção das competências nos alunos. Na opinião de Schön

[...] aula prática,... é um mundo virtual. Ela busca representar as características essenciais da prática a ser aprendida, ao mesmo tempo em que capacita os estudantes para que façam experiências sem grandes riscos, variem o ritmo e foco do trabalho e repitam as ações quando lhes parecer útil. (Schön , 2000, p. 133).

O autor também refere que a credibilidade e legitimidade da aula prática estão ligadas a sua ocorrência em um mundo próprio: cultura, linguagem, norma e rituais. Ao usar esse conceito no ensino de enfermagem, concordamos com a necessidade das aulas práticas serem realizadas em campos reais, compatíveis com a condição sociopolítico-cultural da assistência à saúde mental brasileira.

Para realizar a tarefa de mudar atitudes para construir competências nos alunos, precisamos do embasamento pedagógico do professor de enfermagem. Seja qual for a tendência pedagógica escolhida entre as diversas existentes, é importante que atenda às exigências de formação do profissional e que, sobretudo, respeite o aluno.

Consideramos fundamental que o educador em enfermagem vá em busca de estratégias de ensino que favoreçam o desenvolvimento da competência dos futuros profissionais. O professor trabalhar por meio da resolução de problemas, propondo projetos e tarefas desafiadoras e complexas, incitando os alunos a mobilizarem seus conhecimentos. Ao professor, cabe ser reflexivo, inovador e explorar uma pedagogia diferenciada. (Perrenoud, 2000c).

Aprender não se faz apenas por um processo cognitivo, mas também requer atitudes, habilidades e competências. Na busca de operacionalizar esse processo, acatamos as orientações de Masetto e Abreu (1990), pois para a aprendizagem acontecer, é imperativo que seja significativa para o aprendiz, que relacione seu universo de conhecimentos, experiências, vivências.

Só, assim, o aluno pode formular problemas e soluções que de algum modo o interessem, envolvam-no ou que lhe digam respeito. Esta visão de ensino promove: a participação com responsabilidade; a vivência de entrar em confronto com problemas práticos e relevantes, de natureza social, ética, profissional; a transferência do que



aprendeu na escola para outras circunstâncias e situações de vida; modificações no comportamento e, até mesmo, na personalidade do discente.

Diante desta visão “ampliada” do que seria educação significativa ao educando, deparamo-nos com nossas próprias limitações e, ao mesmo tempo, lutamos para superá-las.

Assim, na fase chamada de transição por Pimentel (1993), que é descrita, como a que encaixa a maioria dos professores no mundo científico, identificamos a ambigüidade entre as tendências pedagógicas tradicionais e as de um paradigma emergente são percebidas (abordaremos estes paradigmas no Capítulo 3).

Os paradigmas emergentes surgem dialeticamente pela superação e questionamento dos modelos positivistas; muitos deles são responsáveis por revoluções científicas, como as protagonizadas por Einstein, Marx e Freud.

Identificar-se na ambigüidade e complexidade de ser e ter ora paradigmas emergentes, ora tradicionais gera questionamentos, pois, enquanto temos idéias de buscar novas práticas para formar enfermeiros reflexivos e críticos, muitas vezes, percebemo-nos tomando atitudes cristalizadas em um modelo tradicional, que foram internalizadas em nosso próprio processo de formação. O educador precisa romper conceitos, inovar e ousar.

Para Pimentel (1993), o momento é de crise do paradigma científico moderno, no qual predomina o positivismo, pois já existem educadores que rompem com os conceitos modernos de ciência e conhecimento em suas práticas e não trabalham com as dicotomias tradicionais, mas, sim, buscam a construção de novas formas de ensino por meio da crítica e da criatividade:

[...] abrem trilhas, ensaiam, experimentam, ousam. Sofrem em suas vidas, na sua condição existencial, as repercussões da condição epistemológica da ciência: mudam sua concepção de vida, de homem, de sociedade, de conhecimento e de ensino. Não tem certezas, mas buscam em sua práxis a coerência das verdades descobertas. (Pimentel, 1993, p. 34).

Na condição de educadoras em enfermagem, compartilhamos o sentido desafiador e questionador do fazer docente e das instituições formadoras, quanto ao preparo do aluno para enfrentar situações práticas por meio do próprio potencial, sobretudo aquelas que envolvem a relação com o outro no ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental, e de como esse preparo vem inferindo na escolha e atuação do profissional no campo de trabalho.

A proposta deste estudo fundamenta-se na necessidade de buscar novos pressupostos pedagógicos para a construção da competência no aluno de enfermagem, frente às dificuldades percebidas nele para mobilizar o aprendido, diante de situações práticas vivenciadas no ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

Questionamos, também, nossa postura como docentes e propomos um diálogo dialético entre a prática e o ensino da assistência de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, nas quais docentes e enfermeiros trabalhadores possam indicar um caminho para a identificação e construção das competências necessárias, para o enfermeiro atuar eficazmente em situações reais na saúde mental.

Estudos como os de Barros e Egry (2001), Colvero (1994) têm demonstrado que os alunos de enfermagem não aplicam o conhecimento adquirido no processo ensino-aprendizagem de enfermagem psiquiátrica e saúde mental na prática assistencial e, muitos, quando possível evitam a escolha da área para atuar como profissionais.

Em tese, os professores quando formulam seus planos de ensino e objetivos acreditam que estão formando enfermeiros competentes para a prática assistencial em saúde mental, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica. O referencial adotado por esta pesquisa pôde ser confrontado com o referencial pedagógico desses professores no espaço grupal, buscando-se a constituição do saber e saber/fazer que reconstruir planos de

ensino, de forma a construir competências que possibilitarão ao aluno e ao enfermeiro uma prática transformadora.

Por meio desta pesquisa, nossa pretensão foi avançar na constituição do conhecimento sobre as competências no ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental, baseada no referencial teórico da pedagogia das competências e, para tanto, tivemos como objetivos:

## **1.2 Objetivos**

- A - Analisar a representação dos sujeitos da pesquisa (docentes e enfermeiros de campo) sobre competência;
- B - Identificar os conhecimentos necessários e as habilidades que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro para construção das competências de intervenção no processo saúde-doença, no ensino da prática de enfermagem psiquiátrica e saúde mental;
- C - Identificar limites e possibilidades para a construção de competências com base nas representações dos sujeitos trabalhadas nos grupos focais e do referencial teórico “pedagogia das competências”.

Norteadas pela linha do pensamento histórico-dialético, passamos a descrever nos capítulos seguintes o percurso histórico e social do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e da pedagogia das competências.

***2 O ENSINO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E SAÚDE***

***MENTAL NO BRASIL***

---

## 2.1 Aspectos históricos

*Ao fim do século XV na Europa: “Foi justamente o princípio do fim do campesinato como classe e o declínio dos ofícios artesanais que vieram selar a sorte do louco e elevar a loucura à categoria de problema social”. (Resende, 2000).*

No Brasil o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental manteve íntima relação com a evolução da assistência ao doente, portanto, também, foi influenciado historicamente pelas mudanças e transformações internacionais do modo de perceber o doente, a doença mental e o cuidar do enfermo.

O ensino e a assistência são interdependentes, tornando-se impossível realizar uma cisão lógica e histórica para separá-los e descrevê-los. Sendo, assim, resolvemos resgatar neste capítulo, parte da história na qual observamos a assistência ao doente influenciando a prática do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no país e vice-versa.

Durante toda da Antigüidade e Idade Média, o louco gozou de uma relativa liberdade que Resende (2000) chama de “tolerância das sociedades pré-capitalistas”, justificada por algumas razões: o pequeno número de doentes advindo de populações reduzidas e da curta duração média de vida das pessoas, não permitindo que determinadas doenças, próprias da idade madura e da velhice, aparecessem.

O conceito restrito de doença mental direcionado apenas aos aspectos comportamentais da loucura, as atividades produtivas da época, baseadas na agricultura e no artesanato, compreendiam as variações individuais, respeitando o tempo e o ritmo psíquico de cada trabalhador, portanto, ser apto ou inapto para o trabalho não era um determinante do normal ou do anormal.

Até o século XVIII, o doente mental convivia na sociedade, muitas vezes, abandonado, não compreendido, mas, livre, em alguns casos, famílias abastadas mantinham seus loucos em casa sob guarda.

A partir deste século, o “louco” inicia um longo processo de exclusão social, visto que passou a ser privado do convívio social, pois representava uma ameaça à paz e à ordem social, esta situação perdurou por mais dois séculos.

No século XIX, consolidam-se as práticas asilares e florescem as terapias medicamentosas, eletroconvulsioterapia, choque insulínico, lobotomia e contenção física e estadas em solitárias.

No Brasil, as circunstâncias que determinaram a assistência ao doente mental foram semelhantes às da Europa, embora os fatos aqui tenham ocorrido tardiamente. Até o século XVIII, o doente mental desfrutou de um significativo grau de “tolerância social” e de “relativa liberdade”, situação transformada pelas exigências da vida social e econômica do Brasil Colônia, que passa a reprimir os indivíduos ou grupos que não conseguem adaptar-se a um novo contexto político-socioeconômico. (Resende, 2000).

De acordo com o autor, a conduta social do período do Brasil Colônia estava determinada a reprimir a ociosidade que perturbava a paz e impedia o crescimento da economia, transformando-se nas circunstâncias da emergência da loucura e da pessoa do louco à condição de problema social, justificando as proposições de criação de instituições para controlá-los e, eventualmente, tratá-los.

Assim, as Santas Casas passam a incluir entre seus hóspedes, os doentes mentais, destinando-lhes tratamento diferenciado dos demais: pois eram trancados em porões, sem assistência médica; aos que não eram atendidos nesse local, restava-lhes as prisões, onde o doente dividia celas com criminosos, bêbados e arruaceiros.

Nessas instituições hospitalares, o cuidado com o “louco” era restrito, incluindo a alimentação e, às vezes, o vestuário. Não havia uma assistência especializada; em contrapartida, o doente era entregue a guardas e carcereiros, jogado em porões fétidos, sofria maus tratos como espancamento e contenção em tronco, como forma de tratamento de seus delírios e agitação, o índice de mortalidade era alto. (Gussi, 1987; Tavares, 1997; Barros, Egry, 2001).

A situação perdurou desde a criação do hospício D. Pedro II, em 1841, até as últimas décadas do século XX, quando as maiores frentes de indignação à assistência ao portador de sofrimento psíquico (profissionais da área da saúde, familiares e doentes) vieram a público e iniciaram um movimento para mudar a situação de maus-tratos, superlotação dos hospitais asilares e inovação dos modelos assistenciais. Não que, atualmente, estes fatos não existam, mas já contamos com muitos avanços na assistência à saúde mental e, também, no ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

## **2.2 O ensino da enfermagem psiquiátrica**

Para apreensão do objeto de estudo desta pesquisa, o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental é necessário para recuperação histórica dos fatos que mobilizaram e mobilizam mudanças, desde a educação ministrada na primeira escola para enfermeiros, perpassando pela estrutura asilar de assistência e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica e políticas da saúde mental.

Com o discurso de melhoria da assistência psiquiátrica do Hospício D. Pedro II, enfermeiras francesas foram convidadas para solucionarem os problemas, assim, criou-se a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras pelo Decreto nº 79, anexa ao Hospício, no período, chamado Hospício de Alienados.

Nesta Escola, não foram encontrados registros das enfermeiras francesas, mas sabemos que os médicos do hospital ministravam aulas e do currículo constavam noções práticas de propedêutica clínica, noções gerais de anatomia, fisiologia, higiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiais a certas categorias de enfermos, aplicação balneoterápicas, administração interna e escrituração de serviço sanitário e econômico das enfermeiras. (Rocha, 1992).

Para Tavares (1997), a criação da Escola Dona Ana Nery, em 1923, nos moldes nightingalianos, quando houve a institucionalização do ensino de enfermagem no Brasil, não houve interesse pelo ensino de enfermagem psiquiátrica:

Nesse período, o ensino e a prática de enfermagem está voltada essencialmente para a atuação no campo de saúde pública, condizente com as necessidades do momento. O saber de enfermagem psiquiátrica não era contemplado nos currículos das escolas e sua prática continuava a ser desenvolvida independente do ensino formal da enfermagem nos moldes prevalentes da época. (Tavares, 1997, p.22).

Fernandes (1982) relata que, por volta de 1941, algumas escolas de enfermagem já se dedicavam ao ensino de enfermagem psiquiátrica em um contexto de franca expansão dos hospitais asilares, voltados a uma assistência de isolamento, disciplinadora e vigilante. O doente mental era concebido como elemento nocivo, causador de danos à sociedade; como tratamento recebia o eletrochoque, insulinoaterapia e o choque vespertino. A enfermagem atuava na vigilância, controle, no auxílio aos tratamentos (eletrochoque e insulinoaterapia), administração de medicação e contenção.

Em 1949, com a Lei nº 775 e o Decreto nº 27.426, torna-se obrigatório o ensino de enfermagem psiquiátrica nos cursos de graduação em enfermagem, porém, a minoria das escolas de enfermagem oferecia estágios na área, quando a prática ocorria, os campos eram precários. (Fernandes,1982; Tavares, 1997).



Tavares (1997) descreve a década de 50 do século XX por meio de dois grandes marcos, o primeiro é o surgimento dos neurolépticos e antipsicóticos, e o segundo, a utilização da psicanálise. As drogas determinaram a medicalização do doente e a psicanálise induziu a valorização dos aspectos psicológicos do comportamento humano, refletindo em uma tímida relação dos aspectos clínicos da doença com os psicológicos. Mesmo diante de tais avanços, os hospitais asilares continuam a crescer motivados pelo poder público e a assistência de enfermagem mantém-se controladora e disciplinadora.

A autora continua sua descrição passando para a década de 60 do século XX, marcada pela deterioração do governo populista, e a assistência psiquiátrica era voltada ao indigente, foi ampliada à classe trabalhadora e seus dependentes. Emerge a privatização dos leitos hospitalares (cresce o número de hospitais psiquiátricos privados financiados por recursos públicos) e a rede ambulatorial representa a porta de entrada à hospitalização. O ensino de enfermagem psiquiátrica pouco muda, continua voltado ao plano biológico da doença.

Fernandes (1982) analisou os programas de ensino de enfermagem psiquiátrica, no período de 1930 a 1964, verificou a ênfase dada aos aspectos clínicos da doença mental, envolvendo terapêuticas biológicas e hospitalocêntricas.

Nos anos que se seguem, houve uma relativa mudança com a inserção dos princípios da psiquiatria preventiva, baseados na unidade de higiene mental e movimentos da assistência de enfermagem, buscando noções sobre drogas e transtornos mentais. Os programas de ensino abordando terapia familiar e relacionamento terapêutico, atividades grupais e comunidades terapêuticas.

Na década de 1970, a crise da previdência e com os recursos financeiros reduzidos para manter a hospitalização o meio encontrado foi reduzir a hospitalização, forçando a ampliação da rede ambulatorial de assistência. O Ministério da Saúde criou programas para

capacitação de recursos humanos, ampliação do acesso à demanda, iniciou um discurso de promoção e participação progressiva da comunidade. No ensino de enfermagem psiquiátrica, continua o enfoque clínico-organicista. (Tavares, 1997).

Delgado (2000) destaca o Congresso de Psiquiatria em Camboriú - Santa Catarina em 1978, o Primeiro Encontro Nacional de trabalhadores em Saúde Mental – janeiro de 1979 e o III Congresso Mineiro de Psiquiatria em Belo Horizonte, em 1979, como três dos acontecimentos significativos à consciência da necessidade de um processo de mudança da assistência ao doente mental, por parte dos profissionais da área.

Nesse último evento ocorrido em Minas Gerais, foram expostas reportagens que desvelavam a condição subumana, na qual viviam os pacientes do Hospital-Colônia de Barbacena, abalando a opinião pública e extrapolando os limites do Estado. Franco Baságli (psiquiatra, pioneiro na luta antimanicomial na Itália) estava presente no Congresso e comparou a situação a um “campo de concentração”.

O final dessa década e dos anos de 1980 são marcados por uma grande crise econômica mundial, fazendo com que as políticas sociais brasileiras fiquem delegadas a segundo plano, mobilizando a opinião pública. Assim, emergem os movimentos populares que reivindicam melhores condições de vida, como o da Reforma Sanitária, cujos princípios são consolidados na VIII Conferência Nacional da Saúde, em 1986, que representou a base de sustentação para posterior efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Como não poderia ser diferente, também, surgem os movimentos populares que lutam por uma melhor assistência psiquiátrica, influenciados por movimentos internacionais, como os da Itália (Franco Baságli). Neste contexto, inicia-se uma longa luta pela desospitalização do doente e pela busca de sua cidadania. (Tavares, 1997)

O alto grau de insatisfação dos profissionais de saúde passa a ser manifestado por meio das produções teóricas da época, os maiores manifestantes eram os médicos, seguidos de uma mínima vanguarda de enfermeiros. Este quadro é justificado por Fernandes (1981) pela dificuldade do enfermeiro lutar pela transformação de seu trabalho, por sua relação com o paciente, por não ter consciência de seu lugar na sociedade e pela importância de seu papel, apontando para a necessidade de uma discussão e ou reflexão da prática de enfermagem na área de saúde mental.

Em 1981, conforme autora, a enfermagem estava envolvida com reformulações sociais da época que lhe impunham a necessidade de reforma, objetivando, na condição de prática social, o desempenho de suas funções políticas, ideológicas e econômicas. Como superestrutura político-ideológica, a enfermagem participa da normalização dos comportamentos considerados desviantes, na prevenção e atenuação das tensões sociais, visando ao controle e manutenção da ordem; além de participar da manutenção e recuperação da força de trabalho em nível das empresas prestadoras de serviços e da indústria farmacêutica como superestrutura econômica.

Mesmo, assim, a autora revela em seu estudo que a enfermagem psiquiátrica passava por um quadro de escassez, mantendo em sua prática atitudes repressivas e autoritárias, reproduzidas também nos ambulatórios de assistência ao doente.

No período, Sena (1985) afirma que o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental:

[...] continua desligado do conjunto global no processo saúde-doença, cuja tendência dominante está centrada na assistência hospitalar, refletindo, assim, as tendências da medicina organicista de reforçar as ações curativas em detrimento das preventivas”. (Sena, 1985, p. 393).

A autora considera impossível diagnosticar por quanto tempo ainda o ensino de enfermagem psiquiátrica continuaria restrito ao campo hospitalar, “isolado das demais disciplinas, setorizando o saber que se reforça no que é biológico e curativo”.

Em um artigo publicado em 1987, Gross e Casagrande (1987), fazem uma breve descrição das quatro tendências que traduzem uma perspectiva mais otimizada da época para o ensino e prática da enfermagem psiquiátrica: a primeira, diz respeito a ampliar o número de indivíduos assistidos pela enfermagem psiquiátrica, preocupando-se com a inovação dos conceitos e métodos científicos norteados pela promoção da saúde, prevenção e tratamento.

A segunda visa assistir ao indivíduo em todo o ciclo de vida, isto é, atender as necessidades humanas em todas as fases do crescimento e desenvolvimento até a morte, considerando a participação do usuário no planejamento, execução e avaliação dos serviços de saúde. Como terceira tendência, é citada a extensão de cobertura da assistência à saúde em seus três níveis, recrutando os recursos individuais e coletivos da comunidade para obtenção do melhor resultado.

O ensino de enfermagem psiquiátrica que, até então, se caracterizava como hospitalocêntrica, embasado no modelo biomédico, começou a surgir avanços. A crítica ao velho modelo estava presente, já se percebia uma tendência de mudança, pelo menos, no discurso, visando a um redimensionamento e ampliação da assistência de enfermagem, incluindo os três níveis de assistência à saúde e a preocupação com o usuário, contando com a participação da comunidade.

A conquista de melhor qualidade assistencial ao portador de transtorno mental teve um marco no projeto de Lei nº 3.657/89, do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsiva. Aquele momento foi integrante do

processo de Reforma Psiquiátrica brasileira, que se inicia com os movimentos populares e de trabalhadores na saúde mental, passa pelo movimento antimanicomial que instituiu o dia 18 de maio como o Dia Nacional da Luta Antimanicomial, mobiliza usuários e familiares e veio ganhando força, espaço de expressão e existência até os dias atuais. (Delgado, 1992).

Para Amarantes (1994, p.43), a Reforma Psiquiátrica brasileira teve importantes desdobramentos, a partir da década de 80 do século XX, que a definem como “o conjunto de iniciativas políticas, sociais, culturais, administrativas e jurídicas que visam transformar a relação da sociedade para com o doente”.

Assim, a reforma psiquiátrica almejada busca transformações amplas, envolvendo o saber médico-psiquiátrico e as relações sociais nos campos da ética, da cultura e da cidadania.

O autor cita alguns obstáculos para a Reforma Psiquiátrica: os concentrados na ação controladora da indústria farmacêutica e da mídia que manipulam pesquisas, propagandas e a própria política de saúde ao ser ditada pela política industrial de consumo, pois prevalece o lucro. Outro obstáculo é descrito como a “indústria da loucura”, marcada pelo alto índice de hospitalização psiquiátrica, gerada por um sistema da saúde falido e corrupto, sobrevive da fraude e do superfaturamento.

Assim, na década de 1990, notamos que o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental recebeu bastante influência das diretrizes da Reforma Psiquiátrica, surgindo contradições na forma de abordar saberes e práticas. Encontramos relatos de experiências que lutam em busca de mudanças e reflexão sobre a prática assistencial, outros estudos que concluem resistências às mudanças.

Pelas leituras de publicações nos anos 90 do século XX, verificamos o trabalho de Braga, Rodrigues (1994) que criticou os currículos de enfermagem, que se voltavam para

capacitar o enfermeiro a atender as necessidades físicas e ou biológicas do ser humano, destacando a tímida tentativa da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica fugir dessa visão organicista.

O trabalho das autoras concretizou um fato demonstrativo dessa tentativa, pois buscou evidenciar e analisar a visão e as expectativas das alunas do curso de enfermagem da Universidade Federal do Ceará, diante da disciplina em questão. A pesquisa revelou as expectativas das alunas, tais como: aprender a lidar e cuidar do doente; adquirir e ampliar conhecimentos; superar sentimentos de medo, receio e ansiedade em relação ao doente mental e aprender como a enfermagem atua.

Outra publicação que chama a atenção, foi de Stefanelli, Rolim, Teixeira et al. (1996), que parte da reflexão sobre a reestruturação da atenção psiquiátrica nos moldes da Reforma Psiquiátrica preconizada pela Declaração de Caracas. A reflexão é traduzida na expressão da necessidade de um novo paradigma, que fundamente novas práticas de enfermagem.

Para tanto, as autoras obtiveram dados sobre o ensino de enfermagem para posterior discussão e elaboração de um documento, com diretrizes gerais que pudessem nortear o ensino de enfermagem em saúde mental. Este estudo do tipo descritivo-exploratório envolveu o relato de docentes de várias escolas de enfermagem, espalhadas pelo território brasileiro e forneceu dados para um panorama geral da assistência psiquiátrica nacional.

Os docentes revelaram a vivência de ensino em vários equipamentos de assistência psiquiátrica, como: ambulatórios especializados de saúde mental, emergências psiquiátricas em pronto-socorro de hospital geral, enfermarias psiquiátricas em hospital geral, hospital-dia, casa de apoio, unidades básicas de saúde, pensões abrigadas, centros de convivência, unidade para moradores, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), oficinas de expressão, serviço de alfabetização e outros.

Conforme as autoras, nos serviços de saúde mental da Região Sul, existem locais onde não há mais hospitais psiquiátricos, e o Rio Grande do Sul é o primeiro Estado da Federação que tem a Lei da Reforma Psiquiátrica. Mesmo diante da diversidade de serviços substitutivos da hospitalização e as mobilizações para a reforma, os educandos de enfermagem psiquiátrica pesquisados afirmam que existe predominância da assistência ao portador de transtorno mental no modelo hospitalocêntrico asilar e na farmacoterapia.

Barros e Rolim (1996) realizam uma extensa avaliação da lei do exercício profissional e sua contemplação no ensino teórico-prático da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

As autoras demonstram preocupações pertinentes à adequação dos termos e intervenções ensinadas aos alunos: redefinem o relacionamento terapêutico, como uma prescrição de enfermagem a ser utilizada em uma consulta de enfermagem; prescrições a serem indicadas a comportamentos e sintomas específicos; a gravidade do paciente relaciona-se ao risco que ele representa a si mesmo e à sua qualidade de vida; a “intervenção em crise” e o “relacionamento terapêutico” são classificados, como cuidados de enfermagem de maior complexidade; além de se preocuparem com assuntos, como: emergência psiquiátrica, políticas de saúde mental, programas de saúde mental, trabalho em equipe, ambiente terapêutico e criticam duramente o não desenvolvimento prático do conteúdo sobre saúde mental com a postura dos docentes que não relacionem as políticas de saúde mental com os trabalhos desenvolvidos nas diferentes instituições assistenciais.

Em 1996, Barros em sua tese trabalhou com o aspecto do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental não ter incorporado o discurso oficial da política de saúde mental. Na pesquisa, a autora procurou desvelar a prática desse ensino, expressa nos discursos de docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a respeito da assistência em saúde mental. Como resultado, sumariamente, elucidou concepções do

fenômeno saúde-doença, como processos distintos, entre o normal e o patológico, isto é, a saúde foi relatada como a ausência da doença, a adaptação e o equilíbrio; a doença como própria do homem, manifesta pelo comportamento e pelos problemas de inter-relação. (Barros; Egry, 2001).

No estudo mencionado, surgiram dois modelos de atenção, na concepção dos docentes sujeitos da pesquisa: o da psiquiatria que cuida da doença e o da saúde mental fundamentada na psiquiatria preventiva. Conclui que a assistência de enfermagem é voltada a um homem a-histórico, buscando atender a doença manifestada pelo comportamento do paciente. O ensino preocupa-se com o processo ensino-aprendizagem do relacionamento terapêutico, que é inviável na prática, já que o aluno estagia em hospital psiquiátrico, lugar nada terapêutico.

O referido estudo cita que o saber produzido no ensino não é reproduzido na assistência dos enfermeiros que acabam por atuar em locais, onde o relacionamento terapêutico não é aplicável, reafirmando o descompasso existente entre o ensino e a prática de enfermagem em saúde mental e, desses, com as políticas de saúde da área.

A tese de Kantorski (1998) fundamentou-se no trabalho de Barros e Egry (2001) e consistiu em reconhecer a reprodução dos saberes e práticas dominantes no ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, relevando suas contradições, movimentos e mudanças geradoras de resistência num contexto de Reforma Psiquiátrica. Para tanto, a autora parte de três pressupostos, o primeiro:

[...] ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental porta uma contradição intrínseca à sua constituição, que se refere à reprodução de modos de pensar e agir que correspondem à ideologia dominante... existindo em seu interior um espaço de disputa contra-ideológica em que saberes e práticas antagonísticos são trabalhados e construídos". (Kantorski, 1998, p. 16)



O segundo:

[...] saberes e práticas que fundamentam a reforma psiquiátrica diferenciam-se de referencial da psiquiatria tradicional ainda hegemônico e dos saberes e práticas dos movimentos reformistas tais como a psicoterapia institucional, a psiquiatria de setor, a comunidade terapêutica, a psiquiatria preventiva ou comunitária, por gerar propostas e ruptura com a reprodução do modelo manicomial e aglutinar outros sujeitos – enfermeiros – docentes e alunos, entre outros – em torno do desafio de transformação de modelo vigente[...] (Kantorski, 1998, p. 18).

E o terceiro:

[...] a possibilidade de docentes e alunos aproximarem-se das propostas e espaços institucionais que se propõem a construir cotidianamente um modelo assistencial pautado nos preceitos de reforma psiquiátrica constitui um caminho de confrontos e de recriação do conhecimento, que poderá contribuir para uma reflexão e para que os atores sociais (professores, alunos e demais trabalhadores de saúde) constituíam-se no processo contra-ideológico enquanto sujeitos sociais [...] (Kantorski, 1998, p. 20).

Kantorski (1998) observou a relação entre as quatro universidades públicas do Rio Grande do Sul com a Reforma Psiquiátrica e apontou as amarras na discussão e comprometimento do processo de mudança, traduzidas na rigidez dos currículos e programas das disciplinas da área nos limites da formação dos docentes e na ocultação das diferenças internas.

Conforme a autora, a adesão ao processo de reforma não partiu das instituições de ensino e, sim, de alguns sujeitos e atores sociais pesquisados, pela aproximação das discussões e práticas diferenciadas, mobilizadas pelo inconformismo e resistência aos saberes e práticas psiquiátricas dominantes.

Para Barros e Egry (2001, p. 82) o

[...] movimento de reforma psiquiátrica brasileira e as diretrizes políticas em saúde mental têm direcionado esforços no sentido de ampliar os recursos extra-hospitalares e de melhorar a qualidade de assistência nos hospitais psiquiátricos.

Como resultado cresce o número de estruturas substitutivas à hospitalização do portador de transtornos mentais em São Paulo, e as autoras observam que o enfermeiro vem trabalhando nessas estruturas de forma criativa, reflexiva e ativa, definindo seu papel.

No contexto atual de transformação da assistência à saúde mental no Brasil, o ensino de enfermagem psiquiátrica também direciona esforços para a qualificação do profissional. Como exemplo, o trabalho de Barros, Aranha e Silva, Lopérgolo et al. (1999) que relata a experiência embasada nas diretrizes das recentes políticas de saúde mental, quando empenhadas em estimular práticas de ensino, renovaram o ensino da assistência na área de saúde mental na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Por meio do Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA), firmaram um convênio entre instituições públicas, formadoras e assistenciais e reestruturaram os estágios da disciplina que, eram realizados em hospitais psiquiátricos e passaram de modo gradativo a incluir outros serviços assistenciais, abrangendo o ensino sistematizado em um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

As autoras afirmam que esta

[...] experiência redimensionou a relação dos alunos com usuários, técnicos e sua identidade profissional: pelas trocas efetivas, pela diversidade de intervenções, pelo aprendizado e interlocução com o serviço, pela inserção do docente na gestão do projeto, transformando o processo ensino-aprendizagem num encontro criativo e reflexivo. (Barros, Aranha e Silva, Lopérgolo et al.1999, p.198).

No ensino de enfermagem psiquiátrica, as atitudes inovadoras são descritas por Villa e Cadete (2000) que iniciaram uma atividade de ensino e extensão com a participação do docente de enfermagem psiquiátrica em serviços de atenção à saúde mental não hospitalar, denominados de Centros de Referência em Saúde Mental, na cidade de Belo Horizonte.

Os alunos que vivenciaram este processo de mudança descreveram o aprendizado de forma bastante otimizada, como “uma nova concepção de atendimento em saúde mental”, “a cidadania como direito do doente”, “a reflexão entre a teoria e a prática”, “assistência direta prestada pelo enfermeiro” e “sentimentos diversos, entre eles, a perda do medo”.

Para as autoras, os discentes declararam que presenciando este modelo de assistência, foi possível apreender um atendimento à saúde mental, norteado por uma nova concepção da loucura, fundamentado no resgate da cidadania; viram o enfermeiro atuando, efetivamente, na assistência, visualizando as vias de aplicação de conhecimento específico da área, contribuindo com o serviço, assim como na desmistificação da loucura.

### **2.3 A reorientação do modelo assistencial**

Este subitem foi extraído da III Conferência Nacional de Saúde Mental (Ministério da Saúde, 2001), intitulada “Cuidar sim, excluir, não”, realizada em 2001, com o objetivo central estabelecer uma nova diretriz à saúde mental no país. Esta conferência foi temário decorrente da 11ª Conferência Nacional de Saúde, onde foram debatidos: o financiamento das ações de saúde mental, a fiscalização e supervisão do parque hospitalar psiquiátrico e demais equipamentos assistenciais, o ritmo de implantação e criação dos novos serviços extra-hospitalares e de novas estruturas de suporte, a desinstitucionalização de pacientes com longo tempo de hospitalização, a formação de recursos humanos adequados às novas estruturas de atenção em saúde mental, entre outras.

A Conferência teve interesse em discutir a formação de recursos humanos voltados a uma assistência que atenda a atual demanda no campo da saúde mental, trazendo como tema emergente “Reorientação do Modelo Assistencial”.

Abordar essa discussão vem ao encontro de nossos anseios, como educadoras e pesquisadoras, pois apontam caminhos para reorientação de nossa prática de ensino, tendo em vista a adequação e aproximação do ensino com o campo de trabalho.

A III Conferência pode ser situada como uma continuidade do processo de Reforma Psiquiátrica brasileira e das conferências que a antecederam. A I Conferência foi em 1987, sob o contexto da 8ª Conferência Nacional de Saúde que determinou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Neste evento, buscou-se a superação de um modelo assistencial hospitalocêntrico, baseado no modelo médico-psiquiátrico, que representava alto custo, ineficácia, iatrogenia e era transgressor dos direitos humanos fundamentais. (Ministério da Saúde, 2001).

Em 1992, ocorreu a II Conferência Nacional de Saúde Mental que representou um marco significativo na história recente da política de saúde mental, aprofundando as críticas ao modelo hegemônico e formalizando o esboço de um novo modelo assistencial. (Ministério da Saúde, 2001).

nos anos que se seguiram à II Conferência, houve muitos avanços, entre eles, destacamos as experiências dos municípios em implementar novos modelos de assistência voltados às diretrizes da reforma, à criação de novas práticas de cuidado, considerando a complexidade do sofrimento mental. Além de melhor relação com o usuário e a família, como também a criação de novos processos de trabalho e inserção local, a criação e a potencialização de redes sociais e de suporte, acesso aos direitos e de participação na vida pública, a inclusão de modalidades assistenciais ao hospital psiquiátrico na tabela de financiamento do Ministério da Saúde. (Ministério da Saúde, 2001).

Mas ainda há muito a ser feito, como descrito no relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental ao referenciar o eixo temático na questão da “Reorientação do Modelo Assistencial” que passou a indicar a

[...] necessidade de avaliar o momento atual e elaborar propostas, estratégias e metas para que efetivamente possamos transformar o modelo atual, consolidando a implementação, no contexto do SUS, de um modelo de atenção em saúde mental totalmente substitutivo ao manicomial, que seja humano, eficaz, de amplo acesso, de qualidade, cidadão e com controle social. (Ministério da Saúde, 2001, p. 20).

No panorama atual, os pontos que requerem maior empenho da assistência são ressaltados: a parcela populacional que não tem acesso à atenção em saúde mental no contexto SUS; a necessidade de aprofundar temas, como a atenção às pessoas com abuso ou dependência de substâncias psicoativas, a atenção à população em situação de rua, a atenção à criança, ao adolescente e aos idosos. Existe um grande número de pessoas institucionalizadas, há mais de um ano. O número de leitos em hospitais psiquiátricos ainda é considerado alto; a constatação freqüente dos direitos humanos em hospitais psiquiátricos feita pela Comissão dos Direitos Humanos da Câmara dos Deputados.

A criação dos serviços substitutivos à hospitalização ainda é em número insuficiente diante da demanda; os recursos financeiros são locados em sua maioria para a hospitalização psiquiátrica, uma pequena parcela é direcionada aos serviços substitutivos. Existe necessidade de redirecionamento de recursos para implementação das redes municipais de atenção e de projetos e ações que viabilizem o fortalecimento do poder contratual dos usuários, o acesso aos direitos, à ampliação das redes sociais e de suporte e à efetiva participação na vida pública. (Ministério da Saúde, 2001).

Segundo o relatório final da III Conferência

[...] para que tenhamos um modelo de cuidar e não de exclusão, é necessário que, definitivamente, possamos ultrapassar o modelo atual. Para que possamos construir saberes, práticas e culturas que possam concretizar, de fato, a insígnia 'Cuidar sim. Excluir não'. (Ministério da Saúde, 2001, p. 21).

Um dos pontos fundamentais destacados pela III Conferência para a construção do novo modelo assistencial é o de “Recursos Humanos” (gestão com pessoas), pensando nas dimensões que compõem as potencialidades das pessoas, isto é, nos processos que podem enriquecer ou restringir estas potencialidades na elaboração, desenvolvimento e inserção nas políticas e projetos públicos. Todo esse processo envolve, tanto a análise da situação atual dos trabalhadores no contexto SUS, como a compreensão dos problemas atuais e a elaboração de respostas, novas formas de cuidado do sofrimento, da relação dos profissionais com os usuários, familiares e comunidade e, entre os próprios profissionais. (Ministério da Saúde, 2001).

É interesse desta pesquisa mencionar outra questão fundamental ao processo de transformação assistencial, que foi discutida pela III Conferência (Ministério da Saúde, 2001, p. 23), pois o processo de formação e capacitação dos trabalhadores, abrangendo programas de formação já existentes e a serem propostos, indica diretrizes de formação para o serviço público, o SUS, a reforma e a reorientação do modelo assistencial. Assim, no relatório final é descrito: “a construção de um novo modelo de atenção requer uma profunda transformação nas formas de compreensão e abordagem dos fenômenos e das problemáticas do campo de saúde mental, em uma direção interdisciplinar”.

Esta discussão inclui a formação universitária dos profissionais de saúde e, sobretudo, aqueles ligados à saúde mental, sendo duas necessidades emergentes: a descentralização da formação e a promoção da articulação da universidade com o serviço, para o desenvolvimento de projetos integrados de ensino, pesquisa e assistência/extensão. As propostas de capacitação visam a criar e estabelecer bases para um programa nacional permanente de capacitação que contemple, tanto as necessidades e problemáticas locais, como as diversas formas de produção do saber e as relações entre os atores da reforma. (Ministério da Saúde, 2001).

Um dos recentes avanços para a Reforma Psiquiátrica foi concretizado pela promulgação da Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Dentre os direitos garantidos aos doentes mentais no Art. 2º da Lei, destacamos os parágrafos

VIII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;

XI – ser tratada, preferencialmente, em serviço comunitários de saúde mental. (Ministério da Saúde, 2001, p. 48).

Esta Lei privilegia o tratamento da pessoa portadora de transtorno mental em serviços extra-hospitalares e regulamenta a hospitalização, quando for necessária, conforme o disposto no Art. 4º “- A internação, em qualquer de suas modalidades, só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes” (Ministério da Saúde, 2001, p. 49). Esclarece que a hospitalização deve ter como finalidade a inserção do doente em seu meio; deve oferecer assistência integral, com serviços médicos, sociais, psicológicos, ocupacionais, de lazer e outros. Ao paciente em estado de dependência institucional, sua reabilitação psicossocial assistida e a continuidade de tratamento sob responsabilidade da autoridade sanitária competente e supervisionada por instância definida pelo Poder Executivo são garantidas; e fica vedada a internação de pacientes em instituições com características asilares.

Podemos concluir que vivemos uma nova fase do processo de Reforma Psiquiátrica e de Saúde Mental no Brasil, na qual temos leis em vigor que garantem os direitos das pessoas que sofrem transtornos mentais e, ao mesmo tempo, sedimentam esforços da luta antimanicomial nacional, promovendo a desinstitucionalização e o incentivo aos serviços terapêuticos extra-hospitalares.

Sem dúvida, é momento do ensino repensar suas estratégias, redimensionando sua ação para as diretrizes estabelecidas na III Conferência Nacional de Saúde Mental e nas Leis de Saúde Mental, pois, representam o norte da prática assistencial e os profissionais devam ser competentes para atuarem.

O próximo capítulo traz como título “O contexto histórico-social e os referenciais da pedagogia das competências”, na qual apresentamos o quadro teórico da pesquisa, uma pedagogia fundamentada nos pressupostos teóricos do construtivismo.



**3 O CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL E OS REFERENCIAIS**  
**DA PEDAGOGIA DAS COMPETÊNCIAS**

### 3.1 Contexto histórico e social

*“Somos professores, nossa proposta é participar de forma construtiva da educação de nossos alunos. Porém temos como tarefa maior, talvez como um desafio, não reproduzir o que vivenciamos quando alunos, por vezes até os dias de hoje, pois somos eternos estudantes dentro da profissão que escolhemos como caminho de vida. Afinal, trabalhamos com o material mais precioso: o ser humano”.*(Allessandrini, 2002).

O referencial teórico deste estudo foi conduzido pelos pressupostos norteadores da Pedagogia das Competências, também, conhecida por alguns autores, como a pedagogia do “aprender a aprender”. Para melhor compreensão desse referencial, que foi tratado de forma breve no primeiro capítulo, descreveremos mais detalhadamente a Pedagogias das Competências. A construção das competências tem seus princípios fundamentados no Construtivismo e, por isso, resgataremos seu surgimento.

Para Moretto (2003, p. 28), antes do século XVI, as crenças religiosas representavam o aparelho conceitual que permitia conhecer a realidade. Uma de suas expressões é que durante “quinze séculos, pelos menos, os homens seguiram as verdades da forma, como eram escritas em livros sagrados, entre eles, a Bíblia”.

No século XVII, início da Idade Moderna, existiu a aspiração de uma pedagogia realista e até universal; a principal tendência foi a busca de métodos diferentes que tornassem a educação mais agradável e eficaz na vida prática. Mesmo assim as escolas continuaram a ministrar um ensino conservador, berço da escola tradicional, que privilegia até a atualidade o ensino a poucos.

O século XVIII é conhecido como século das Luzes, pois significava o poder da razão humana de interpretar e reorganizar o mundo, resultando em grandes transformações na Europa e significativas contribuições à pedagogia. Este período histórico revelou-se muito rico em reflexões pedagógicas que podem ser agrupadas em três tendências fundamentais: os enciclopedistas, o naturalismo de Rosseau e a pedagogia idealista de

Kant, e os dois últimos lançaram bases influentes aos educadores dos séculos XIX e XX. (Aranha, 1996).

No século XVIII, conforme Rosa (2002) estão cravadas as raízes do construtivismo que

[...] filho do movimento iluminista, fiel defensor da capacidade humana de guiar-se pela razão e, através dela, criar e recriar o mundo. Isso se não ousássemos retornar ainda mais no tempo, buscando na maiêutica de Sócrates inspiração para um modelo metodológico construtivista. (Rosa, 2002, p.40-41).

No Brasil, a educação que abrange os séculos XVI até XVIII, foi marcada pelo ensino jesuítico, voltado ao ensino médio, imprimindo o ideário católico na concepção de mundo dos brasileiros.

No entanto, no século XVIII, a Europa via-se diante de grandes transformações sociais e políticas, o Brasil continuava com sua aristocracia agrária escravista, economia baseada na agropecuária, contexto que nada contribuiu para avanço na educação que permaneceu precária e com alto índice de analfabetismo.

O Marquês do Pombal expulsa dos jesuítas e o quadro agrava-se, causando um retrocesso do sistema educacional brasileiro, pois o início da reforma pombaliana deu-se uma década mais tarde. (Aranha, 1996).

No decorrer do século XIX, no período do Império brasileiro, D. João VI toma providências que privilegiam o ensino superior para atender a necessidade de formar oficiais do exército e da marinha, prevalecendo uma situação educacional precária aos demais níveis e a desvalorização do ensino feminino. (Aranha, 1996).

No âmbito político e social, o século XX foi marcado por transformações mundiais intensas, e não poderia ser diferente com a educação que tem como ponto determinante inúmeras críticas ao modelo de escola tradicional que perdurava desde o século XVIII.

O movimento escolanovismo surgiu com a *Escola Nova* que buscou superar a rigidez e a valorização da memorização dos conteúdos (para melhor descrever a escola tradicional, optamos fazê-lo no próximo subitem deste capítulo), pregando uma escola mais realista e adequada às transformações mundiais.

Neste século, também, conhecemos as obras de grandes pedagogos construtivistas que reconhecem o

[...] conhecimento como uma *construção* contínua, entremeada pela invenção e descoberta, e por isso nem é inato, nem apenas dado pelo objeto, mas antes se forma pela interação entre ambos. Daí o construtivismo também ser visto como uma concepção *interacionista*. (Aranha, 1996, p. 184). (grifos do autor)

Historicamente surge o construtivismo, diante de um contexto social de mudanças tecnológicas, automatização, supervalorização do trabalhador intelectual, criativo e ativo, tornando ineficaz o ensino por transmissão de conteúdo. Cambi (1999) considera este período, como uma “virada psicopedagógica” e seus intérpretes foram: Piaget, Vigotski e Bruner.

Para Becker, o construtivismo é:

[...] a idéia de que nada, a rigor está pronto, acabado, e de que, especificamente, o conhecimento não é dado, em nenhuma instância, como algo terminado. Ele se constrói pela interação do indivíduo com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais; e se constitui por força de sua ação e não por qualquer dotação prévia, na bagagem hereditária ou no meio, de tal modo que podemos afirmar que antes da ação não há psiquismo nem consciência e, muito menos, pensamento. (1993, p. 88-9).

No construtivismo, a questão epistemológica é a origem do conhecimento que se adere ao *interacionismo*, com o sujeito no papel central na produção do saber. O aprendiz é o sujeito de sua própria aprendizagem, é capaz de conduzir sua compreensão do mundo, é como se dissesse aos educadores: “sejam o centro do processo de ensino: criem, junto com

os alunos, os seus próprios caminhos; descubram alternativas pedagógicas em sala de aula”. Só trabalhando é que se descobre o caminho. (Rosa, 2002, p. 49).

Para Zabala (2002) a concepção construtivista da aprendizagem parte da natureza social e socializadora da educação e emprega uma série de princípios que permitem compreender a complexidade do processo ensino-aprendizagem, articulando a atividade intelectual na construção do conhecimento.

O autor citado, valoriza a rede de esquemas de conhecimento, que são as representações que uma pessoa possui em um dado momento de sua existência; e fundamenta-se em Vigotski para conceber a intervenção pedagógica, como uma ajuda ao processo de construção do próprio estudante por meio de uma intervenção favorável ao desenvolvimento do aprendiz.

No Brasil, os primeiros movimentos de massa do século XX estavam mais preocupados em firmar o trabalho do que exigir escolas elementares, diante da necessidade dos migrantes das áreas rurais buscarem trabalho nas áreas urbanas, em. Após a Segunda Guerra Mundial, na década de 50 do século XX, foram verificados movimentos populares nas grandes cidades (Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Porto Alegre) reivindicando escolas. Diante desse contexto, as escolas para o povo são criadas, porém sem qualquer adaptação à nova clientela. (Matui, 1995).

Em meados da década de 1980, o construtivismo passou a ser mais estudado no Brasil, configurando debates e até a reestruturação teórica e pedagógica de ensino; como exemplo, a implantação do Ciclo Básico na rede estadual em 1984. Atualmente, esta nova proposta é bem mais difundida, embora seus fundamentos e pressupostos ainda sejam pouco compreendidos. (Rosa, 2002).

Na década de 1980, a sociedade brasileira também passa por um lento processo de democratização, ao final do regime militar.

Em 1964, com o golpe militar, os brasileiros perderam o poder de participação e crítica, obscureceu a vida cultural, silenciou os intelectuais e artistas e intimidando professores e alunos. Após vinte anos do regime político-administrativo, a população brasileira constrói a redemocratização do país e concretiza ganhos econômicos e sociais significativos na Constituição Federal de 1988; que são acompanhados pela ampliação dos espaços públicos e da escola pública, gratuita, laica, unitária e universal. (Aranha, 1996).

Na década de 1990, alguns setores da sociedade civil brasileira passaram a se expressar com maior autonomia, denunciando a corrupção e os desmandos do governo, exigindo os direitos dos cidadãos.

No campo educacional houve grande valorização dos estudos pedagógicos, com implantação de diversos projetos pedagógicos, além de núcleos de estudos e pesquisa. Mas a autora relata que ainda há muito a ser feito, como instalar uma política educacional decente; com a valorização dos professores e uma escola de qualidade para todos. (Aranha, 1996)

No ano de 2000, Cambi (1999) situa a pedagogia em uma complexa fermentação, isto é, um saber em transformação, em crise e em crescimento, atravessando várias tensões e desafios, marcados pela autocrítica e “desmascaramento” de muitas de suas estruturas. A pedagogia e ou educação atual está revendo sua própria identidade à procura de um equilíbrio, dando, às vezes, a impressão de oscilação e mesmo de confusão, enfrentando problemas de convivência social e de projeção política.

O panorama contemporâneo referente à questão educacional, sinteticamente apresentado, evidencia o movimento desencadeado que leva a uma mudança paradigmática descrita na seqüência do texto.

### **3.1.1 Mudança de paradigma**

Entendemos como paradigma

[...] um modelo, um conjunto de idéias e valores capaz de situar os membros de uma comunidade em determinado contexto, de maneira a possibilitar a compreensão da realidade e a atuação a partir de valores comuns... Nesse sentido uma crise de paradigma se define pela mudança conceitual dos modelos que satisfaziam essa comunidade, ao mesmo tempo que a caracterizavam. (Aranha, 1996, p. 235-236).

Um paradigma define o quadro de referencia de uma comunidade de pesquisadores por um tempo determinado. No interior desse quadro de referencias, esses pesquisadores encontram a maneira de definir não só os problemas diante das quais se encontram, como também as respostas fornecidas por outros pesquisadores a problemas similares. Assim, de algum modo, um paradigma fornece uma concepção do mundo amplamente reconhecida. (Jonnaert. Borgh, 2002, p. 24).

Inicialmente, evidenciamos a existência de mudanças culturais e paradigmáticas necessárias, para que possamos compreender os caminhos trilhados pela pedagogia das competências. Para isso, utilizaremos um quadro comparativo entre a velha e a nova cultura, em razão do seu valor didático e sintético sobre a questão:

**Quadro 1 .** Comparação entre a velha e a nova cultura.

VELHA CULTURA	NOVA CULTURA
Excelência, exclusiva para a elite	Igualdade de oportunidade, diversidade de tratamento
Currículo enciclopédico, por conteúdo, disciplinalizado	Currículo enxuto, contextualizado, por competências
Ensinar para hierarquia escolar	Ensinar para a vida
Ensino e liberdade de ensino	Aprendizagem e direito de aprender
Avaliação do aprendido para selecionar poucos	Avaliação para aprender e incluir todos
Burocrática, cumprimento formal de obrigações	Flexibilidade, comprometida com o resultado
Homogeneizadora	Acolhedora e utilizadora da diversidade
Excludente	Inclui pela e com a diversidade

Fonte: Mello (2003, p. 30-31).

Toda essa mudança cultural sintetizada no quadro apresentado provoca uma crise de paradigma.

Para Alessandrini (2002), os novos paradigmas revelam-se cada vez mais convincentes em sua argumentação e na solidez maleável que preenchem as antigas lacunas educacionais que, atualmente, demandam novos preenchimentos. A base de tudo isso está na evolução, pois o tempo passa, as realidades se transformam, e o que era bom, o que acreditávamos ou a maneira como fomos educados, já não corresponde mais aos novos anseios.

As mudanças exigidas são muitas e seguem um movimento contemporâneo que vem ocorrendo em vários países. Comparando o novo paradigma com os princípios da educação brasileira, Mello (2003) descreve que: os princípios filosóficos eram baseados no direito de aprender. No novo paradigma, mantém-se esse direito acrescido de uma estética de sensibilidade, política de igualdade e a ética da identidade em todos os trabalhos.

Para o autor, o conteúdo sempre foi tratado como um fim em si mesmo, no novo paradigma é visto como um meio para desenvolver competência.

No velho paradigma, o conhecimento esteve fragmentado, compartimentado, valorizando o ensino de regras, fatos, definições, acúmulo de informações desvinculadas da vida dos alunos, de caráter enciclopédico, privilegiando a memória e a padronização. Em contrapartida, a nova forma de se conceber o conhecimento é integrando-o pelo trabalho interdisciplinar e pela contextualização, privilegiando a construção de conceitos, e o entendimento, a teoria e a prática são aplicados no cotidiano do aluno, com ênfase na produção e na sistematização do sentido.

O velho paradigma tratou o currículo de forma fracionada, estática e linear, a mudança requer um currículo integrado, vivo e em rede, proporcionando a oportunidade de conhecer, fazer, relacionar, aplicar e transformar. Toda a organização curricular que ocorria por disciplinas, agora deve ser por áreas de conhecimento, eixo organizacional, tema gerador e conjunto de competências. A sala de aula foi, até então, vista como um



espaço de transmissão e de recepção do conhecimento, pelo novo paradigma é um espaço privilegiado de reflexão, de situações de aprendizagem vivas e enriquecedoras. (Mello, 2003).

As comparações não param por aí, Mello (2003) fala também das atividades que eram rotineiras, favorecedoras da padronização da resolução e as pesquisas iguais a cópias, as mudanças requerem atividades centradas em projetos de trabalho e na resolução de problemas para desenvolver competências, a pesquisa é igual, busca informações em várias fontes na resolução de uma determinada situação-problema com espontaneidade e criatividade.

No novo paradigma, o papel do professor sofre várias transformações, reconduzindo aquele tradicional transmissor de conhecimento, determinador do conteúdo a ser trabalhado sem levar em conta as necessidades que surgem em sala de aula, para um facilitador da aprendizagem do aluno e da construção dos sentidos, gerenciador da informação, reflexivo, aquele que avalia e ressignifica sua prática pedagógica, incentivador da estética da sensibilidade que zela pela política da igualdade e pela ética da identidade.

A função do aluno também é alvo de mudanças, aquele que era passivo, receptáculo do conhecimento descontextualizado, que não sabe porquê e para quê estuda determinados conteúdos, passa a ser visto como ser ativo e participativo na construção do conhecimento. (Mello, 2003).

No velho paradigma, a avaliação era classificatória e excludente, geradora de dados que possibilitam apenas avaliar a capacidade do aluno em reter informações; no novo paradigma assume um caráter formativo e diagnóstico do ensino e aprendizagem, apontando dificuldades e possibilitando intervenções pedagógicas, gerando dados que possibilitam avaliar o desenvolvimento das competências (Mello, 2003).

Durante o processo, a avaliação deve permitir que possamos escolher o melhor caminho diante das dificuldades encontradas, proporcionar condições para gerenciamento das diferenças, integrando os alunos com dificuldades. Nas palavras de Alessandrini a

[...] avaliação formativa consiste em explicar instrumentos capazes de regular a ação pedagógica, pois estabelece critérios de observação e avaliação qualitativas que permitem ao professor-educador ter acesso e compreender o que está acontecendo sob o ponto de vista qualitativo, nos processos de aprendizagem em que está participando. (Alessandrini, 2002, p. 163).

O livro didático era um fim em si mesmo, com atividades previsíveis e padronizadas, deve ser considerado um entre vários recursos didáticos (jornais, revistas, vídeos, computadores, CD-ROM, objetos do cotidiano). (Mello, 2003).

Até aqui, falamos do paradigma que orienta a reflexão dos autores que trabalham com o referencial teórico do construtivismo e com a abordagem pedagógica das competências. Entre estes autores, destacamos a preocupação de Mello (2003, p. 32), quanto à formação dos professores para atuarem sob o novo paradigma: “como podem os professores ser protagonistas da transformação pedagógica necessária para melhorar a da educação básica se, eles próprios não recebem uma educação prática e teórica de qualidade?”.

Perrenoud (1999) considerada a abordagem por competência como uma questão que, ao mesmo tempo, é de *continuidade* e de *ruptura*. De continuidade, porque faz parte do processo de evolução do mundo, das fronteiras, das tecnologias e dos estilos de vida que hoje requerem flexibilidade e criatividade dos seres humanos trabalhadores. Portanto, as escolas têm como missão desenvolver a inteligência como capacidade multiforme da adaptação às diferenças e às mudanças. De ruptura com aquela pedagogia, que não prepara o indivíduo para enfrentar situações reais, e sim, para prestar exames; um distanciamento das rotinas pedagógicas e didáticas, das compartimentações disciplinares, da segmentação

do currículo, do peso da avaliação e da seleção, das imposições da organização escolar que nada contribuem para construir competências.

Para o autor, trabalhar para constituir competência requer transformações na identidade do professor, em sua relação com o saber, na maneira de dar aulas e no próprio desenvolvimento de suas competências (descreveremos mais adiante as competências a serem desenvolvidas pelos professores).

A abordagem por competências convida os professores a considerar os conhecimentos, como recursos a serem mobilizados. A trabalhar regularmente por problemas; a criar ou utilizar outros meios de ensino. A negociar e conduzir projetos com seus alunos; a adotar um planejamento flexível e indicativo e improvisar. A implementar e explicar um novo contrato didático; a praticar uma avaliação formadora em situação de trabalho; a dirigir-se para uma menor compartimentação disciplinar.

### **3.2 Pressupostos teóricos que norteiam a construção de competência**

A seguir, descreveremos alguns pressupostos e ideais que norteiam a pedagogia das competências, sempre voltados aos princípios construtivistas que apontam caminhos para a construção do saber.

#### **3.2.1 Desenvolvimento de competências**

A discussão em torno do conceito de competências está registrada por volta da década de 1980, surgindo ao mesmo tempo do movimento das transformações paradigmáticas. Como toda mudança, é marcada pelas críticas de estudiosos que se opõem ao desenvolvimento de competências por avaliarem que elas colocam o ensino a serviço da economia e por representar um elemento dominante nas empresas. Perrenoud (2003) rebate essas críticas com a afirmação:

A competência não pertence ao mundo empresarial, nem ao mundo do trabalho. Ela está no cerne de toda ação humana individual ou coletiva. Frequentamos a escola para sair dela, para podermos utilizar tudo o que aprendemos na vida pessoal, política, cultural, associativa, econômica, profissional. (informação verbal)<sup>1</sup>

Outro mal-entendido é considerar que a abordagem pedagógica por competências não passa de um deslocamento conceitual da qualificação à competência. Jobert (2003, p. 222) preocupado com essa “simplificação” da noção de competência, tenta distingui-la da noção de qualidade: ser qualificado significa que o indivíduo possui saberes e habilidades codificados para ocupar uma função ou cargo. Desse modo, “a qualificação aparece como uma construção social, cujo fundamento é o saber, mas um saber relativamente separado de suas condições efetivas e concretas de aplicação”.

Para o autor citado acima

[...] a competência expressa a capacidade de obter um desempenho em situação real de produção. Interessando-se pela situação de efetivação da atividade, não se está mais ao lado da teoria, isto é, da forma como as coisas supostamente se apresentam e se regulam, mas da prática[...] (Jobert, 2003, p. 222).

Jobert (2003) reporta-se ao indivíduo, às próprias habilidades, a seus saberes tácitos (definidos, a seguir, neste capítulo), requisitados no momento em que o contexto da ação não corresponde aos padrões de referência.

Na opinião de Machado (2002), por vivermos em uma sociedade na qual o conhecimento representa o principal fator de produção, alguns conceitos são esperados que transitem entre o setor de economia e de educação. Um desses conceitos é o de competência que aparece no discurso administrativo da economia do conhecimento, com o significado da capacidade de transformar uma tecnologia em um produto atraente para o

---

<sup>1</sup> Informação de Perrenoud 3º Seminário Internacional de Educação; 2003 fev 21-22; São Paulo (SP)].

consumo, disponibilizando o conhecimento às empresas e a empreendedores visando ao lucro. A noção de competência para a educação é bem mais ampla e fecunda.

Para definir a abrangência do termo, Perrenoud (2003) em sua conferência cita Le Boterf

A competência não é um estado. É um processo. Se a competência é um 'saber agir', como funciona? O operador competente é aquele que consegue mobilizar e colocar em prática, com eficácia, as diferentes funções de um sistema que abrange recursos tão diversos quanto operações de raciocínio, conhecimentos, ativações de memória, avaliações, capacidades relacionais ou esquemas comportamentais. Esta alquimia permanece ainda, amplamente, uma *terra incógnita*. (informação verbal)<sup>2</sup>

Ao referenciar o trabalho de Gardner, Nogueira (2002, p. 44) ressalta a inteligência como um espectro da competência em suas múltiplas faces, comparando-a a um cristal a sofrer polimento para intensificar seu brilho, pois no seu conceito todas as inteligências poderão e deverão ser desenvolvidas. É revelando e resolvendo os problemas que o sujeito descobre caminhos, possibilidades e rotas para alcançar objetivos. Cada pessoa possui um espectro ímpar, como uma impressão digital, formada pelas características genéticas em relação às vivências, aos estímulos com a história de vida e o desenvolvimento das competências de cada um.

Uma competência é constituída de três componentes:

[...] refere-se a uma mesma família de situações de um mesmo tipo, com uma mesma estrutura (por exemplo: não conseguir colocar em funcionamento um determinado tipo de aparelho, ser acusado injustamente, ter que encontrar uma solução equânime para o conflito);  
[...] supõe a utilização de recursos cognitivos relativamente específicos, não havendo competência se todos os recursos necessários tiverem que ser construídos, se todos os saberes tiverem que ser aprendidos, se todas as capacidades tiverem que ser desenvolvidas, se todas as informações pertinentes tiverem que ser coletadas;

---

<sup>2</sup> Informação de Perrenoud 3º Seminário Internacional de Educação; 2003 fev 21-22; São Paulo (SP).

[...] passa por uma espécie de treinamento no sentido de mobilizar e adaptar tais recursos para que seja possível decidir e agir corretamente e, além disso, mobilizá-los com uma segurança, uma rapidez e uma tranquilidade suficientes. (Perrenoud, 2003). (informação verbal)<sup>3</sup>

Para a construção de uma competência, são mobilizados recursos cognitivos, entre eles, os saberes, as capacidades ou habilidades e outros recursos mais normativos. Os saberes são os conhecimentos declarativos (fatos, leis, constantes ou regularidades da realidade), os conhecimentos procedimentais ou processuais (saber como fazer, aplicativo de métodos e técnicas), os conhecimentos condicionais (saber quando intervir de uma determinada maneira) e as informações, “saberes locais”. (Perrenoud, 2003, 1999).

Formar em competência não significa descartar o conhecimento, nem tampouco uma competência é o próprio conhecimento. As competências utilizam, integram ou mobilizam o conhecimento em situação de ação. Perrenoud (1999) afirma que a:

[...] construção de competências, pois, é inseparável da formação de esquemas de *mobilização* dos conhecimentos com discernimento, em tempo real, ao serviço de uma ação eficaz. Ora, os esquemas de mobilização de diversos recursos cognitivos em uma situação de ação complexa desenvolvem-se, estabilizam-se ao sabor da prática...Os esquemas constroem-se ao sabor de um *treinamento*, de experiências renovadas, ao mesmo tempo redundantes e estruturantes, treinamento esse tanto mais eficaz quanto associado a uma postura reflexiva. (1999, p.10) (grifos do autor)

O conjunto de esquemas constituído pelo indivíduo em um determinado momento de sua vida, confere-lhe o que Bourdieu<sup>4</sup> (1972 apud Perrenoud, 1999, p. 24) chamou de *habitus*:

[...] um sistema de disposições duráveis e transponíveis que, integrando todas as experiências passadas, funciona a cada momento como uma matriz de percepções, apreciações e ações e torna possível a execução de

---

<sup>3</sup> Informação de Perrenoud 3º Seminário Internacional de Educação; 2003 fev 21-22; São Paulo (SP).

<sup>4</sup> Bourdieu P. Esquisse d'une théorie de la pratique. Genebra,: Droz, 1972.

tarefas infinitamente diferenciadas, graças às transferências analógicas de esquemas que permitem resolver os problemas da mesma forma.

A competência entraria com a função de orquestrar um conjunto de esquemas; esse “orquestrar esquemas” é melhor traduzido por Alessandrini (2002), como um diálogo constante e contínuo entre redes de esquemas na busca de desvendar estratégias possíveis que criam e constroem respostas atuais para situações novas ou antigas.

As competências de uma pessoa vão sendo construídas, mediante as situações práticas que enfrentam com uma certa frequência. Ao longo de nossa vida, deparamo-nos com situações que vão se agrupando, promovendo uma *construção pragmática e intuitiva de tipologias de situações*, e para cada tipo de conjunto apela-se para uma competência específica. (Perrenoud, 1999).

Nesta concepção, o especialista tem reconhecido sua supremacia de ação, isto é, o especialista, por viver várias vezes, uma determinada situação, age com mais rapidez e segurança, coordena e diferencia rapidamente seus esquemas de ação e conhecimentos diante de uma situação inédita. (Perrenoud, 1999).

Machado (2002) chama a atenção para a valorização da dimensão tácita do conhecimento por considerá-lo, muitas vezes, subestimado pelo educador, sobretudo no momento da avaliação. O autor fala da diferença entre o conhecimento explícito e o tácito, o primeiro é o emergente, aquele que podemos observar e que representa uma pequena parcela do potencial da pessoa; o outro, diz respeito ao que está imerso e não consegue ser transmitido, é muito mais abrangente que o anterior.

Segundo o autor, é necessário que encontremos canais de emergência do tácito no explícito, para que não ignoremos a maior parte do potencial inerte da pessoa; as competências representam um caminho para a integração do conhecimento, articulando seus pares tácitos e ou explícitos.

O autor, também, faz sua caracterização da idéia de competência, utilizando três elementos: a *personalidade*, referindo à semântica da palavra que se destina a pessoas, e não a objetos ou artefatos, “as pessoas é que são ou não competentes”; o segundo elemento é justamente o *âmbito* em que ela se exerce, o contexto, no qual ela se realizará, as competências são entendidas como potenciais desenvolvidos sempre em um contexto de relações disciplinares e, prefigurarão ações implementadas em determinado âmbito de atuação.

O último elemento essencial para uma competência é a noção de *mobilização* de saberes, já mencionada nos parágrafos anteriores deste capítulo, em uma concepção virtual da ação, da capacidade de recorrer ao que se sabe, para alcançar o projetado, o desejado.

Voltando ao segundo elemento, caracterizado por Machado (2002), como *âmbito*, vale elucidar que, no âmbito educacional, as competências são manifestadas e realizadas por meio das *habilidades*, e cada feixe de habilidades caracteriza uma competência específica, como se fossem microcompetências. Para Alessandrini (2002)

[...] a competência manifesta-se em um conjunto, por meio da articulação de diversas habilidades [...] representa o resultado do diálogo entre habilidades e aptidão que possuímos, as quais acionamos para buscar um novo patamar de equilíbrio quando entramos em desequilíbrio, pois há uma transformação a ser processada. (Alessandrini, 2002, p. 164).

As capacidades ou habilidades são reconhecidas por Perrenoud (1999), como o momento em que é feito “o que deve ser feito”, sem sequer pensar, pois já o fez. Neste recurso, encontramos o conhecimento *savoir-faire* (“saber/fazer”) e esquemas de percepção, de pensamento, julgamento e avaliação. Os outros recursos, também, destacados pelo autor, referem-se às atitudes, valores, normas, regras interiorizadas, nos quais encontramos uma certa relação com o saber, com a ação, com o outro, com o poder. (Perrenoud, 2003).



Para Perrenoud, a abordagem por competência não deixa de lado o conhecimento; Machado (2002), também, lembra um outro mal-entendido, ocorrido ao se estabelecer que a meta principal do ensino é o desenvolvimento de competências e, não mais os conteúdos disciplinares, deixando um mal-estar de que as disciplinas não seriam mais necessárias.

A verdade, defendida pelo autor, é que sem disciplina, nenhuma competência pessoal poderá ser desenvolvida, elas devem servir de meios, instrumentos para aquisição de capacidades. No entanto, o que acontece é uma mudança de foco das atenções da idéia de disciplinas para a de competência, com a urgência de reorganizar o trabalho escolar, reconfigurando espaços e tempo, revitalizando os currículos, como mapas do conhecimento almejado, promovendo a formação pessoal como um amplo espectro de competências, tudo isso em um cenário onde as idéias de conhecimento imbriquem os valores.

Para Perrenoud (1999, p. 83) aplicar o trabalho por competências na reformulação dos programas escolares “não seja senão a derradeira metamorfose de uma *utopia muito antiga*: fazer da escola um lugar onde cada um aprenderia livre e inteligentemente coisa úteis na vida [...]”.

Antes mesmo de formar pessoas capazes de atuar eficazmente em situações reais, precisamos pensar como fazê-lo, assim, foi considerado este “como” que buscamos nos trabalhos do Perrenoud, quais as competências para ensinar, do que deve constituir a formação do próprio educador. É escrevendo a respeito das competências para educar que continuaremos o texto.

### **3.2.2 As competências para ensinar**

As competências vão se formando passo a passo, num diálogo interior, perpassando pelas relações intrapessoais e interpessoais.

Assim, as competências de um educador devem revelar um professor reflexivo, capaz de avaliar e de se auto-avaliar, adotando uma postura crítica, tomando decisões diante das escolhas de estratégias para atingir os objetivos educacionais, coerentes às exigências éticas da profissão. “Para que possamos ensinar nossos alunos, precisamos rever nosso próprio modo de aprender, nosso modo de construir a experiência”. A ação do professor deve seguir o sentido da elaboração de uma nova consciência, pautada na cidadania ética e solidária. (Allessandrini, 2002, p. 166).

Perrenoud (2000b) concretizou um *inventário* não definitivo nem exaustivo de dez famílias de competências, na tentativa de contribuir para redelinear a atividade docente. as dez competências de referência serão descritas com alguns exemplos de competências específicas a serem trabalhadas em formação contínua:

A – “Organizar e dirigir situações de aprendizagem” requer: conhecer, para determinada disciplina, os conteúdos a serem ensinados e sua tradução em objetivos de aprendizagem; trabalhar com base nas representações dos alunos; trabalhar apoiado nos erros e obstáculos à aprendizagem; construir e planejar dispositivos e seqüências didáticas; envolver os alunos em atividades de pesquisa e em projetos de conhecimento.

B – “Administrar a progressão das aprendizagens” requer: conceber e administrar situações-problema ajustadas ao nível e às possibilidades dos alunos; adquirir uma visão longitudinal dos objetivos do ensino; estabelecer laços com as teorias subjacentes às atividades de aprendizagem; observar e avaliar os alunos em situações de aprendizagem, de acordo com uma abordagem formativa; fazer balanços periódicos de competências e tomar decisões de progressão.

C – “Conceber e fazer evoluir os dispositivos de diferenciação” requer: administrar a heterogeneidade no âmbito de uma turma; abrir, ampliar a gestão de classe para um espaço mais vasto; fornecer apoio integrado, trabalhar com alunos portadores de grandes

dificuldades; desenvolver a cooperação entre os alunos e certas formas simples de ensino mútuo.

D – “Envolver os alunos em sua aprendizagem e em seu trabalho” requer: suscitar o desejo de aprender, explicitar a relação com o saber, o sentido do trabalho escolar e desenvolver na criança a capacidade de auto-avaliação; instituir e fazer funcionar um conselho de alunos (conselho de classe ou de escola) e negociar com eles diversos tipos de regras e contratos; oferecer atividades opcionais de formação, *à la carte*; favorecer a definição de um projeto pessoal do aluno.

E – “Trabalhar em equipe” requer: elaborar um projeto de equipe, representações comuns; dirigir um grupo de trabalho, conduzir reuniões; formar e renovar uma equipe pedagógica; enfrentar e analisar em conjunto situações complexas, práticas e problemas profissionais; administrar crises ou conflitos interpessoais.

F – “Participar da administração da escola” requer: elaborar, negociar um projeto da instituição; administrar os recursos da escola; coordenar, dirigir uma escola com todos os seus parceiros (serviços paraescolares, bairro, associação de pais, professores de língua e cultura de origem); organizar e fazer evoluir no âmbito escolar, a participação dos alunos.

G – “Informar e envolver os pais” requer: dirigir reuniões de informação e de debate; fazer entrevistas; envolver os pais na construção dos saberes.

H – “Utilizar novas tecnologias” requer: utilizar editores de texto; explorar as potencialidades didáticas dos programas em relação aos objetivos do ensino; comunicar-se a distância por meio da telemática (correio eletrônico); utilizar as ferramentas multimídia no ensino.

I – “Enfrentar os deveres e os dilemas éticos da profissão” requer: prevenir a violência na escola e fora dela; lutar contra os preconceitos e as discriminações sexuais, étnicas e sociais; participar da criação de regras de vida comum, referentes à disciplina na

escola, às sanções e à apreciação da conduta; analisar a relação pedagógica, a autoridade, a comunicação em aula; desenvolver o senso de responsabilidade, a solidariedade e o sentimento de justiça.

J – “Administrar sua própria formação contínua” requer: saber explicitar as próprias práticas; estabelecer seu próprio balanço de competências e seu programa pessoal de formação contínua; negociar um projeto de formação comum com os colegas (equipe, escola, rede); envolver-se em tarefas em escala de uma ordem de ensino ou do sistema educativo; acolher a formação dos colegas e participar dela.

Podemos constatar que trabalhar competências envolve rompimento com modelos tradicionais, tanto no ato de aprender como de ensinar, e a formação do professor passa a ser ponto chave de todo o processo.

Acreditamos que atuar norteados por este contexto pedagógico não é impossível, porém, é bastante complexo, sobretudo na área do ensino da enfermagem, no qual ainda predomina a formação técnica pautada no modelo biomédico. Esta pesquisa também representa uma aproximação com essa forma constitutiva de ensinar e aprender e busca desvendar alguns caminhos possíveis, por meio de estratégias pedagógicas para formar competências.

No contexto de construção de competências, trabalhar com projetos aponta formas práticas da ação pedagógica, bem como seu modo de organização, respondendo à questão de muitos educadores “o como fazer”. Os projetos, como a organização do trabalho pedagógico, surgiram, mediante críticas a elementos da educação tradicional, tais como: a diretividade de objetivos, a lógica classificatória das avaliações, os processos de aprendizagem individualista, os mecanismos de promoção meritocráticos, e outros.

No contexto das competências, realizar um projeto vai além do simples ato de execução de uma atividade. Para Nogueira (2002), o conceito é mais amplo, é uma

irrealidade que vai se tornando real, criando um corpo, conforme as ações realizadas e suas articulações. Projeto é algo virtual, aquilo que ainda está por vir, pois ainda não é o atual, mas não se opõe ao presente, já que é uma projeção do futuro. Podemos concluir que a antecipação de sonhos, vontades, desejos, ilusões, necessidades e interesses estarão previstos nos projetos.

Na opinião do autor, os educadores, ao trabalharem com a pedagogia dos projetos, presenciaram uma forma de tirar os educandos da passividade, tornando-os mais ativos no processo de construção do conhecimento em um contexto dinâmico e fecundo de oportunidades, para que os alunos experienciem situações nas distintas áreas do conhecimento.

O trabalho com projetos aliados a possibilidades de desenvolver uma prática interdisciplinar favorece ações auxiliadoras no desenvolvimento das Múltiplas Inteligências. Convém esclarecer que Múltiplas Inteligências na concepção de Gardner são, de forma simplista, as inteligências: lógico-matemática; lingüística; espacial; corporal-cinestésica; musical; interpessoal; intrapessoal; naturalista; existencial; pictórica e emocional.

Além de demonstrarmos o caminho pedagógico indicado para se trabalhar com competências, convém, também, no quadro teórico desta pesquisa rever o discurso oficial que orienta a educação nacional: Lei de Diretrizes e Bases Nacionais de 1996 (LDB/96) e as Diretrizes Curriculares dos Cursos de Graduação na Área da Saúde e da Enfermagem.

### **3.3 A LDB/96 e as Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em enfermagem**

Neste estudo, é fundamental comentar a respeito o discurso oficial que norteia a atual educação nacional por meio da Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que

estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Para tanto, utilizaremos opiniões de autores que defendem e dos que apontam falhas na LDB/96.

Allessandrini (2002) cita que as transformações implantadas nas escolas brasileiras pela LDB e, posteriormente, pelos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) representam grandes mudanças, consolidando a emergência de um novo paradigma, porém ainda há muito a ser modificado.

Em seu Art. 1º, a LDB/96 estabelece:

- A educação abrange os processos formativos que desenvolvem na vida, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais. (Brasil, 1996, p.1)

Desse modo, fica evidente a importância do papel da educação na relação social e na formação da força de produção. Esse é um dos aspectos da Lei que deixa explícito o direcionamento do ensino ao processo de formação do “cidadão produtivo”, vinculando a educação escolar ao mundo do trabalho e à prática social.

Alguns autores, como Azevedo (2000) criticam esse aspecto da LDB/96, porque acreditam que a reforma educacional transfere os problemas da educação brasileira à esfera gerencial, passando a educação da responsabilidade política para a responsabilidade do mercado de trabalho, trazendo, assim, uma concepção de treinamento e não de formação. O autor também destaca que o currículo da nova proposta, na prática, é uma estratégia de integração das novas gerações às demandas do mercado.

Severino (1998) aborda os fundamentos da LDB/96 em quatro citações:

- Primeiro lugar: a lei não é tão inovadora, visto que retoma princípios do liberalismo, com roupagem do neoliberalismo, pois a lei sofreu alterações em seu texto original, sendo expurgadas definições avançadas em termos

ideológicos, provenientes de um trabalho participativo que expressava conquistas universais;

- Segundo lugar: a lei permanece comprometida com a dicotomia público e privado, havendo grandes exigências do ensino público sem deixar claro as exigências à rede privada no sentido de comprometimento com o projeto educacional;
- Terceiro lugar: a lei não sustenta o princípio da gestão democrática, mantendo um caráter centralizador do sistema;
- Quarto lugar: a lei não reflete um compromisso político com a sociedade brasileira, no sentido de implementar mudanças concretas na realidade, por meio da educação.

As discussões sobre a LDB/96 e diretrizes curriculares são amplas, mas, no momento, queremos apenas mostrar algumas citações do discurso oficial que afirmam o direcionamento da educação a serviço da economia.

Por parte do ensino, ficou clara a incorporação da necessidade de formação de pessoas que atendam a atual demanda do mercado de trabalho e, o predomínio do poder econômico sobre a educação em um contexto neoliberal e globalização.

Para alguns autores, este redirecionamento da educação para atenção das demandas do mercado tem relação com a construção de competências. Concordamos que, em alguns momentos, pode ser visto o termo “competência”, empregado no discurso oficial, como sinônimo de habilidades ou qualificação, mas nunca com o conceito que Perrenoud emprega para a palavra no contexto da pedagogia (como pode ser lido anteriormente neste mesmo capítulo).

Perrenoud afirma que o termo competências circula por diversas áreas, e acaba por fomentar várias interpretações, inclusive, as que nutrem as críticas direcionadas à

pedagogia das competências, que afirmam ser este um meio de formar pessoas para atender às necessidades do mercado de trabalho.

Acreditamos que ensinar para atuar em situações reais, empregando habilidades e conhecimentos, é um meio de formar pessoas críticas e integrais, dinâmicas, cidadãos atuantes; seria simplório crer que constituir competências é apenas alimentar a economia.

### **3.3.1 As Diretrizes Curriculares**

O Conselho Nacional de Educação (2001) com a resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001 institui as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação da área de Saúde, a serem observadas na organização curricular das Instituições do Sistema de Educação Superior no país.

A elaboração desta Resolução contou com o referencial dos seguintes documentos: Constituição Federal de 1988; da Lei Orgânica do SUS nº 8.080 de 19/9/1990; da LDB nº 9.394 de 20/12/1996; da Lei que aprova o Plano Nacional de Educação nº 10.172 de 9/1/2001; do Parecer CES/CNE 776/97 de 3/12/1997; do Edital da SESu/MEC nº 4/97 de 10/12/1997; do Parecer CES/CNE 583/2001 de 4/4/2001; da Declaração Mundial sobre Educação Superior no Século XXI da Conferência Mundial sobre o Ensino Superior, UNESCO: Paris, 1998; do Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde realizada de 15 a 19/12/2000; do Plano Nacional de Graduação do ForGRAD de maio/1999; do Documento da OPAS, OMS e Rede UNIDA e dos Instrumentos legais que regulamentam o exercício das profissões de saúde. (Conselho Nacional de Educação, 2001).

A elaboração dos currículos de graduação em enfermagem deverá ser orientada pelas diretrizes curriculares recomendadas pela Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação que se fundamentou no conhecimento e no campo do saber da profissão de enfermagem, visando a promover no aprendiz a competência e o desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente.



As diretrizes buscam assegurar a qualidade do ensino de forma flexível, estimulando o abandono das concepções antigas das grades (prisões) curriculares que apenas privilegiam a transmissão de conhecimento e informações, por uma formação básica sólida “preparando o futuro graduado para enfrentar os desafios das rápidas transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições de exercício profissional”. (Conselho Nacional de Educação, 2001).

O conceito de competência empregado pelas diretrizes curriculares não está claramente definido em seu texto, assim, podemos observar que se trata de um conceito bem menos abrangente do que o empregado por Perrenoud, na pedagogia das competências.

No parágrafo acima e nas demais descrições de competências feitas pelas diretrizes, notamos uma centralização no conhecimento a ser adquirido pelo aluno e uma equiparação conceitual entre competências e habilidades, como pode ser observado nos artigos:

Art. 4º “A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades gerais...”;

Art. 5º “A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas”. (Conselho Nacional de Educação, 2001, p. 1-2).

O conceito de Perrenoud (2002, p. 1) é: “competência é a faculdade de mobilizar um conjunto de recursos cognitivos (saberes, capacidades, informações etc) para solucionar com pertinência e eficácia uma série de situações”.

Portanto, neste contexto, elementos como o conhecimento, capacidades ou habilidades não estão no mesmo nível de complexidade. Não é o conhecimento o ponto mais importante que levaria o graduando ao exercício de uma determinada competência; a

transferência do saber tem seu valor, mas o foco central está em trabalhar e treinar sua mobilização em situações práticas, reais.

As competências e habilidades gerais estabelecidas no Art. 4º, pelas diretrizes curriculares para a formação do enfermeiro, direcionam-se para: *atenção à saúde*, priorizando ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, ao indivíduo e à coletividade; *tomada de decisão* por meio do desenvolvimento das competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas técnica e cientificamente diante de situações reais. *Comunicação* para prevalecer os princípios de acessibilidade e confiabilidade profissional, incluindo a comunicação verbal, não-verbal, escrita e leitura, o domínio de uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação. *Liderança* no trabalho em equipe multiprofissional, envolvendo o compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento efetivo e eficaz. *Administração e gerenciamento* da força de trabalho dos recursos físicos e materiais e de informação, prevalecendo a tomada de decisões, empreendimento, gestão e liderança da equipe de saúde. *Educação permanente*, isto é, aprender continuamente, por meio do aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua própria educação e treinamento e, para com a formação das futuras gerações, valorizando a relação entre futuro profissional e profissional em serviço. (Conselho Nacional de Educação, 2001).

Segundo o Conselho Nacional de Educação (2001), o objetivo das Diretrizes Curriculares passa a ser:

[...] permitir que os currículos propostos possam construir perfil acadêmico e profissional com competências, habilidades e conteúdos, dentro de perspectivas e abordagens contemporâneas de formação pertinentes e compatíveis com referenciais nacionais e internacionais, capazes de atuar com qualidade, eficiência e resolutividade, no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando o processo da Reforma Sanitária Brasileira [...] levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a

*aprender a aprender* que engloba *aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer*, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização de atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades. (Conselho Nacional de Educação, 2001, p. 37). (grifos do texto)

Como podemos perceber, o discurso oficial das Diretrizes Curriculares para os Cursos de Graduação na área de Saúde incorpora a terminologia das competências, adquirindo uma roupagem contemporânea da pedagogia, chegando a mencionar o **aprender a aprender** de uma prática assistencial humanizada da pessoa, extensiva à família e à coletividade. Reafirma também o compromisso da formação profissional com os princípios do SUS. (grifos da pesquisadora)

Quanto ao curso de graduação em enfermagem, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem delineiam o perfil do formando egresso e ou 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 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. E o que diz respeito a licenciatura: Enfermeiro com Licenciatura em Enfermagem capacitado para atuar na Educação Básica e na Educação Profissional em Enfermagem. (Conselho Nacional de Educação, 2001, p. 37).

Concordamos que os conhecimentos determinados pelas Diretrizes Curriculares são necessários para a construção das competências, visando a levar o enfermeiro a agir eficazmente diante de situações reais. Não podemos desconsiderar o conhecimento, mas a questão é: como tornar o enfermeiro capaz de mobilizar recursos, como estes conhecimentos contidos nas diretrizes, em situações vividas?

Este questionamento deve ser uma constante na atividade pedagógica do professor, sobretudo quando lemos a resolução das diretrizes e constatamos no Art. 15 – Parágrafo 1º, que as “avaliações dos alunos deverão basear-se nas competências, habilidades e conteúdos curriculares desenvolvidos tendo como referencia as Diretrizes Curriculares” (Conselho Nacional de Educação, 2001).

Terminaremos este capítulo com a fala de Machado (2002), em que deixa claro o suporte da abordagem por competências para formar um profissional, segundo o conceito elaborado pela pedagogia das competências

[...] a composição de um espectro desejável de competências pessoais pressupõe uma idéia de pessoa. Se uma vida significativa está associada à capacidade/liberdade de expressão, de compreensão/leitura do mundo fenomênico, de argumentação na negociação de acordos no discurso e na ação, de referir os conhecimentos disciplinares a contextos específicos ao enfrentar situações-problema, de ir além dos diagnósticos e projetar ações transformadoras sobre a realidade, então a formação pessoal deverá estar associada ao desenvolvimento dessas competências. (Machado, 2002, p. 142).

Na condição de educadoras, deparamo-nos com uma complexa questão, que fecha este capítulo: Como desenvolvemos e avaliamos as competências nos aprendizes?

No capítulo seguinte, descrevemos o percurso metodológico para a realização da pesquisa.

## ***4 CAMINHO METODOLÓGICO***

---

#### 4.1 A opção metodológica

*“O método é a própria alma do conteúdo”. (Lênin)*

Para Gualda, Merighi e Oliveira (1995), qualquer que seja a abordagem estabelecida para a compreensão das relações entre os fenômenos estudados em uma pesquisa, torna-se imprescindível um referencial teórico-metodológico. A existência desse referencial estabelecerá e delimitará o campo de observação, assim como determinará as condições de relacionamento entre os fenômenos.

Optamos por uma metodologia de abordagem qualitativa para melhor compreensão do fenômeno ensino-aprendizagem de enfermagem psiquiátrica e saúde-mental, objeto de estudo deste trabalho. A pesquisa qualitativa preocupa-se com uma realidade que não pode ser quantificada, trabalhando com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes presentes nas relações e ações humanas. (Minayo, 1998).

Deslandes e Assis (2002, p. 197), citam que o núcleo básico de um trabalho qualitativo é a pretensão de lidar com o significado atribuído pelos sujeitos aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais, ou seja, “interpretar tanto as interpretações e práticas quanto as interpretações das práticas”. As autoras reforçam a necessidade de esclarecer quais conceitos e teorias servirão de alicerce às articulações interpretativas.

Antes de apresentar a metodologia adotada, falaremos de seu próprio conceito como o caminho e o instrumental específico de abordagem da realidade que, de forma abrangente, assim pode ser considerada:

- como a discussão epistemológica sobre o ‘caminho do pensamento’ que o tema ou o objeto de investigação requer;
- como a apresentação adequada e justificada dos ‘métodos, das técnicas e dos instrumentos operativos’ que devem ser utilizados para as buscas relativas às indagações da investigação;

- e como o que denominarei de ‘criatividade do pesquisador’, ou seja, a sua marca pessoal e específica na forma de articular teoria, métodos, achados experimentais, observacionais, ou qualquer outro tipo específico de indagação científica. (Minayo, 2002a, p. 19).

A pedagogia das competências, descrita no capítulo anterior, orientou este estudo, como fundamentação teórica para discutir as competências necessárias à formação do enfermeiro. Competência é a capacidade do sujeito mobilizar recursos diversos (conhecimento, habilidade e outros) visando a abordar uma situação complexa.

Na atualidade a evolução da Organização Escolar caminha para o desenvolvimento de competências que têm como base o construtivismo e a pedagogia diferenciada, portanto, há um posicionamento para dar importância às diferenças e particularidades individuais. O aluno singular é o centro do sistema educativo, neutralizando um dos principais mecanismos provedores do fracasso escolar e das desigualdades, apoiando os alunos em dificuldade ao invés de reprová-los. (Perrenoud, 2000a).

O caminho metodológico que percorremos para a investigação do objeto do estudo, orientou-se pela abordagem dialética marxista. Por meio desta abordagem, foi possível desvelar as contradições presentes a todos fenômenos, particularmente, do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

Para compreender a dialética, foi necessário defini-la e Konder (1989, p. 8) faz de forma bastante compreensiva, afirmando que a dialética “é o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação”. Ao longo da história da humanidade, muitos pensadores contribuíram para a constituição do método dialético como: Hegel e Marx.

Hegel é quem reconheceu o homem como essencialmente ativo e que interfere na realidade e usou a palavra dialética em um sentido mais amplo do que o empregado pelos

pensadores gregos, abrangendo as faces afirmativas e negativas do objeto em questão. Também estabeleceu conceitos de relação entre os fatos e fenômenos, como as forças contrárias, a luta entre os opostos e a existência da controvérsia e da negação; pôs, em dúvida, a validade de tudo, afirmando que nada está pronto e acabado e, sim, tudo está em constante movimento, em constante transformação. (Konder, 1989).

Marx deu continuidade ao caminho trilhado por Hegel, superando-o dialeticamente ao fundamentar críticas ao trabalho do antecessor. Defendeu a idéia de que a existência social do homem determina sua consciência, promovendo a aplicação da dialética na interpretação da história e da sociedade em oposição ao idealismo de Hegel. (Konder, 1989; Felli, Kurcgant, 2000).

Para Minayo (2002b), a dialética no marxismo é uma

[...] maneira dinâmica de interpretar o mundo, os fatos históricos e econômicos, assim como as próprias idéias, sob a égide de materialismo histórico[...] a dialética está presente como método de transformação do real, que por sua vez modifica a mente criando as idéias. (Minayo, 2002b, p. 94).

O materialismo histórico constitui o caminho teórico que indica a dinâmica do real na sociedade, a dialética, por sua vez, refere-se ao método de abordagem desse real. Busca compreender o processo histórico em toda a sua dimensão, apreendendo o sujeito e sua prática social, inseridos em uma sociedade, historicamente, delimitados e comprometidos com interesses e lutas próprios de seu tempo. A dialética é responsável por introduzir na realidade algo que contesta o permanente e o mutável, por meio dos princípios do conflito e da contradição. (Minayo, 1999).

Minayo (2002b) considera que o método dialético baseia-se em quatro princípios. O primeiro: que cada coisa é um processo, isto é, uma marcha, um tornar-se, significando que



o momento presente é constituído de um passado e submetido à lei interna do movimento, gerando mudanças e transformações das coisas, das idéias e das relações.

O segundo princípio está diretamente ligado ao primeiro, quando aborda o encadeamento nos processos em que as transformações ocorrem em espiral, vão acontecendo seguindo o movimento interno, desencadeando outros movimentos vitais de mudança, nada se repete, tudo se transforma.

A autora descreve o terceiro princípio, como o de que cada coisa traz em si sua contradição, transformando-se em algum momento em seu contrário. O quarto princípio é o da quantidade transformar-se em qualidade, esta é a superação do dualismo entre quantitativo e qualitativo, reconhecendo os limites quantitativos na qualidade e vice-versa. Ao mesmo tempo, os processos de transformação e mudanças são quantitativos e qualitativos.

A citação de Löwy (1995) bem fundamenta nossa opção metodológica

[...] na medida em que se desenvolve um processo de conhecimento, ou um processo de transformação, ou um processo de prática social, inevitavelmente aparecem pontos de vista diferentes, aparecem divergências, contradições, concepções distintas, no seio de uma mesma classe social, ou daqueles que compartilham de uma mesma visão do mundo. Isto é inevitável e é também necessário, é parte de todo o processo efetivo de conhecimento e transformação de realidade. (Löwy, 1995, p. 35)

Para conhecer a realidade objetiva, é fundamental desvelar as contradições distintas de atores do processo ensino-aprendizagem. Portanto, a opção pela metodologia dialética deu-se pela coerência à finalidade do estudo que propôs o emprego da pedagogia das competências para desvendar quais saberes e saber/fazer são necessários desenvolver nos alunos para a constituição de competência, para que o enfermeiro atue na área de psiquiatria e saúde mental, buscando a transformação do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

## 4.2 A lógica dialética como critério de investigação e de integração com a educação

Não pretendemos aprofundar nem tão pouco esgotar a descrição dos princípios que constituem a dialética marxista, mas sentimos a necessidade de esclarecer alguns deles, por julgar de interesse para a fundamentação dos pressupostos metodológicos básicos deste estudo.

Para esta escolha, dois critérios foram adotados, apoiados nos estudos já existentes na área: leis e categorias da dialética que sustentam o processo ensino aprendizagem e de formação que integram o referencial metodológico com a educação, especialmente, o construtivismo e a pedagogia das competências.

As categorias dialéticas escolhidas foram a totalidade e a historicidade; as leis foram a lei da integração universal, lei do movimento universal, lei da unidade dos contrários e a lei da transformação da qualidade em quantidade. Pretendemos, também, descrever as categorias analíticas a serem usadas na investigação e análise deste estudo.

Categoria é um produto da consciência que se forma no processo de desenvolvimento do conhecimento, tendo como conteúdo aspectos emprestados da realidade objetiva, como uma foto ou cópia, que reflete o mundo exterior. (Cheptulin, 1982).

As categorias são formadas, mediante a prática, pois o conhecimento inicia, desenvolve-se e funciona com base na prática e realiza-se pela prática. As diferenças entre as leis e as categorias da dialética estão em seu reflexo: enquanto a primeira reflete as ligações, e as relações universais são os juízos; as categorias refletem as propriedades e os aspectos universais da realidade objetiva, compondo uma forma particular de conceitos. (Cheptulin, 1982).

Partiremos da concepção de homem para melhor compreensão do sujeito, ao qual voltamos nossas atividades educativas e sua inter-relação à aprendizagem.

Para Marx, a dimensão concreta e natural do homem é o corpo que se modifica ao atuar fisicamente sobre o mundo: “ao atuar sobre a natureza exterior, o homem modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza”. (Konder, 1989, p. 52).

Ancorado na concepção de Marx, Gadotti (2001a) escreveu que o homem não é um ser acabado, ele torna-se homem, baseado em duas condições essenciais:

- O homem produz-se a si mesmo, determina-se, ao se colocar como um ser em transformação, como um ser da práxis;
- A realização do homem como atividade dele próprio só pode ter lugar na história. A *mediação* necessária para a realização do homem é a realidade material. (Gadotti 2001a, p.45).

A própria concepção dialética de homem privilegia o processo ensino-aprendizagem, como pode ser constatado na fala de Wachowicz (1995, p. 26) ao dizer que “o homem produz a si mesmo na ação que exerce sobre a realidade, elevando a educação, bem como todas as práticas sociais a uma estrutura de prioridade no pensamento filosófico”.

Severino (1994) relata que a referência dialética para a educação dá-se em uma perspectiva histórico-social, sendo concebida como um processo individual e coletivo de constituição de uma nova consciência social e de reconstituição da sociedade por meio da rearticulação das relações políticas.

O autor complementa que a educação é um evento social que se manifesta no tempo histórico. Quando vista sob sua face de inserção social, a educação ganha o significado de uma prática social e histórica concreta, por se tratar de um processo sócio-cultural que ocorre na história de uma sociedade, representando comportamentos sociais, costumes, instituições, atividades culturais organizações burocrático-administrativas.

Ao complementar, Hegel manifesta o caráter ativo e histórico do homem, efetivado por sua participação no processo de transformação do mundo, graças ao vínculo entre sua ação subjetiva com o desenvolvimento objetivo da história. (Wachowicz, 1995).

Segundo o autor, o método dialético permite a abordagem da educação, como um componente de transformação social, conferindo-lhe um estatuto epistemológico adequado, que é o de ação. A dialética concebe a educação como uma ação, a pedagogia como uma teoria e o saber como uma apropriação de uma realidade não apenas de um conteúdo elaborado sobre essa realidade.

A historicidade é uma idéia da dialética aplicada no âmbito social que, segundo Löwy (1995) se aplica a todas as instituições, estrutura, leis e formas de vida social. Para o autor, os produtos sociais devem ser analisados em sua historicidade, em seu desenvolvimento e em sua transformação histórica, isto inclui teorias, doutrinas e interpretações da realidade. Analisar os fenômenos sociais em sua limitação histórica representa o coração do método dialético.

Retornando à concepção dialética do saber como uma apropriação da realidade, é conveniente lembrar também que a realidade é apreendida pelo método dialético, sob a lógica da totalidade; em decorrência disso, a educação também deve ser abordada em sua totalidade. Wachowicz (1995, p. 32) tendo como referência Hegel, afirmou que a “lógica da totalidade é que conduz o pensamento ao conceito da razão, que se interpõe nas contradições e as supera: é o conceito da razão dialética”.

A totalidade é um elemento essencial ao método dialético e foi chamado por Löwy (1995) como uma categoria do método dialético. Trata-se de uma categoria que não tem a pretensão de estudar a totalidade da realidade, pois esta é infinita e inesgotável e, sim, visa a perceber a realidade social como um todo orgânico, estruturado, em que não se pode entender um aspecto, um elemento, uma dimensão, sem levar em conta sua relação com o

conjunto. Todo fenômeno social faz parte de uma totalidade social, e essa relação deve ser considerada no momento de analisá-lo e compreendê-lo.

Para Konder (1989) qualquer

[...] objeto que o homem possa perceber ou criar é parte de um *todo*. Em cada ação empreendida, o ser humano se defronta, inevitavelmente, com problemas interligados. Por isso, para encaminhar uma solução para os problemas, o ser humano precisa ter uma certa *visão de conjunto* deles: é a partir da visão de conjunto que a gente pode avaliar a dimensão de cada elemento do quadro. (Konder, 1989, p. 36).

A totalidade pode vir a ser um instrumento interpretativo dos elementos da realidade social, quando é utilizada sob a perspectiva do caráter total da existência humana e da inter-relação entre a história social e econômica e história das idéias. Como um instrumento interpretativo, visa a compreender na realidade social as diferenças na unidade, tais como são engendradas no todo (realidade determinada) e como se relacionam com o conjunto e vice-versa. (Minayo, 1999).

A interação entre a educação e o método dialético mais se evidencia nos referenciais adotados pelos próprios construtivistas, como Piaget, Vigotski e Wallon que partem da visão da realidade e do conhecimento por meio do processo histórico, identificando esse posicionamento com a historicidade da dialética marxista. (Matui, 1995).

Matui (1995) encontrou no trabalho de Lefèbvre apoio teórico para descrever cinco leis da dialética que possibilitam a integração dos construtivistas, favorecendo a formulação de uma teoria passível de ser aplicada à educação.

De modo sucinto, descreveremos estas leis que Lefèbvre (1975, p. 237) considera como: “supremamente objetivas, sendo ao mesmo tempo leis do real e leis do pensamento, isto é, leis de todo o movimento, tanto do real quanto do pensamento”:

- a) Lei da interação universal ou lei do todo: para Matui (1995) é esta lei que comandou a integração entre Piaget, Vigotski e Wallon e, presencia o conceito de *mediação recíproca* de tudo que existe, isto é, os elementos do todo desempenham o papel dialético de mediação entre si.

A pesquisa racional (dialética) considera cada fenômeno no *conjunto* de suas relações com os demais fenômenos e, por conseguinte, também no conjunto dos aspectos e manifestações daquela realidade de que é o ‘fenômeno’, aparência ou aparecimento *mais ou menos essencial*. (Lefèbvre, 1975, p. 238).

- b) Lei do movimento universal: representa o movimento resultante das contradições.

Para Matui (1995, p. 153), o “movimento é universal, isto é, atinge a tudo e a todos. O hábito metafísico de pensar em tudo como coisas fixas e acabadas desvia as pessoas do movimento universal, que é a mudança”. O construtivismo aqui é caracterizado como um movimento transformador.

Lefèbvre (1975) descreveu a conexão das coisas por meio dos movimentos internos e externos envolvidos no devir universal, inseparáveis. O método dialético busca o movimento profundo, penetrando pelas aparências e superficialidades, atingindo o essencial.

- c) Lei da unidade dos contrários: nos quais se encontram os princípios de identidade e contradição, isto é, coisa igual a si mesma e, ao mesmo tempo, abriga seu contrário.

Matui (1995, p.153) dá o seguinte exemplo: no “ensino, a didática instrumental é contrária à didática fundamental. Ambas, porém, devem ser compreendidas em uma unidade. O construtivismo integra-se numa totalidade estrutural de sujeito e objeto”.

Para Lefèbvre (1975, p. 238), a contradição dialética “é uma inclusão (plena, concreta) dos contrários um no outro... *O método dialético busca captar a ligação, a unidade, o movimento que engendra os contrários, que os opõe, que faz com que se choquem, que os quebre ou os supera*”. (grifos do autor)

Outros autores a denominam de unidade e luta dos contrários ou pela interpenetração dos contrários, que mostra que tudo tem a ver com tudo, os vários fatores da realidade se inter-relacionam, são interdependentes e não podem ser compreendidos isoladamente.

Os contrários são pólos opostos que se atraem, mantêm uma íntima relação e inexistem em separado, excluem-se mutuamente e permanecem em luta constante.

Devemos destacar que eles não são divergentes nem se destroem de modo recíproco, pois existem juntos e estão ligados organicamente, interpenetram-se e supõem-se um ao outro, são unidos representando a unidade dos contrários.

Assim exemplificou Karl Marx “[...] o pólo Norte e o pólo Sul são igualmente *pólos*, sua *essência* é idêntica, e o mesmo acontece com o sexo feminino e o sexo masculino, que formam uma única e mesma espécie, uma única essência – a essência humana”. (Cheptulin, 1982, p. 287)

- d) Lei da transformação da quantidade em qualidade: as mudanças quantitativas vão lenta e continuamente provocando mudanças qualitativas.

Segundo Matui (1995, p. 153), “na construção do pensamento e do conhecimento, a estrutura assimila novos elementos que, conseqüentemente, provocam acomodações da própria estrutura, vale dizer: mudanças ou saltos de qualidade”.

Da passagem da quantidade à qualidade, esta é a lei que sustenta o processo de transformação das coisas, que o fazem em um ritmo próprio, ora lento, mudando quantitativamente alguns aspectos (evolução), ora mais acelerado, com saltos substanciais

que provocam mudanças qualitativas (revolução). Como podemos confirmar no texto de Cheptulin (1982)

As mudanças quantitativas são, habitualmente, lentas, progressivas, dissimuladas e contínuas; as mudanças qualitativas, pelo contrário, são bruscas, evidentes, constituindo uma ruptura de gradação e de continuidade. Por isso, as mudanças qualitativas são chamadas de saltos. O salto é o processo de passagem de uma coisa de um estado qualitativo a um outro que é acompanhado por uma ruptura de continuidade. (Cheptulin 1982, p. 216).

O autor afirma que a mobilização da quantidade e da qualidade, com a passagem de uma para outra, reflete e exprime o real processo de desenvolvimento do conhecimento em que o homem assimila a realidade objetiva e, ao mesmo tempo, desvela sua essência. A essência é a coisa que permanece dessa migração da quantidade para a qualidade e vice-versa.

- e) Lei do desenvolvimento em espiral (da superação) ou Lei da negação da negação: como afirmou Vigotski (2003, p. 74) “o desenvolvimento, neste caso, como freqüentemente acontece, se dá não em círculo, mas em espiral, passando por um mesmo ponto a cada nova revolução, enquanto avança para o nível superior”.

No decorrer do desenvolvimento da negação da negação, ocorre a superação do estágio anterior e o alcance de um novo estágio. Esta superação da qualidade anterior leva-o a assumir uma posição qualitativa nova e, conseqüentemente, a negação da qualidade anterior. É importante registrar que os aspectos da realidade anterior são negados e não aniquilados, isto é, serão considerados em um processo que se dá de forma interligada, em um movimento de regressão e avanço, entre o superior e inferior, do mais perfeito para o menos perfeito. (Cheptulin, 1982).



O desenvolvimento é sempre progressivo, ocorre quando o elemento novo nega, supera e substitui o velho reaproveitando, o que há de bom nele para o novo.

Por meio desse processo, afirmamos que a negação não é pura, já que o novo assimila o que há de aproveitável no velho. Por esta característica, Cheptulin (1982) diferenciou a negação dialética da negação não-dialética pelo elo de ligação que a primeira mantém entre o estágio de desenvolvimento inferior com o superior, ao preservar retendo e transplantando, os aspectos positivos de um momento para o outro.

Ao terminar de apresentar as cinco leis, Matui (1995, p. 155) conclui que o pensamento dialético perpassa todo o construtivismo sócio-histórico, manifestando um corpo teórico coerente para ser aplicado à educação, por sua vez superando dicotomia e dualismo que, ao invés de integrar os construtivistas, os antagoniza, prejudicando o ensino.

#### **4.2.1 Categorias analíticas: *práxis e as relações sociais de produção***

Além dos princípios e leis descritas anteriormente, duas categorias dialéticas revelaram-se importantes para investigação da constituição de competências para atuação do enfermeiro em saúde mental e psiquiatria: *a práxis e as relações sociais de produção*, portanto, ambas serão utilizadas como categorias analíticas para este estudo.

Para Minayo (1999, p. 94), categorias analíticas

[...] são aquelas que retêm historicamente as relações sociais fundamentais e podem ser consideradas balizas para o conhecimento do objeto nos seus aspectos gerais. Elas mesmas comportam vários graus de abstração, generalização e de aproximação. (Minayo, 1999, p. 94).

Severino (1994, p. 22) considera que para “a **epistemologia dialética**, a *práxis* é uma categoria necessária, para que se possa compreender não só o conhecimento dos fenômenos humanos, mas também o próprio processo de gênese e evolução desses fenômenos”.

A expressão *práxis* foi descrita, numa concepção marxista, por Bottomore (2001), como a ação, a atividade livre, universal, criativa e autocriativa, por meio da qual o homem produz e transforma seu mundo humano e histórico e a si mesmo. Para Chauí (2001, p.11), a “*práxis*, porém, é a atividade própria dos homens livres, dotados de razão e de vontade para deliberar e escolher uma ação. Na *práxis*, o agente, a ação e as finalidades são idênticos e dependem apenas da força interior ou mental daquele que age”.

É na *práxis*, na perspectiva dialética, que se dá a emancipação subjetiva e objetiva do homem e a destruição da opressão enquanto estrutura e transformação da consciência. Noutras palavras, a transformação de nossas idéias sobre a realidade e a transformação da realidade continuam juntas. (Minayo, 1999, p. 73).

Na concepção de Chauí (2001), a teoria tem como finalidade esclarecer os processos reais e históricos resultantes e determinantes da prática humana em certas situações. Esta prática seria resultante do domínio de uns poucos sobre todos os outros, situação em que a teoria encarrega-se também de explicitar os processos que levam a esse domínio e os que conduzem à liberdade.

No processo dialético de conhecimento da realidade, o importante é a crítica e o conhecimento crítico que promovam a transformação dessa realidade nos planos do conhecimento e do histórico-social. A ação para transformar origina-se na reflexão teórica da realidade a sofrer essa ação, isso porque, para a teoria materialista histórica, o conhecimento se dá *na e pela* prática. Na *práxis*, é o acontecimento em consolidar a teoria e a prática. (Frigotto, 1997).

Finalizando nossa compreensão sobre a categoria analítica *práxis*, faremos uma breve interligação com a educação. Iniciamos com Severino (1994) que considerou a ação, como *práxis* humana em si, produtora de conhecimento

[...] aluno concreto tem sua práxis vinculada à prática social da comunidade ou do grupo a que pertence. Cada grupo social tem maneiras socialmente consagradas de enfrentamento da realidade. Essa maneira de enfrentamento dos problemas e consecução dos objetivos compreende os conhecimentos desse grupo. Assim, a prática social é rica de todos os tipos de conhecimento, do senso comum até os científicos e técnicos. (Severino (1994, p. 104)

Embasado na concepção de Vigotski, o autor falou dos processos de assimilação e acomodação da realidade, que o indivíduo perpassa para apreender o objeto de conhecimento. A assimilação e acomodação ocorrem, conforme as relações interpessoais dinamizadas nas práticas sociais.

Para Wachowicz (1995), afirma que a educação é uma *práxis* social com especificidade própria, e acaba por esclarecer sua natureza que é a liberdade para construir uma realidade que só se define, enquanto se constrói.

“Sendo uma intenção específica, é uma práxis; sendo própria de uma classe social e até da sociedade inteira, é uma práxis social. Sendo seu objeto o saber, a práxis educativa cuida de realizar sua apropriação, e nisso está sua especificidade”. (Wachowicz, 1995, p. 51)

Consideramos também que as *relações sociais de produção* foram as categorias analíticas, importantes como balizas ao conhecimento das competências para intervir na enfermagem psiquiátrica e saúde mental, visto que tivemos como sujeitos da pesquisa docentes e enfermeiros assistenciais que, por natureza do trabalho exercido, mantêm relações distintas entre si.

Meksenas (2002, p. 84) lembra que a ciência é um produto histórico, resultante das relações entre os indivíduos e deles com a natureza, numa dada sociedade. “Para que homens e mulheres conheçam seu tempo e a natureza é preciso que conheçam também as *relações sociais de produção* sob as quais vivem”, isto significa que para fazer ciência em

uma sociedade capitalista é necessário o desvelar das *relações sociais de produção* e de suas condições produtoras da riqueza e da miséria.

Na produção social de sua vida, os homens estabelecem determinadas relações necessárias e independentes de sua vontade, relações de produção que correspondem a uma determinada fase do desenvolvimento de suas forças produtivas materiais. O conjunto dessas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade – a base real sobre a qual se regue a superestrutura jurídica e política à qual correspondem determinadas formas de consciência social. (Marx, 1859<sup>5</sup> apud Bottomore, p. 267, 2001)

O homem, ao trabalhar atua sobre a natureza e sobre si mesmo, manifestando relações de produção determinadas, demonstrando uma íntima relação entre as relações sociais e a força de produção.

Assim, tentamos desvelar os conhecimentos e as habilidades necessárias para construção das competências de intervenção no processo saúde-doença ao ensino da prática da enfermagem psiquiátrica e saúde mental; falamos de atuação em situações reais de trabalho e de produção social, portanto, fomos amparadas por uma categoria analítica que abrangeu estas questões dentro do contexto da dialética marxista.

### **Algumas regras práticas para o método dialético**

Correndo o risco de simplificar o método dialético, mas, priorizando o valor didático e a orientação de uma filosofia da pesquisa, orientou Lefèbvre<sup>6</sup> apud Gadotti (2001a, p. 34-35) as “regras práticas do método dialético”:

- *Dirigir-se à própria coisa*; por conseguinte, *análise objetiva*.
- Apreender o *conjunto das conexões* interna das coisas, de seus aspectos; o desenvolvimento e o movimento da coisa.
- Apreender os aspectos e momentos contraditórios; *a coisa como totalidade e unidade dos contrários*.
- Analisar a luta, o conflito interno das contradições, o movimento, *a tendência* (o que tende a ser e o que tende a cair no nada).

<sup>5</sup> Marx K. Contribuição à crítica da economia política. . Trad. de Florestan Fernandes. São Paulo: Global, 1946.

<sup>6</sup> Lefèbvre H. Lógica formal, lógica dialética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1975.

- Não esquecer de que *tudo está ligado a tudo*; e que uma interação insignificante, negligenciável porque não essencial em determinado momento, pode tornar-se essencial num outro momento ou sob um outro aspecto.
- Não esquecer de captar *as transições*; transições dos aspectos e contradições; passagens de uns nos outros, transições no devir.
- Não esquecer de que *o processo de aprofundamento do conhecimento* - que vai do fenômeno à essência e da essência menos profunda à mais profunda - *é infinito*. Jamais estar satisfeito com o obtido.
- Penetrar, portanto, mais fundo do que a simples coexistência observada; *penetrar sempre mais profundamente na riqueza do conteúdo*; apreender *conexões e o movimento*.
- Em certas fases do próprio pensamento, este deverá se transformar, se superar: modificar ou rejeitar sua forma, remanejar seu conteúdo - retomar seus movimentos superados, revê-los, repeti-los, mas apenas aparentemente, com o objetivo de aprofundá-los mediante um passo atrás rumo às suas *etapas anteriores e, por vezes, até mesmo rumo ao seu ponto de partida etc.* (grifos do autor).

Após estabelecer os princípios, leis e categorias importantes para a pesquisa, descrevemos os passos seguidos na escolha dos sujeitos, cenário da pesquisa, coleta e análise de dados.

### **4.3 Apresentação da pesquisa**

#### **Autorização institucional**

Esta pesquisa, ainda no formato de projeto, após aprovação no Exame de Qualificação pela Comissão Examinadora, foi apreciada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP), pelo processo nº 327/2003/CEP-EEUSP (Anexo I) foi aprovada sob o aspecto ético-legal, atendendo às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Em seguida, a autorização da Comissão de Pesquisa da Escola, cenário para a coleta de dados da pesquisa foi obtida (solicitação Anexo II; autorização Anexo III).

#### **Cenário da pesquisa**

Trata-se da Escola de Enfermagem de universidade pública do Estado de São Paulo, localizada na capital; criada, em 1942, desde então vem contribuindo para o

desenvolvimento da profissão, promovendo o ensino, a pesquisa e a extensão de serviços à comunidade. Além da graduação, a Escola oferece cursos de Atualização, Especialização e Programas de Mestrado e Doutorado.

Uma sala de reuniões foi usada como espaço físico para a coleta de dados, situada nas dependências da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP).

No curso de graduação em enfermagem, a Escola oferece a disciplina Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria na Saúde do Adulto, que ocorre entre os terceiro e sexto semestres ou, segundo e terceiro anos para um número máximo de 40 alunos por turma. A carga horária da disciplina é de 60h aulas teóricas, 90h de aulas práticas e 30h de complementação, totalizando 180h.

O conteúdo programático abrange os temas: “Bases para a assistência em saúde mental: a história da institucionalização da assistência psiquiátrica, conceitos de saúde e doença mental, políticas de saúde mental no Brasil e aspectos ético-legais”; “Processo de cuidar em saúde mental e em enfermagem psiquiátrica: evolução da assistência de enfermagem – funções e atividades da enfermeira e a equipe multidisciplinar, instrumentos de intervenção de enfermagem em saúde mental – relacionamento interpessoal, comunicação terapêutica, psicopatologias, psicofarmacologia, identificação dos problemas, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação da assistência de enfermagem”; “Assistência de enfermagem ao adulto portador de transtorno mental em diversas unidades de atenção à saúde mental: Ambulatório de Saúde Mental, Centro de Atenção Psicossocial e Hospital Psiquiátrico”; “Teorias e modelos em reabilitação psicossocial”.

A escolha por esta instituição deu-se pelo seu caráter nacionalmente reconhecido, de compromisso com a formação de profissional enfermeiro crítico, reflexivo, demonstrando interesse e disponibilidade diante de novas estratégias de ensino; com o desenvolvimento de pesquisas na área da enfermagem; com a pós-graduação.

Por se tratar de uma instituição, que tem um curso de enfermagem de referência nacional, instituído há 63 anos, portanto, pode contemplar a “historicidade” proposta pelo método. Quanto ao ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, notamos que a Escola vem ao longo do tempo, assumindo um compromisso com os ideais da Reforma Psiquiátrica, tanto com sua representatividade política como também o conteúdo trabalhado na formação do enfermeiro, proporcionando ao aprendiz experiência prática (durante o ensino prático) em serviços substitutivos à hospitalização do doente mental.

### **Sujeitos da pesquisa**

O estudo abrangeu o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental que tanto ocorre nas dependências da Escola como nos campos de práticas utilizados no processo de formação do aluno. Portanto, foram sujeitos da investigação:

- Docentes da Escola de diferentes titulações (mestre, doutores, livre-docentes), atuantes no mínimo há dois anos no ensino de enfermagem psiquiátrica;
- Enfermeiros com graduação em enfermagem e ou especialização em enfermagem psiquiátrica, atuantes no mínimo, há um ano na área e em campos utilizados pelos docentes de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, da referida escola durante o processo ensino-aprendizagem.

No departamento, buscamos os campos de ensino utilizados e entramos em contato com as enfermeiras ali atuantes, solicitando sua participação voluntária. Antes da coleta dos dados, os sujeitos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo IV) e foi solicitado que preenchessem um instrumento de Identificação e Caracterização (Anexo V), que compôs a seguinte descrição.

#### 4.4 Procedimento para coleta dos dados

A coleta dos dados ocorreu por meio de grupos focais que aconteceram nas dependências da Escola. Várias referências literárias convergem no sentido do grupo focal ser uma técnica de obtenção de dados qualitativos, utilizada para mobilizar discussão sobre um tema em particular, envolvendo sentimentos, emoções, opiniões e as relações dos atores envolvidos no processo. Os dados são coletados baseados na discussão mobilizada. Gaskell (2002, p. 79) ao falar da mobilização de um debate, refere-se a “uma troca de ponto de vista, idéias e experiências, embora expressas emocionalmente e sem lógica, mas sem privilegiar indivíduos particulares ou posições”.

Para Sena e Duarte (1999)

[...] o grupo discute um tema em seus vários aspectos e os dados são coletados a partir dessa discussão. Deve ser realizado em um ambiente não constrangedor para que o grupo expresse suas percepções, expectativas, opiniões e cultura. (Sena, Duarte, 1999, p. 328).

Para condução do grupo, é necessário um moderador, que vai além de um facilitador da discussão, tendo como finalidade deliberar as questões a serem trabalhadas, coordenar e auxiliar o grupo, dinamizar a apresentação entre os participantes, manter a discussão focalizada no tema, iniciar e encerrar a reunião.

Em alguns casos, a presença de um observador é indicada para assegurar o registro das informações não-verbais (Sena, Duarte, 1999; Gaskell, 2002). Para a realização do grupo, é importante promover:

- um ambiente tranquilo, sem ruídos que interfiram nas gravações, prejudicando a coleta de dados;
- um ambiente que facilite a interação e o contato face a face (círculo);
- o número de participantes varia de 6 a 15 pessoas;
- pode-se fazer uso de recursos didáticos para incentivar a discussão da temática.



Chiesa e Ciampone (1999) falam da riqueza da aplicação da técnica de grupos na pesquisa qualitativa, relevando tanto a coleta de dados como a possibilidade de formulação de alternativas para alguns problemas levantados e discutidos pelo grupo.

As autoras buscam fundamentação técnica e teórica em Pichon-Rivière para propor a tarefa do coordenador do grupo (chamado por alguns autores de moderador) e, além das atribuições citadas anteriormente, delineiam outras como: otimizar o ambiente para as expressões de todas as opiniões dos participantes; facilitar a interação entre os participantes; explorar a subjetividade dos atores envolvidos; apurar a operacionalização dos dados com a contribuição do observador, e concluem que o coordenador deve ser uma pessoa treinada para esse processo.

Colocamo-nos bastante à vontade para a realização de grupo, já que nossa formação e pesquisa contemplam experiências com atividades grupais. Em nossa formação, contamos com curso de especialização em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental (que aborda trabalho grupal), incluindo o de especialização em Coordenação de Grupo Operativo que orientou os grupos focais desta pesquisa, conforme orientação de Ciampone e Chiesa (1999).

Para a efetivação da coleta de dados, houve um momento pré-grupo, no qual os sujeitos receberam o termo de consentimento informado, esclarecendo os objetivos, finalidades e a construção da pesquisa, bem como as informações sobre o sigilo e anonimato respeitados. Os sujeitos concordaram participar da pesquisa, e a coleta de dados deu-se em três grupos focais (maiores detalhes podem ser lidos nas crônicas dos grupos nos capítulos seguintes).

As três sessões de grupo foram gravadas e transcritas na íntegra para elaboração das crônicas e posterior análise. Toda a coleta de dados foi realizada pela intervenção grupal, que buscou a construção do conhecimento em torno da discussão de competência do

enfermeiro para atuar na área de psiquiatria e saúde mental, tendo como referencial a noção de competência construtivista.

As crônicas foram elaboradas, seguindo as orientações do Curso de Especialização de Coordenador de Grupo Operativo do Instituto Pichon-Rivière<sup>7</sup>, podendo ser lidas (Anexo VI).

Para manter o anonimato dos sujeitos nas crônicas, eles foram codificados em PROFESSORA 1, PROFESSORA 2, PROFESSORA 3, PROFESSORA 4, ENFERMEIRA 1, ENFERMEIRA 2, ENFERMEIRA 3 e ENFERMEIRA 4.

### **Análise dos dados**

Na análise dos dados coletados, disponibilizamos esforços para estabelecer as conexões, mediações e contradições dos fatos constitutivos da problemática pesquisada, representando um trabalho de identificação dos determinantes fundamentais e secundários do problema.

É no trabalho de análise que se busca superar a percepção imediata, as impressões primeiras, a análise mecânica e empiricista, passando-se assim do plano pseudoconcreto ao concreto que expressa o conhecimento apreendido da realidade. É na análise que se estabelecem as relações entre a parte e a totalidade. (Frigotto, 1997, p. 88-89).

Minayo (1998; 1999) descreve três finalidades da análise do material coletado: a primeira como heurística por se inserir no contexto de descoberta das pesquisas, estabelecendo uma compreensão dos dados coletados; a segunda é a “administração de provas”, isto é, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e ou responder às questões formuladas; a terceira é ampliar o conhecimento a respeito do assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural, da qual faz parte.

---

<sup>7</sup> Sugerimos a leitura da referência: Lucchese, 2000.

Para a análise e interpretação dos dados coletados, utilizamos a técnica da Análise de Discurso. Segundo Silva (2002), a Análise de Discurso é reconhecida desde os anos finais da década de 60 do século XX, com os trabalhos de Pêcheux, destinando-se aos pesquisadores que buscam investigar a língua em uso, contemplando a forma e função, considerando a língua em sua dualidade e a produção de sentido(s) do discurso, como uma resultante de processos de interação social.

Gill (2002) ressalta que existem diversos e diferentes enfoques para realizar a Análise de Discurso, ligados às tradições teóricas adotadas. Mesmo em um universo variado, os estilos de análise rejeitam a idéia de que a linguagem é puramente uma expressão neutra de refletir ou descrever o mundo e são convictos da importância central do discurso na construção da vida social.

A autora descreve algumas características-chave dessa forma de trabalhar os dados: adoção de uma postura crítica sobre o conhecimento em questão; a condição de reconhecimento da historicidade e da cultura das coisas do mundo; a convicção de que o conhecimento é socialmente construído; reconhecer que a construção social de pessoas, fenômenos ou problemas estão ligados a ações e práticas.

Nesta pesquisa, o discurso foi entendido pelos pressupostos estabelecidos por Maingueneau<sup>8</sup> (1984 apud Fiorin, 2002, p. 42) que explicita uma formação discursiva como “um sistema de coerções que garante a boa formação semântica”; superfície discursiva, como sendo “o conjunto de enunciados produzidos conforme esse sistema”; e o discurso como a relação que une esses dois elementos, ou seja, “o conjunto virtual dos enunciados que podem ser produzidos conforme as coerções da formação discursiva”.

Para Fiorin (2001, p. 79) o discurso

---

<sup>8</sup> Maingueneau, D. *Semantique de la polemique. Discours religieux et ruptures edeologique au XVIIe siècle.* Lausanne, L'Age d'Homme, 1984.

[...] é um dos patamares da constituição do significado, em que um enunciador reveste formas mais abstratas com conteúdos concretos...O discurso é a atualização de uma competência discursiva do falante, isto é, de capacidade de estruturar discursos. A nosso ver, é no discurso que se manifestam, com toda plenitude, as coerções ideológicas que incidem sobre a linguagem.

Convém lembrar que o importante a ser identificado no depoimento é sua veridicção, ou seja, o que ele traz de verdadeiro. Ao analisar um discurso não pretendemos colocar em cheque sua posição ideológica e, sim, compreender a visão de mundo do enunciador, reconhecendo, interpretando e reinterpretando as concepções do sujeito sobre o objeto. (Car, Bertolozzi, 1999)

Segundo Fiorin e Savioli (2002, p. 72), a análise de discurso ocorre pelas estruturas do discurso ou estruturas narrativas com seus elementos concretos (figuras) e elementos abstratos (temas): *figuras* “são palavras ou expressões que correspondem a algo existente no mundo natural: substantivos concretos, verbos que indicam atividades físicas, adjetivos que expressam qualidades físicas...”. *Temas* são “palavras ou expressões que não correspondem a algo existente no mundo natural, mas a elementos que organizam, categorizam, ordenam a realidade percebida pelos sentidos”.

Para a análise dos discursos coletados, durante as sessões de grupo focal, utilizaremos a técnica proposta por Fiorin e Savioli, adaptada por Car, que está fundamentada na teoria da Geração de Sentido que permite a depreensão das frases temáticas. (Car, Bertolozzi, 1999)

Operacionalização da análise: após a gravação em fita cassete, as sessões grupais foram transcritas de forma integral, preservando as características originais. Nessa fase de organização do material, houve uma leitura exaustiva e repetitiva do material transcrito, para se familiarizar com as mesmas, tornando possível apreender os temas subjacentes. Neste momento, os temas e figuras, grifados no próprio texto foram identificados.

Na etapa seguinte, o encadeamento e a articulação entre temas e figuras foram buscados para levantar as congruências e ou ambigüidades nas falas dos sujeitos.

Seguidamente, processou-se a recomposição das frases temáticas que sintetizaram os temas e subtemas do discurso em sua totalidade identificados no texto da análise com a letra T (frase temática), seguida por um número de ordem de surgimento no discurso e entre parênteses está a letra G, indicando a qual grupo pertence; exemplo *T. 50 (G 1)* esta é a frase temática número 50 do 1º grupo focal.

Por último, ocorreu a decodificação dos discursos, promovida pelo agrupamento das frases temáticas.

Posteriores a esse agrupamento de frases temáticas, a análise prosseguiu com a categorização, isto é, a identificação das categorias empíricas que discutiremos nos capítulos seguintes, constituindo o corpus da pesquisa e analisadas, de acordo com as balizas das categorias analíticas *práxis e relações sociais de produção*.

Temas identificados no material do 1º grupo focal: “Conceituando competência”, “O que é uma situação complexa”, “Quais os saberes para administrar situações complexas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental”, compuseram a categoria empírica “Competência: saber administrar uma situação complexa”.

Os temas identificados no discurso do 2º grupo focal foram: Competência e mobilização de recursos pessoais: os saberes, os saber/fazer, as aptidões/qualidades e os recursos emocionais”; “Competência e a mobilização de recursos do meio”. Estes temas formaram uma categoria empírica abrangente que foi usada, como título deste capítulo “Competência e a mobilização de recursos pessoais e do meio”.

Do 3º grupo focal, emergiram os seguintes temas: “Saber agir em enfermagem psiquiátrica/saúde mental”; “Querer agir enfermagem psiquiátrica e saúde mental”; “Poder

agir enfermagem psiquiátrica e saúde mental”, compuseram a categoria empírica “Agir com competência”.

Esta pesquisa pautou-se nas orientações teóricas do construtivismo em uma abordagem por competência e como referencial metodológico, a dialética marxista. Porque consideramos o aluno sujeito ativo da aprendizagem, que busca por si mesmo conhecimentos e experiências ao ser colocado em situações mobilizadoras de suas capacidades, manifestando a atividade intelectual, criadora e expressiva.

***5 COMPETÊNCIA: SABER ADMINISTRAR***

***UMA SITUAÇÃO COMPLEXA***

---

### Identificação e caracterização social e profissional dos sujeitos do estudo:

Utilizando o instrumento de identificação e caracterização preenchido pelos sujeitos da pesquisa foi possível a construção do material apresentado a seguir:

**Tabela 1** – Dados pessoais dos sujeitos do estudo. Enfermeiros docentes da área de enfermagem psiquiátrica da Escola e enfermeiros dos campos práticos utilizados no processo de formação do aluno. São Paulo, 2005.

SEXO	FEMININO
<b>IDADE</b>	
31 – 40	1
41 – 50	6
51 – 60	-
61 e mais	1
<b>TOTAL</b>	<b>08</b>

Os sujeitos constituíram-se de oito profissionais, do sexo feminino, justificando nossa referência constante aos sujeitos neste gênero. A faixa etária da maioria, isto é, seis encontravam-se entre 41 a 50 anos.

**Quadro 2** – Formação profissional dos sujeitos do estudo. Enfermeiros docentes da área de enfermagem psiquiátrica da Escola e enfermeiros dos campos práticos utilizados no processo de formação do aluno. São Paulo, 2005.

CARACTERÍSTICAS	Nº PARCIAL	Nº TOTAL
<b>FORMAÇÃO ACADÊMICA</b>		
Enfermagem	8	8
<b>TEMPO DE FORMAÇÃO</b>		
15 – 20 anos	4	
21 – 25 anos	4	8
<b>TITULAÇÃO</b>		
Especialista (na área de saúde mental)	2	
Especialista (em outra área)	1	8
Especialista (em outra área) e mestrado	1	
Especialista (na área de saúde mental), mestrado e doutorado	3	
Especialista (em outra área), mestrado e doutorado	1	

As oito mulheres pesquisadas são graduadas em enfermagem, com um tempo entre 15 anos a 25 de atuação na área de enfermagem, um período significativo de trabalho. Todas têm formação complementar de especialidade, embora duas delas não sejam voltadas para área de saúde mental; como era de se esperar, por ser um grupo ligado direta



ou indiretamente à universidade, a maioria dos sujeitos, cinco, têm títulos entre mestrado e doutorado, conferindo-lhes uma outra característica de grupo intelectualizado.

**Quadro 3** – Instituições formadoras freqüentadas pelos sujeitos do estudo, de acordo com a titulação. São Paulo, 2005.

CATEGORIA	LOCAL
Especialização	EERP – USP EEUSP UNIFESP
Mestrado	EEUSP UNICAMP Pontifícia Universidade Católica – SP (PUC)
Doutorado	EEUSP Pontifícia Universidade Católica – SP (PUC)

Observando o quadro acima, podemos verificar que a EEUSP atendeu a todos os níveis de pós-graduação que os sujeitos concluíram durante sua formação, dividindo o espaço com a EERP-USP, UNIFESP, PUC e UNICAMP. Destas instituições, apenas a PUC é de caráter particular.

**Quadro 4** – Atividades profissionais exercidas pelos sujeitos do estudo. Enfermeiros docentes da área de enfermagem psiquiátrica da Escola e enfermeiros dos campos práticos utilizados no processo de formação do aluno. São Paulo, 2005.

ATIVIDADE	Nº PARCIAL	Nº TOTAL
<b>OCUPAÇÃO</b>		
Assistência	3	8
Ensino	4	
Assistência e ensino	1	
<b>INSTITUIÇÃO DE TRABALHO</b>		
Assistencial público	3	8
Ensino público	4	
Assistencial público e ensino privado	1	
<b>RESPONSABILIDADE DE ENSINO NA GRADUAÇÃO</b>		
Graduação prática	1	5
Graduação teoria/prática	4	
<b>RESPONSABILIDADE DE ENSINO NA PÓS-GRADUAÇÃO</b>		
Pós-graduação especialização/mestrado/doutorado	3	4
Pós-graduação mestrado/doutorado	1	
<b>TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO ATUAL</b>		
0 - 3 anos	3	8
4 - 7 anos	4	
8 - 11 anos	1	
<b>Tempo de atuação na área de Psiquiatria/Saúde mental</b>		
-- < 5 anos	2	8
5 < 10 anos	1	
10 < 20 anos	2	
> 20 anos	3	

Das oito enfermeiras, quatro são docentes da Escola e estão diretamente envolvidas com o ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental; as quatro demais trabalham na assistência direta ao doente mental, e uma delas também atua como supervisora de estágio de uma outra instituição educacional. Lembrando que, as quatro enfermeiras assistenciais, entram em contato direto com os alunos da Escola, pois trabalham nos campos utilizados para ensino da instituição.

O grupo pesquisado estava empregado em serviços públicos, no ensino ou na atenção ao portador de transtorno mental. Quanto às responsabilidades de ensino direto, os sujeitos dividem atividades entre graduação e níveis diferentes da pós-graduação.

O tempo de atuação dos sujeitos na instituição de trabalho atual foi variável, havendo uma maior concentração entre menos de um ano e sete anos. Já o tempo de experiência na área de saúde mental foi mais representativo, todas as enfermeiras tiveram um período superior a cinco anos, com um número significativo delas com vivência superior a 20 anos; considerando alguns dados do Quadro I, podemos concluir que algumas dessas enfermeiras atuam na área da saúde mental, desde que se graduaram.

### **Competência: saber administrar uma situação complexa**

A competência como “Saber administrar uma situação complexa” foi a categoria empírica que emergiu das frases temáticas da análise do discurso dos sujeitos da pesquisa, durante a reunião do 1º grupo focal. Antes de analisarmos este material empírico, optamos por relatar a dinâmica grupal, para maior aproximação do leitor com os caminhos da pesquisa.

Embasadas na técnica de grupo “pichoniana”, entendemos que os participantes das reuniões deviam tomar ciência das interpretações (leituras) básicas realizadas do processo de trabalho grupal e com a necessidade de termos um acompanhamento e registro dos movimentos grupais, concordamos em elaborar crônicas, disponibilizadas para os sujeitos

na forma de devolutivas a cada início de uma nova reunião. As crônicas seguiram o modelo de análise descrito na metodologia, e aplicado em outro trabalho pela pesquisadora (Lucchese, 2000; Lucchese, Barros, 2002).

### **CRÔNICA: 1º grupo focal**

#### Abertura

A coordenadora (pesquisadora) iniciou a reunião, reafirmando aos participantes o *objetivo contrato* que norteou a tarefa grupal, isto é, definiu os propósitos grupais a que desejava chegar, o por quê, para quê de sua existência. Assim, os objetivos da pesquisa foram agregados ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo entregues para cada participante.

Mediante a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, prosseguiu-se com a proposta de exposição de um tema teórico e posterior trabalho de discussão grupal.

Início da sessão: 14h 5

Termino da sessão: 15h

O tema disparador: “A noção de construção de competências, segundo o construtivismo, sob o referencial teórico de Perrenoud”, que foi trabalhado sob a forma de aula dialogada e uso do recurso audiovisual data-show, durante um período de 20 minutos, antecedendo o início do grupo.

Questão norteadora: “Você pode narrar uma situação que, segundo seu ponto de vista, conseguiu mobilizar saberes e habilidades próprias ou nos alunos, para desenvolver competências?”

O grupo contou com a participação de oito sujeitos, quatro docentes e quatro enfermeiras assistenciais e a pesquisadora. Seguindo o enquadre da questão norteadora,

houve um momento de silêncio, percebido como essencial para reflexão sobre o que foi apresentado, como temática e questão norteadora.

Após, questionaram a coordenadora sobre o que deveria ser discutido, em um ato de reafirmação de objetivo contrato, aos poucos, os elementos do grupo começaram a falar sobre suas vivências, contaram situações em que identificaram a construção de competências nas próprias ações e nos alunos, sempre enfocando o processo ensino-aprendizagem.

#### Desenvolvimento

A temática foi discutida de forma dinâmica, explorando o cotidiano do educador, do educando e do enfermeiro assistencial por meio de situações que envolveram a intervenção no processo saúde-doença do paciente psiquiátrico.

No grupo, as pessoas foram expondo, o que conseguiram internalizar do tema em questão, transpondo os conceitos, em uma tentativa associativa às experiências vividas.

A riqueza do campo prático foi explorada, no que diz respeito às oportunidades de contato com situações complexas envolvendo as diversas relações existentes entre docente-aluno, docente-paciente, aluno-paciente, aluno-enfermeiro, aluno-equipe e enfermeiro-equipe.

A prática foi apontada como uma estratégia otimizadora para a construção de competências no processo de formação; as relações no trabalho da enfermagem psiquiátrica foram descritas como delicadas, emergindo de um espaço em que o enfermeiro ora é desvendado como um profissional competente, quando se dispõe a assumir com responsabilidade as relações com o paciente e equipe, mobilizando saberes e habilidades diante de situações reais; ora desqualificado (em termo de conhecimento e habilidade) para atuar na área de saúde mental.

### Aspectos explorados

- O conceito de competência exposto pela coordenadora foi com frequência revisitado pelos elementos do grupo, em um movimento de desvelamento de seu significado, identificando a competência do cuidado interventivo e uma competência burocrática;
- O conceito de que ser competente é aplicar o conhecimento na prática, diante de situações complexas (valorização do conhecimento para construção de competência);
- A competência, também, foi identificada por um caráter setorial e burocrático, quando comparada às funções e papéis do enfermeiro, dentro de uma instituição;
- No cotidiano da prática, situações problemáticas foram encontradas que exigiram e exigem uma sinergia entre o saber e o fazer. A prática as colocou em contato com o real;
- Às vezes, não se soube agir diante de situações complexas, disto emergiram não só a angústia, mas também a procura pela construção desse saber/fazer;
- A mistificação das técnicas terapêuticas ocorreu, quando o aluno não teve domínio sobre o saber/fazer;
- Os padrões de formação do enfermeiro foram norteados, predominantemente, pelo modelo biomédico (centrado no médico), dificultando a ação do educando e do profissional na área de saúde mental, quando se viram diante de uma realidade que não comporta técnicas, como realizar curativo, dar injeções e tão pouco um fazer prescritivo;
- A formação do enfermeiro reproduziu até os dias atuais o modelo tradicional (o enciclopédico, com grande valorização do conteúdo);

- Os docentes sentiram-se co-responsáveis por esse ensino tradicional;
- O projeto institucional coletivo foi abordado, como sustentador das relações de trabalho em uma equipe multiprofissional e como norteador e responsável pelo cuidado ao doente;
- A própria saúde mental encontra-se em construção.

No decorrer da sessão, houve momentos de desvio da tarefa, porém o próprio grupo realizou um movimento para resgate da temática.

Dois movimentos grupais chamam a atenção pelo valor de pertença e cooperação entre os elementos do grupo. O primeiro, pelo uso do espaço para explicitar a angústia gerada nas relações de trabalho, tendo como referência a equipe multiprofissional. O segundo, pelo acolhimento final dado por um dos elementos a esses enfermeiros, que se angustiaram.

No encerramento, a coordenadora propôs uma dinâmica: dizer uma palavra, ou uma pequena frase que tenha marcado a discussão de hoje; o registro, a seguir, foi de acordo com a seqüência nas quais as frases/palavras foram expressas:

PROFESSORA 1: mudança (até embaralhou aqui na cabeça....);

ENFERMEIRA 3: crescimento (tenho certeza);

ENFERMEIRA 4: reflexão;

PROFESSORA 4: processo;

PROFESSORA 2: descompasso;

PROFESSORA 3: construção/complexo/competente;

ENFERMEIRA 2: competência;

ENFERMEIRA 1: reflexão/revisão.

Vetores<sup>9</sup>:

*Pertença*: formou o grupo diante de uma tarefa e reafirmou o compromisso na discussão do tema disparador.

*Cooperação*: articulou-se, complementando as colocações uns dos outros, confrontando as divergências e compartilhando vivências.

*Pertinência*: permaneceu em um período de pré-tarefa, e logo entraram na tarefa proposta, lidando com o desafio de educar e assistir eficazmente o doente mental. Houve momento de desvio de tarefa rapidamente identificado pelo próprio grupo, que se mobilizou no sentido de resgatá-la.

---

<sup>9</sup> Vetores são definidos Pichon-Rivière (1986) como indicadores da avaliação que nos permite analisar a relação entre conteúdos explícitos e implícitos do grupo, no decorrer de seu desenvolvimento.

*Afiliação e pertença*; afiliação ou identificação representa o primeiro momento da história do grupo, em que a pessoa guarda uma distância até se integrar ao grupo. Ao acontecer uma maior integração, a afiliação torna-se pertença, contribuindo para um mútuo reconhecimento resultando na melhoria de vínculos, conseqüentemente, aumentando o compromisso e a oportunidade grupal.

*Cooperação* representa a articulação das necessidades grupais e individuais, tendo como base os papéis diferenciados. Papéis que em prol da operatividade do grupo devem ser assumidos por diferentes pessoas do grupo, indicando um caráter flexível e interdisciplinar. Neste momento, é que se encontram a confrontação da verticalidade e horizontalidade (história individual e história grupal) no grupo, discriminando distinções e elucidando diferenças neste espaço.

*Pertinência* refere-se ao grau de “centramento” do grupo na tarefa, e o quanto é capaz de esclarecer a mesma. Este indicador permite avaliar a tarefa e está interligado à intensidade da pré-tarefa com a criatividade e produtividade do grupo e suas aberturas para um projeto.

*Comunicação* aqui abrange qualquer tipo de comunicação, com seus elementos essenciais (emissor, receptor, mensagens, codificação e decodificação) constituindo um processo de mútua influência. Por este indicador podem-se avaliar: os papéis e as características comunicacionais, metacomunicacionais e os ruídos; assim como a elaboração das contradições e seus pares que representam possíveis obstáculos à elaboração de vínculos e de conhecimento.

*Aprendizagem* é a mudança qualitativa do grupo, refletindo o grau de plasticidade do grupo diante dos obstáculos, da resolução de ansiedade, adaptação ativa à realidade, criatividade, possibilidade de integração, superação de contradições. Assim, o grupo é capaz de elucidar seu próprio processo, em um espiral, acessando seu desenvolvimento, transformando dialeticamente quantidade em qualidade.

*Tele* - está localizado no vértice do cone, no implícito, representando os aspectos latentes da história dos sujeitos e do grupo. Termo que significa distância, isto é, como as distâncias entre as pessoas são ampliadas ou diminuídas. No contexto do grupo operativo, traduz-se como transferência positiva ou negativa que se dá entre os membros do grupo e com o coordenador, em uma situação em que o grupo se encontra ante a mudança, despertando atitudes, que podem estereotipar ou mobilizar o “centramento” da tarefa. É um momento sensível que atinge as ansiedades básicas, necessitando de melhor habilidade do coordenador em interpretá-los. (Lucchese, 2000, p. 33-35)

*Comunicação:* o tipo predominante foi a comunicação verbal que, na maioria do período, fluiu dinamicamente, havendo momento de ruídos acompanhados de atitudes para reduzi-los, na busca de se fazer compreendido.

*Aprendizagem:* pode-se perceber pelas falas que é um grupo plástico, reflexivo, preocupado em compreender a temática, retomando-a com frequência. Percebeu-se o esforço ao transpor o conceito de competência para as realidades de ensino e prática, cada qual com sua bagagem, conhecimentos e habilidades.

*Tele:* estabeleceu-se clima favorável para a expressão de opiniões e sentimentos convergentes e divergentes.

Pares contraditórios:

Teoria X Prática

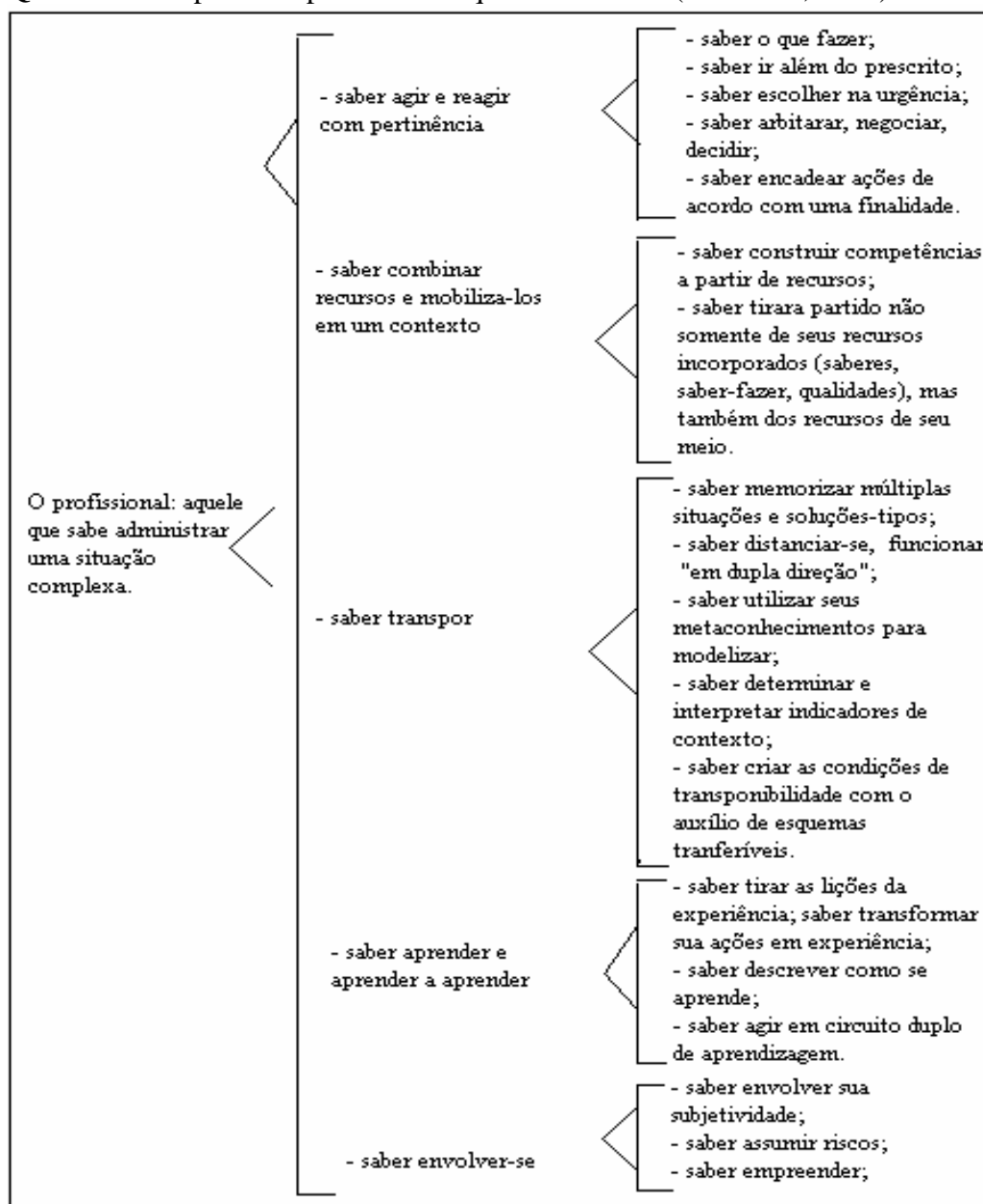
Tecnologia X Magia

Responsabilizar-se X não tomar para si

A questão que norteou a discussão grupal buscou justamente a descrição de uma situação em que os sujeitos conseguiram visualizar a mobilização de saberes e habilidades próprias ou nos alunos. Ao buscarmos a apreensão da significação dos textos dos discursos dos sujeitos, por meio de frases, identificamos que os temas encontrados relacionaram-se aos trabalhos de Perrenoud e Le Boterf sobre a pedagogia das competências e desenvolvimento de competências em profissionais.

Assim, os temas identificados “O conceito de competência”, “O que é uma situação complexa”, “Quais os saberes para administrar situações complexas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental” compuseram a categoria empírica “Competência: saber administrar uma situação complexa”. Esclarecemos que a tematização realizada aproximou-se dos saberes descritos por Le Boterf (2003, p.92) e sintetizados no seguinte quadro:



**Quadro 5** – O perfil do profissional: quadro sintético (Le Boterf, 2003).

Fonte: Le Boterf, 2003, p. 92.

### 5.1 O conceito de competência

Algumas frases temáticas desvelaram dois conceitos distintos de competência. Estimulados pelo tema disparador da sessão grupal, os sujeitos reafirmaram pensamentos de estudiosos da área da educação, quando se preocupam em relatar que o vocábulo

competências circula por diversas áreas, sendo compreendido ou abordado conforme, a referência teórica que utiliza, em um momento específico.

*“Uma competência pode ser tratada como um instrumento burocrático, de caráter setorizado, no qual discrimina funções e rotinas de um profissional ou grupo”. T. 50 (G 1)*

*“As funções, normas e rotinas de um serviço em saúde mental devem ser construídas em conjunto com auxiliares de enfermagem e toda a equipe multiprofissional”. T. 44 (G 1)*

Nas duas frases temáticas foi possível verificar que os sujeitos falaram de uma competência que identificamos como competências burocráticas; trouxeram uma concepção de funções, rotinas, normas estabelecidas em um determinado serviço. Esta concepção foi descrita por Le Boterf como um modelo herdado do taylorismo e fordismo, no qual o sujeito é um operador com competência limitada a saber executar operações, de acordo com prescrições. “A competência se limita a um saber descritível em termos de comportamento esperado e observável... Nesse modelo, a competência é um objeto de um gerenciamento pelo controle” (2003, p. 90).

O estabelecimento das competências burocráticas pareceu oferecer, o controle de um saber/fazer ou a busca por um ambiente de trabalho para alguns, nos quais todas as funções e espaços profissionais estão delineados, portanto, oferecendo menos riscos de atritos e conflitos.

Esta necessidade de controle sobre o meio profissional provocou no grupo reações opostas que revelaram a pouca resolução dessa competência diante de situações de trabalho. Concluíram que, ao descreverem normas e rotinas específicas de cada profissional, não estão constituindo saberes, não mobilizam habilidades e conhecimentos para o enfrentamento de situações reais:

*“Não é uma competência burocrática, administrativa que vai resolver problemas de relacionamento numa equipe multiprofissional”. T. 46 (G 1)*

*“Uma competência burocrática não mobiliza saberes e habilidades para resolver situações-problema, não condiz com o conceito de uma competência de abordagem pedagógica, de uma saber construído”. T. 51 (G 1)*

Os sujeitos descreveram outro modelo que não se identificou com o conceito de competências burocráticas, assim representado:

*“A definição de competência é ampla, inclui saber, informação, atitude, valor, e nos leva a questionar se é uma atribuição da academia ou da prática”. T.53 (G 1)*

Esta forma de conceber uma competência é abordada por Le Boterf (2003) como uma perspectiva da economia do saber. Nesta, o sujeito é considerado um ator, aquele que vai além do prescrito; o profissional sabe agir, tem iniciativa, tem a capacidade de desencadear e conjugar recursos (saber, saber/fazer, outros) e ações, portanto, não haveria uma única maneira de ser competente, em um universo de condutas. O gerenciamento caracteriza-se pela condução, proporcionando a emergência da competência no contexto profissional.

A ambigüidade e o deslizamento semântico em torno da competência deve ser explorado, envolvendo todos seus prós e contras, propondo debates fecundos em busca de conceitos que não se limitam a um rol de habilidades genéricas que atendam as demandas empresariais ou até mesmo educacionais. (Plantamura, 2003).

Pelas frases temáticas, podemos observar que o grupo foi identificando e diferenciando dois conceitos de competência que circundam seu cotidiano. Alguns sujeitos discutiram a competência numa visão pedagógica, como um saber a ser construído, contestando o conceito dos que se mantiveram muito ligados ao funcionamento das

instituições que atuam no estabelecimento e controle de papéis dos profissionais que coabitam esses locais de trabalho.

## 5.2 O que é uma situação complexa

Durante o grupo, as professoras e enfermeiras, sujeitos do estudo, foram revisitando a temática no esforço para relatar uma situação real de mobilização dos saberes e habilidades, convergiram ao eleger o campo prático como cenário promissor para verificação e validação da construção de competência:

*“Pensar em formar competências nos remete às cenas que vivenciamos na prática”. T. 1 (G 1)*

Logo após a apresentação da questão norteadora, os elementos do grupo resgataram vivências cotidianas que traduziram uma concepção de ensino. O ensino esteve vinculado ao enfrentamento de situações-problema e o entendimento de que ensinar requer estar apto a ajudar nesse processo, com o uso de instrumentos como saberes e técnicas no espaço da prática:

*“Situações complexas são:*

- *Estar diante da agressividade do paciente;*
- *Estar diante de usuários que já passaram por vários tipos de tratamento sem sucesso;*
- *Estar diante da angústia, ansiedade de quem sofre mentalmente;*
- *Estar diante do choro, da dor, do abandono da pessoa”. T. 5 (G 1)*

*“O aluno, o profissional, o docente, todos têm o direito de se angustiarem diante do sofrimento psíquico”. T. 2 (G 1)*

*“A prática é que proporciona situações-problema complexas, para serem desenvolvidas as competências”. T.7 (G 1)*

*“Problematizar situações complexas viabilizando um espaço para discussão e reflexão representa um caminho para soluções e crescimento da equipe de enfermagem”. T. 10 (G 1)*

*“Os primeiros contatos com o campo de saúde mental causam medo e ansiedade nos alunos. Com o passar do tempo, tais dificuldades vão sendo superadas, e os aprendizes aproximam-se mais dos pacientes”. T. 16 (G 1)*

*“O paciente psiquiátrico percebe o medo e a insegurança dos alunos de enfermagem”. T.19 (G 1)*

As situações relatadas são desafiadoras aos alunos e profissionais, como a agressividade. O usuário crônico é desacreditado pelos serviços de saúde, o enfrentamento das emoções fica à “flor da pele” daquele que sofre diante do transtorno mental e da indiferença social. O aprendizado por meio dessas situações, também, é extensivo à equipe de enfermagem que buscou o espaço grupal para solução, na cooperação mútua.

As frases temáticas T.16 e T.19 do (G1) relataram a experiência do contato com a área e o usuário da saúde mental teve uma dimensão emocional na aprendizagem do aluno, perceptível até pelo paciente. Em um primeiro momento, o medo e a ansiedade causaram um efeito potencialmente negativo. Mas o único fenômeno citado como responsável para redução desses sentimentos foi o tempo.

O que os depoentes descreveram como situação complexa no ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental mais se aproximou a momentos de impedimento do que promoção à aprendizagem. Circunstâncias mobilizadoras de sentimentos penosos no aprendiz e de difícil resolução na área foram relatadas como um real “tratamento de choque”, ficando distante do que poderia ser um momento didático, promissor à aprendizagem e sua avaliação.

Macedo (2002) descreve uma situação-problema como uma situação didática que propõe uma tarefa, para o qual o sujeito mobiliza recursos, ativa esquemas (hábitos, organização de vida, que pautam nossa conduta) e toma decisões, diferente a uma máquina, que soluciona um problema de forma acrítica, uniforme e pré-programada.

Assim, o ser humano é colocado diante de uma situação que o desafia para uma realização, formula julgamentos, compromete-se com a resposta e decide. Para tanto, são mobilizados valores, estabelecidos raciocínios, enfrentamento de dilemas, julgamento o melhor e o mais justo e realizam, diante do acerto ou erro.

Astolfi et al.<sup>10</sup> (1997 apud Perrenoud, 2000b, p. 42-3) define dez características de uma situação-problema:

- Uma situação problema é organizada em torno da *resolução de um obstáculo* pela classe, obstáculo previamente *bem-identificado*.
- O estudo organiza-se em torno de uma *situação de caráter concreto*, que permite efetivamente ao aluno formular *hipótese e conjecturas*. Não se trata, portanto, de um estudo profundo, nem de um exemplo *ad hoc*, de caráter ilustrativo, como aqueles encontrados nas situações clássicas de ensino (inclusive em trabalhos práticos).
- Os alunos vêem a situação que lhes é proposta, como um *verdadeiro enigma a ser resolvido*, no qual estão em condições de investir. Esta é a condição para que funcione a *devolução*: o problema, ainda que, inicialmente, proposto pelo professor, torna-se “questão dos alunos”.
- Os alunos *não dispõem, no início, dos meios de solução* buscada, devido à existência do obstáculo a transpor para chegar a ela. É a necessidade de resolver que leva o aluno a elaborar ou a se apropriar coletivamente dos instrumentos intelectuais necessários à construção de uma solução.
- A situação deve oferecer *resistência suficiente*, levando o aluno a nela investir seus conhecimentos anteriores disponíveis, assim como *suas representações*, de modo que ela leve a questionamentos e à elaboração de novas idéias.
- Entretanto, a solução não deve ser percebida como fora de alcance pelos alunos, não sendo a situação-problema uma situação de caráter problemático. A atividade deve operar em uma *zona próxima*, propícia ao *desafio intelectual* a ser desenvolvido e à *interiorização* das “regras de jogo”.
- A *antecipação* dos resultados e sua expressão coletiva precedem a busca efetiva da solução, fazendo parte do jogo o “*risco*” assumido por cada uma.
- O trabalho da situação-problema funciona, assim, como um *debate científico dentro da classe*, estimulando os *conflitos sociocognitivos* potenciais.
- A *avaliação* da solução e sua *sanção* não são dadas de modo externo pelo professor, mas resultam do *modo de estruturação da própria situação*.
- O reexame coletivo do caminho percorrido é a ocasião para um *retorno reflexivo*, de caráter metacognitivo; auxilia os alunos a

---

<sup>10</sup> Astolfi J-P, Darot É, Ginsburcer-Vogel Y, Toussaint J. Motsclés de la didatique des sciences. Repères, définitions, bibliographies, Bruxelles, 1997.

conscientizarem-se das *estratégias* que executam de forma heurística e estabilizá-las em *procedimentos* disponíveis para novas situações-problema. (grifos do autor)

Coerente à formação de um profissional crítico e reflexivo, a relação a ser estabelecida entre situação-problema e competência no processo ensino-aprendizagem deveria estar fundamentada na tomada de decisão, mobilização de recursos e saber agir, pois são estas três características a serem viabilizadas por uma boa situação-problema.

Alguns educadores explicitaram pensamentos que poderiam superar as situações de medo e angústia no ensino da prática de enfermagem psiquiátrica e saúde mental:

*“Pensar que as cenas de violência na saúde mental são cotidianas é um mito”. T. 22 (G 1)*

*“O educador precisa dar oportunidade para que o aluno vivencie a relação com o doente mental sem perdê-lo de vista”. T.25 (G 1)*

Chamou a atenção o fato de apenas duas frases temáticas abordando posicionamento positivo ao aprendiz: em um o educador colocou-se na posição de desmistificador da ocorrência freqüente de agressividade dentro dos serviços de atenção ao portador de sofrimento psíquico, sendo necessário trabalhar este fato com o educando, na tentativa de reduzir tensões. Na frase seguinte, o supervisor descreveu-se disponível para o aprendiz, adotando uma ótima distância da relação aluno-paciente, permitindo que o aluno vivencie a relação mantendo um suporte didático-pedagógico.

### **5.3 Quais os saberes para administrar situações complexas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental**

Para Le Boterf (2003, p. 38), o “profissional deve saber não somente executar o que é prescrito, mas deve *saber ir além do prescrito*”. É necessário ser competente para realizar o que está prescrito, mas também é preciso agir diante do imprevisto e das contingências.

O profissional tomará decisões, terá iniciativa, negociará, fará escolhas, proverá recursos, assumirá riscos e preverá incidente. Sob a ótica desse saber, os sujeitos do estudo relataram uma realidade preocupante: alunos e auxiliares de enfermagem não têm claro o que fazer e como avançar neste fazer diante de situações cotidianas, limitam-se a uma prática prescritiva ou buscam uma forma preestabelecida:

*“Diante de situações reais, o aluno não sabe o que fazer e solicita uma fórmula para agir”. T. 3 (G 1)*

*“Auxiliares de enfermagem não sabem o que fazer na área de enfermagem psiquiátrica, porque não desenvolvem técnicas tradicionais de enfermagem, como administrar injetáveis, curativos”. T. 8 (G 1)*

*“Há uma dificuldade de identidade da equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) com a área da psiquiatria/saúde mental”. T. 9 (G 1)*

*“O aluno de enfermagem busca um saber pronto, descrito em uma cartilha que siga prescrições médicas. Essa necessidade, também, é refletida na vida profissional”. T. 29 (G 1)*

Diante da situação relatada, os quesitos criatividade e iniciativa necessárias para um saber agir de domínio profissional parecem não existir, não estão conseguindo formar profissionais com tais saberes. Como consequência, descreveram o aluno que não assumiu responsabilidades diante do usuário da saúde mental, e consideraram a enfermagem, como uma categoria profissional que vem perdendo espaço por não se posicionar por meio de suas ações:

*“Duas formas de não ser competente:*

- *É evitar entrar em contato com o não saber;*
- *Certificar-se dos limites profissionais e não nos disponibilizarmos para as responsabilizações”. T. 23 (G 1)*

*“Os alunos de enfermagem têm dificuldades de serem confiáveis na relação com o doente mental por sentirem medo de serem referência para o paciente”. T. 27 (G 1)*



*“A dificuldade de responsabilizar-se não é especificidade da enfermagem, vem sendo tema de discussão e preocupação em diversas áreas, sobretudo, quando se fala de organização dos serviços” T. 37 (G 1)*

*“A enfermagem vem perdendo suas funções dentro de uma equipe, justamente por delimitá-la e não posicionar-se: ‘... se não tomarmos cuidado, vamos acabar carregando a comadre’...”. T. 39 (G 1)*

Na opinião dos sujeitos, não é o saber agir com pertinência que está sendo trabalhado na formação do enfermeiro e dos demais profissionais da área da saúde, ensina-se bem mais o oposto, profissionais aptos a seguir o fazer prescritivo, isto é, formar-se voltado para uma competência burocrática:

*“A formação do enfermeiro é trincada, tutelar, compromete a autonomia do aluno que é ensinado a seguir ordens médicas”. T.31 (G 1)*

As frases temáticas desnudaram a formação do enfermeiro como castradora do envolvimento profissional, conseqüentemente, a responsabilização pelos atos não poderia ser notada, pois não é exercitada, como uma prática própria deste processo:

*“A formação do enfermeiro não respalda atitudes corajosas de colocar-se hábil e responsável nas relações”. T.30 (G 1)*

Os discursos explicitaram a insatisfação compartilhada do como vem sendo formado o profissional enfermeiro. Criticaram um processo que é descontínuo, tutelar, com valorização de conteúdo. Como resultante, temos profissionais dependentes de ordens médicas, sem autonomia para decidir ou responsabilizar-se, isto é, que se preocupa com o desenvolvimento de competências em um modelo taylorista e fordista, mencionados anteriormente.

Quanto à valorização do conteúdo na formação do enfermeiro, identificamos frases temáticas que explicitaram três posicionamentos distintos:

*“O conhecimento teórico científico respalda o saber/fazer”. T. 15 (G 1)*

*“O ensino de enfermagem reproduz o ensino médio e fundamental, uma vez que prioriza um imenso conteúdo. T.35 (G 1)*

*“A enfermagem não tem saberes próprios que dê conta de todas as questões na área de saúde mental, é necessário buscar em outras áreas”. T. 47 (G 1)*

A frase T.15 (G1) reafirma o saber teórico como condutor da prática, causando a impressão de supremacia da teoria e do conhecimento científico sobre a prática. Ao mesmo tempo, a frase T.35 (G1) faz a crítica ao ensino de enfermagem ao perpetuar a hegemonia do saber sobre o saber/fazer. A terceira postura desvelada pela frase T.47 (G1) contradiz tudo, nega a onipotência da teoria destacando a complexidade da prática em saúde mental e que são os saberes que não comportam todas as questões da prática.

Os discursos dos sujeitos em questão demonstraram uma ligação estreita com as teorias da educação que sustentaram e sustentam o ensino de enfermagem no Brasil, sobretudo com a pedagogia tradicional e tecnicista.

Para Nietzsche (1998), as teorias da educação que mais se manifestaram na história do ensino de enfermagem, foram as pedagogias da Escola Tradicional, da Tecnicista e da Escola Crítica, sendo as duas primeiras, as de maior força. É difícil determinar o aparecimento de uma ou de outra numa linha tempo-espacial, mas observa-se que estas teorias podem coexistir e coabitar um mesmo sistema educacional, perdurando seus traços até a atualidade.

A pedagogia tradicional prioriza a transmissão de conteúdo, por meio de disciplinas normativas, com atividades centradas no professor, ao aluno cabe o papel de receptor da matéria, de decorá-la e reproduzi-la. Não se leva em consideração o conhecimento prévio do aprendiz e tão pouco vincula o conteúdo sua realidade. A relação aluno-professor é

baseada na hierarquia do saber soberano do educador que está sempre em um nível superior, destaque para a autoridade do mesmo. (Libâneo, 1990).

A didática tradicional tem resistido ao tempo, continua prevalecendo na prática escolar. É comum nas nossas escolas atribuir-se ao ensino a tarefa de mera transmissão de conhecimentos, sobrecarregar o aluno de conhecimentos que são decorados sem questionamento [...] (Libâneo, 1990, P. 65).

Muitas das características da pedagogia tradicional brasileira são vistas e sentidas, ainda hoje, na formação do enfermeiro e foi, grandemente, influenciada pela pedagogia católica desde a chegada dos jesuítas ao país.

Para o ensino de enfermagem, este modelo foi consumado com o surgimento da Escola Ana Néri com suas idéias do catolicismo mais difundidas na época. Alguns aspectos das marcas desta pedagogia estão nos currículos: rigidez disciplinar; ensino elitizante; produção do conhecimento deficitário e desvinculado da realidade social; fácil adaptação às diretrizes de saúde do governo, sem questionamento dos mesmos; avaliação que privilegia a conduta moral e técnica de disciplina e auto-disciplina; controle do comportamento das alunas; considerar o aluno de enfermagem passivo e não participativo; relação professor-aluno em sentido vertical e autoritário; postura política alienada; uso da escola como um lugar onde se têm receitas, modelos, demonstrações; não respeito ao conhecimento prévio do aluno, na reprodução dos conteúdos, como verdade absoluta; uso dos exercícios de memorização; aulas expositivas que terminam em avaliação de sua reprodução.

No ensino da enfermagem, as influências da pedagogia tecnicista vieram das exigências do período histórico-político pela qual a sociedade brasileira pós 1964 passou. Nesse momento, houve uma necessidade da educação adaptar-se às diretrizes impostas pelo poder do Estado durante o militarismo.

As escolas de enfermagem foram responsabilizadas pela formação de mão-de-obra de baixa qualidade e foram submetidas a uma reforma curricular que privilegiou uma visão biologicista, mecanicista do processo saúde-doença, focalizando o indivíduo hospitalizado. Assim, neste contexto, ocorreu uma ampliação no número de escolas de enfermagem no país. (Nietsche, 1998).

No Brasil, o tecnicismo educacional desenvolveu-se nas décadas de 50 e 60 do século XX embasado na teoria behaviorista da aprendizagem e na abordagem sistêmica de ensino, que eram as idéias que priorizavam a racionalização do ensino pelo aprimoramento dos meios técnicos e pelo uso dos manuais didáticos como instrumentalizador do processo, cuja operacionalização deu-se por meio da formulação dos objetivos a serem atingidos, o conteúdo a ser seguido, sem questionamento, estratégias e avaliação; ao professor cabe ser o administrador e executor desse planejamento e controlar o comportamento do aprendiz. (Libâneo, 1990).

O tecnicismo fez dos procedimentos técnicos sua bandeira principal, não queremos dizer que o aprendizado de técnicas não sirva mais para a formação do enfermeiro, pois tem sim o seu valor, porém, deverá estar relacionado a um contexto social e passível de ser refletido, questionado e modificado, compreendido como um recurso a mais a ser mobilizado por um profissional diante de uma situação complexa.

Pela vivência dos sujeitos, mesmo diante da difusão das atuais tendências pedagógicas, no ensino de enfermagem ainda predomina o modelo tradicional:

*“Ensinar a seguir prescrições médicas não faz parte do discurso das disciplinas e das escolas de enfermagem, mas na prática é isso que é observado”. T. 65 (G 1)*

Deixaram emergir uma dissociação entre o que os formadores de enfermeiros dizem querer ensinar com o que, realmente, ensinaram. Os alunos aprenderam a transpor

suas habilidades diante de uma situação prescrita por um outro profissional, e os educadores acabam negando tal postura, camuflada por um discurso contraditório.

Para Nietzsche (1998), as abordagens pedagógicas tradicionais e tecnicistas são visíveis ainda hoje no ensino de enfermagem, às vezes, com outras vestes, provocando uma dissociação entre o discurso.

Em estudo realizado por Silva (2003), em uma universidade pública nacional, foi constatada uma freqüente influência do referencial pedagógico tradicional nas práticas educativas dos docentes, sujeitos daquela pesquisa, o que nos leva a inferir que o modelo está mais presente do que se possa imaginar. Nas considerações do autor citado, esta prática do ensino reforça a crença de que a teoria deva antecipar e governar a prática, fazendo emergir diversas contradições, sendo uma delas a prática que é percebida como uma simples aplicação da teoria.

Ide e De Domenico (2001) desenvolveram uma pesquisa que, também, corrobora o cenário desolador do ensino de enfermagem. Os aspectos relatados pelas autoras foram extraídos de várias estudos que abordaram o ensino, embora os meios, os referenciais teórico-metodológicos, os sujeitos e resultados fossem diversos, relacionaram-se no sentido de

- à percepção de uma experiência de profissionalização que, apesar de inscrita numa ordem essencial de aprender a cuidar do ser humano, ainda convive com esquemas de pensamento frágeis em suas premissas e com projetos de ação importantes frente a uma realidade de prática representada pelos participantes como imutáveis e absoluta;
- ao reconhecimento de uma cisão entre as produções de sentidos e a realidade da prática, configurando uma dissociação entre os projetos de atuação veiculados pela graduação e o cotidiano institucional balizado pelo *taylorismo*;
- à consciência do padrão de eficiência pertinente, limitando o espaço de criação e de autonomia profissional;
- à expressão de uma noção de contradição entre o que é possível desejar e pensar a respeito do cuidar e uma representação da realidade que imobiliza projetos, promovendo uma percepção de descompasso e uma sensação de despreparo e de impotência para a superação do interdito (real ou

imaginário), projetado numa instituição representada como estruturante e estruturada. (p. 110).

Ao abordar a constituição de competências na prática educativa, Silva (2003) revelou que os alunos deixam de influenciar a realidade social na qual entram em contato durante o ensino prático, porque, não encontram nesses locais sociais as mesmas condições de trabalho apresentadas em sala de aula, situação esta refletida no distanciamento do aprendiz.

Por sua vez, os depoentes desta pesquisa eximiram-se da responsabilidade do ensino tutelar e prescritivo, remetendo o compromisso desta realidade ao ensino de enfermagem como um todo, como se na disciplina de enfermagem psiquiátrica o fenômeno não existisse:

*“Os alunos de enfermagem são ensinados a seguir prescrições médicas e quando passam pela disciplina de enfermagem saúde mental sofrem um impacto porque não encontram a mesma abordagem de ensino. T.64 (G 1)*

Contraditoriamente, revelaram que algumas ações efetivadas pelo professor em campo, e pertinentes à situação vivenciada, ficaram distantes da compreensão do aluno:

*“Os alunos mistificam algumas técnicas terapêuticas”. T. 18 (G 1)*

*“Desmistificar as técnicas terapêuticas é esclarecer para os alunos que o ocorrido na prática é a implementação da comunicação terapêutica, do relacionamento interpessoal; isso se consegue quando nos permitimos entrar em contato com a pessoa que está em crise”. T. 24 (G 1)*

Estas frases revelaram que o ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental também, enfrenta dificuldades para fazer o aluno compreender e agir sobre a realidade e mobilizar recursos para enfrentamento das situações problemáticas. Isto foi traduzido pela falta de instrumentação dos alunos conseguirem utilizar em campo prático o que foi visto

teoricamente ou para interpretar o que presenciaram sendo mobilizado por profissionais no tempo real, no aqui e agora. Por esta “inabilidade”, o aluno passou a mistificar as técnicas terapêuticas aplicadas em saúde mental. O não domínio do saber/fazer despertou o imaginário, o irreal.

De tudo que analisamos até o momento e pela própria concepção de constituição de competência dos sujeitos, concluímos que o ensino de enfermagem não vem formando para competência:

*“Pensar em construir competências, é pensar no ensino e na prática de um cuidar ampliado, voltado para pessoas que, muitas vezes têm dificuldades de serem ouvidas, de relacionarem-se com os outros ou de estabelecerem uma ação”. T. 49 (G 1)*

Uma frase temática emergida entre a discussão grupal desafiou o grupo a mudar:

*“É necessário ensinar menos conteúdos e voltar o ensino para o que seja necessário para mobilização de responsabilização, de tomar para si alguma coisa, e não o que o outro tenha decidido na terapêutica”. T. 36 (G 1)*

No entanto, que encontramos aqui condiz com o que Perrenoud (1999) chamou de duas visões de currículo que, por sua vez provocaram e provocam dilemas em torno da discussão sobre “cabeças bem-feitas ou cabeças bem-cheias?”. O conhecimento e competência são complementares, a causa de conflito foi a prioridade estabelecida a um ou outro, sobretudo na divisão do tempo de trabalho na aula.

Uma visão de currículo consistiu em percorrer o campo amplo de conhecimentos, sem haver preocupação na mobilização destes, confiando à formação profissionalizante ou à vida a garantia de constituição de competências; esta é forma historicamente dominante e constante do sistema escolar.

A outra visão curricular limitou drasticamente a quantidade de conhecimentos ensinados e exigidos, para dedicar-se de modo intenso à mobilização destes em situações complexas. (Perrenoud, 1999).

### **Falando da articulação dos próprios saberes**

As frases seguintes abordaram os recursos que os depoentes foram desenvolvendo e que deram sustentação ao saber agir do profissional. Hoje, são os recursos internalizados que lhes ofereceram certa autonomia e foram sendo apreendidos, conforme vivenciaram o cotidiano do serviço de saúde mental:

*“As atividades práticas com pacientes fora das instituições de saúde mental promovem situações que fogem do cotidiano institucional. O enfermeiro deve estar atento a tais situações que deixam o paciente mais vulnerável e requer mais atenção, mais diálogo”. T.40 (G 1)*

*“As vivências com pacientes, durante atividades, fora das instituições são ricas e nos faz repensar a prática. São momentos que dispensamos mais atenção para enfermo e percebemos detalhes que no cotidiano das instituições não é possível”. T. 41 (G 1)*

*“Partimos de um conjunto de saber e conhecimento, de nossos sentidos para que possamos intervir sem pedir autorização para tanto”. T. 61 (G 1)*

*“Na área de enfermagem psiquiátrica, é preciso estar atento ao paciente como um todo, identificando e providenciando cuidados, também, às alterações físicas” T.62 (G 1)*

Os depoentes de modo concomitante deixaram transparecer que não estão formando para competência, contaram a própria história, isto é, o caminho que percorreram a fim de constituírem sua competência para atuar em saúde mental.

Ficou evidente que este percurso deu-se muito mais de forma empírica, no exercício da profissão, do que na formação formalizada.

Percebemos preocupação em estar atento às situações que deixaram o usuário da saúde mental “vulnerável”, como os cenários extramuros das instituições de saúde e nos casos que envolveram comprometimentos físicos, destacando a necessidade de cuidados



específicos. Certa tendência foi demonstrada, embora contrária a algumas citações quanto ao cuidado integral desse paciente.

Assim, revelaram o saber aprender a aprender pela própria experiência:

*“Aplicar na prática as teorias e técnicas de comunicação terapêutica e de relacionamento só é possível por meio da disponibilidade de aprender a fazer experimentando”. T. 6 (G 1)*

*“Os profissionais, também têm sentimentos que podem interferir em sua ação, determinando sua competência naquele momento”. T. 21 (G 1)*

A frase temática exposta acima, veio ao encontro com o que Le Boterf (2003) esclareceu ser uma capacidade do profissional, isto é, saber extrair ensinamento das experiências. É fazendo de sua prática uma oportunidade de criação de saber, que o profissional transforma sua ação em experiência e auto-aprendizado e auto-realização. Não há dúvida de que todo esse processo só será possível quando acompanhado de reflexão sobre a ação.

*“Na prática de enfermagem psiquiátrica/saúde mental, não existe um ‘objeto intermediário’ concreto, como uma bandeja, material para curativo ou para administração de um injetável. O “objeto intermediário” é a própria pessoa na relação profissional/paciente”. T.32 (G 1)*

*“As relações terapêuticas aplicadas na prática, muitas vezes são atribuídas a características pessoais, quando, na verdade, são tecnologias que se aprende e se desenvolve”. T.33 (G 1)*

*“A escola não dá conta de todos os elementos para o desenvolvimento da tecnologia para a atenção à pessoa com transtorno mental, é preciso buscar um aprimoramento contínuo na terapia, na vida, no dia-a-dia”. T.34 (G 1)*

Na prática da relação com o paciente, aprenderam que os recursos a serem instrumentalizados são muito mais do âmbito pessoal do que material. Estes recursos que tiveram um caráter formativo, passível de ser investido como uma tecnologia, que é

apreendida e desenvolvida no aprimoramento contínuo, na compreensão de si mesmo e de suas próprias relações, no cotidiano da vida pessoal e profissional:

O profissionalismo é um produto da história do profissional e de seu percurso biográfico, quer trate-se de sua vida pessoal, social ou profissional. Esta é uma das importantes fontes da confiança que lhe é concedida. O cliente do profissional se fia mais na sua experiência do que em seus diplomas. (Le Boterf, 2003, p. 77).

Outro caminho percorrido pelo profissional revestiu-se da capacidade em articular seu posicionamento à sua criatividade, em ir além do que esteve prescrito, fazer algo mais do que esteve estabelecido. Uma das alternativas para que isso ocorra, foi a busca do aprimoramento continuado e mais investimento:

*“Na saúde mental, o responsabilizar-se está vinculado à capacidade pessoal de posicionar-se, pois não existe uma cartilha contendo os passos a serem seguidos nas relações”. T. 48(G 1)*

*“Lutar contra as limitações do enfermeiro numa equipe é buscar saber, disponibilizar-se a aprender continuamente, especializar-se, investir tempo e recursos financeiros”. T. 58 (G 1)*

Tamanho investimento profissional acabou levando à tendência da valorização de especialidade. O profissional ideal para atuar na saúde mental é aquele que teve domínio do especialista:

*“A falta de exigência da especialidade do enfermeiro para atuar na área de saúde mental resulta na limitação da ação e no prejuízo da expressão profissional na equipe multiprofissional”. T. 57 (G 1)*

*“Quando um enfermeiro de uma outra especialidade atua em um serviço de saúde mental causa tumulto, pois não consegue organizar o serviço para atender a demanda da área e solicita materiais inúteis para o atendimento”. T. 43 (G 1)*

O especialista foi considerado aquele que resolve com melhor eficiência as situações de complexidade na área.

Corroborando este posicionamento, Le Boterf (2003), afirma que o profissional especialista tem melhor desempenho em seus procedimentos e no modo de intervenção, contextualiza saberes mais rapidamente mobilizáveis, tem capacidade para saber o momento certo para operacionalizar seus conhecimentos, age de modo mais rápido, em ritmo adequado, tem maior autonomia e assume riscos a título pessoal, sente autoconfiança e sabe administrar sua auto-imagem, enfim, mostra grande regularidade na competência.

Os sujeitos descreveram-se como especialistas, abordaram suas competências e de como foram desenvolvidas, mas não comentaram como as desenvolver ou trabalhá-las no ensino de enfermagem, tendo como foco o aluno. Talvez, sintam-se especialistas para assistir e não se reconheçam como mestres e doutores (ensino e pesquisa), isto é, os depoentes atribuíram-se competência para atuarem na assistência ao usuário da saúde mental, mas não para agirem pertinente às demandas do ensino de enfermagem.

Desenvolver competência profissional requer uma instrumentalização em saberes e capacidades, porém não se limita a essa instrumentalização; existem os recursos que podem ser internalizados como os saberes e habilidades ou aqueles objetivados como as máquinas, documentos, banco de dados. Estes são os recursos mobilizados por um profissional em um determinado contexto, é “saber agir em situação”. (Le Boterf, 2003).

Existe um contexto de uso da competência, pois os sujeitos da pesquisa delinearão alguns desses ambientes: aquele que traduz a realidade em que se esteve inserido, exige do enfermeiro a mobilização da capacidade de se adequar, como explica Le Boterf (2003) que o saber agir em um contexto profissional inclui avaliá-lo e adaptar-se a esse. “A plasticidade está no coração da competência” (p. 52). A própria competência tem seu aspecto variante, não se caracteriza como uma constante:

*“Ser competente em enfermagem psiquiátrica/saúde mental é:*

- *Adequar as ações à realidade local;*
- *Estar junto da pessoa que tem um transtorno mental, acompanhá-la;*
- *Saber ouvir atentamente;*
- *Usar terapêuticamente o silêncio;*
- *Envolver-se, responsabilizar-se pelo relacionamento terapêutico;*
- *Discutir o sentimento de medo”.* T. 4 (G 1)

Ao adequar-se à situação, o profissional empregou alguns recursos, como estar acompanhando, ouvindo, tocar e envolver-se terapêuticamente, responsabilizar-se e dialogar com a pessoa que tem um transtorno mental. Aqui listaram recursos projetados e pertinentes ao próprio grupo, pois, considerando o que foi discutido sobre o quanto os educadores não conseguem formar por competência, estão novamente abordando o que eles sabem fazer:

*“Ações efetivas de enfermagem inclui a comunicação não-verbal no olhar e posicionamento, o verbal no diálogo e no ouvir, e o toque do pegar na mão e fazer massagem”.* T. 17 (G 1)

*“Para resolver um problema complexo, contamos com alguns capitais culturais que nos permite o fazer. Contamos com nossa história, com nossos saberes e habilidades e nossa cultura”.* T.63 (G 1)

Alguns sujeitos relataram outro obstáculo que provocou controvérsias e nos levou a pensar que o grupo passou a buscar um culpado para os problemas no ensino de enfermagem psiquiátrica. O tempo de formação prática foi considerado insuficiente, diante da enorme demanda dispensada à competência responsabilização. Como constituir esta competência em um espaço restrito, que é o de aprendizagem formal; logo, o que foi depreendido como tempo insuficiente, levou-nos a inferir uma falta de reorganização do tempo e espaço escolar, o reaproveitamento lógico e inteligente e voltar o aprendizado para enfrentamento de situações reais:

*“Ser confiável na relação com o paciente em saúde mental, demanda uma enorme responsabilização, difícil de ser desenvolvida num curto espaço de tempo referente ao período de estágio”. T.28 (G 1)*

Quanto ao contexto profissional, também, foram eleitos alguns empecilhos relacionados às relações entre os profissionais da equipe:

*“Quando a atuação e o conceito de enfermagem psiquiátrica e saúde mental não estão claros para a equipe multiprofissional, os demais profissionais tentam ditar normas e delegar funções para enfermeiros e auxiliares de enfermagem”. T.42 (G 1)*

*“A enfermagem psiquiátrica não tem um posicionamento definido, objetivo na equipe multiprofissional”. T. 54 (G 1)*

*“Na saúde mental, as dificuldades de relacionamento entre os profissionais de uma equipe ficam expostos, ‘escancarados’”. T. 55 (G 1)*

Pelas falas, ficou evidente que as experiências em equipe são de submissão do enfermeiro em relação aos demais profissionais e as dificuldades de relacionamento ficaram desnudadas, portanto, o saber conviver não foi trabalhado na formação do profissional.

Apesar de reconhecerem a fragilidade dos enfermeiros na atuação com a equipe multiprofissional, também, responsabilizam os outros profissionais por essa fragilidade. Silveira e Braga (2004) também estudaram uma equipe de saúde mental e constataram o mecanismo inerente ao comportamento dos homens, sempre estão diante de uma situação em que algo não funcione, acreditam na existência de um culpado. O modo de agir transforma as pessoas em seus próprios carrascos e juízes dos outros; além da tendência de considerar que a negligência ou imprudência é do outro e não minha. Pensando, assim, é previsível que esta posição esteja presente em um trabalho em equipe.

As relações em uma equipe podem ser conflituosas, porém não devem ser subestimadas ou negadas, mas, sim, trabalhadas

Existe uma indefinição de papéis na própria comunidade médica, dificultando o entrosamento dos profissionais que compõem a equipe de saúde. E essa alienação apresentada pela equipe é, por vezes, mais grave do que aquela que procura tratar. (Acioli, 2004, p. 3)

As queixas dos sujeitos levaram-nos a questionar se o enfermeiro vem agindo ou apenas compondo uma equipe multidisciplinar. Perrenoud (2000b) baseado em Hutmacher afirma que uma equipe não vigora, caso não consiga “trabalhar sobre o trabalho”.

Para o autor, enquanto uma equipe ficar se lamentando das situações enfrentadas e procurando um bode expiatório, ela não trabalhará. O inverso, quando deixar de lado as lamúrias e passar a agir, lançando mão de toda sua autonomia e capacidade de negociação de um ator coletivo, buscará a realização de seu projeto, afastará restrições e obterá recursos e apoios necessários.

Aos poucos, os sujeitos foram delineando os espaços em que aprenderam a aprender agir em saúde mental e a equipe que foi responsabilizada pelas relações conflituosas, passou a ser descrita com outras características:

*“As discussões grupais são momentos ricos para aprendizagem e interação entre professores e alunos, enfermeiros e equipe”. T. 11 (G 1)*

*“Construir coletivamente o saber/fazer em enfermagem psiquiátrica e saúde mental é uma via possível para desenvolver autonomia profissional”. T. 12 (G 1)*

*“Na saúde mental, muitas vezes, nos deparamos com o não saber/fazer diante de situações reais. Um não saber/fazer que nos coloca em contato com a situação e convoca a construção coletiva de novas possibilidades”. T. 14 (G 1)*

A ênfase foi dada à aprendizagem do saber/fazer por meio das experiências coletivas. A interação grupal enriqueceu as discussões, viabilizou a construção do saber/fazer em busca da autonomia profissional e possibilitou o enfrentamento das dificuldades vivenciadas no momento de resolução de um problema. O ensino de

enfermagem deveria possibilitar a compreensão e a internalização da interdisciplinaridade, visando a uma maior resolução da complexidade do dia-a-dia.

O saber aprender viver juntos, vivendo juntos, representou um pressuposto para superação do individualismo. No Relatório para a Unesco da Conferência Internacional sobre Educação para o século XXI, foram estabelecidos os “quatro pilares da educação”. No sentido de corroborar com as frases temáticas expostas aqui, destacamos o aprender a ser e o aprender a viver em relação aos outros dois pilares o aprender a conhecer e o aprender a fazer. (Faustino, Egry, 2002; Plantamura, 2003)

O *aprender a conhecer* visa não apenas à aquisição de um repertório de saberes, mas também um domínio dos próprios instrumentos do conhecimento, aprender a aprender, aprender a pensar sobre a realidade e a inovar. O *Aprender a fazer* não significa apenas uma qualificação profissional, busca a capacitação do indivíduo a enfrentar numerosas situações e a trabalhar em equipe, desenvolvendo a iniciativa, intuição, comunicação, enfrentamento de conflitos no âmbito das relações interpessoais.

Os outros dois pilares sustentadores da aprendizagem que destacamos nos parágrafos anteriores, são mais pessoais e subjetivos, estruturam o indivíduo a ampliar suas relações; contribuem para a realização de projetos pessoais, que mais adiante promovem uma melhor visão da dimensão da natureza humana e de sua ação na sociedade: o *aprender a ser* contribui com o desenvolvimento total da pessoa, de suas potencialidades pessoais, como a memória, os sentidos estéticos e éticos, responsabilidade pessoal, espiritualidade, imaginação, criatividade, capacidades físicas; e o *aprender a viver juntamente*, e é desafiador para a educação, visa a desenvolver a compreensão do outro e a percepção das interdependências.

Para Plantamura (2003), a descoberta do outro encontra ressonância em uma prática real educativa que contenha a empatia, o reconhecimento, a capacidade de abertura à

alteridade, ao questionamento. Aprender a viver junto é promovido pela participação, desde cedo, em projetos de cooperação nas mais diversas áreas como em ações comunitárias, auxílio aos desfavorecidos, movimentos de solidariedade e outros.

Contraditoriamente ao movimento de encontrar um bode expiatório na equipe multiprofissional, o próprio grupo buscou caminhos para administrar as situações complexas em grupo:

*“O foco tem que ser redirecionado da questão de que outras profissões invadem a área de enfermagem na saúde mental, para o que posso mobilizar para resolver essa situação complexa, situação-problema”. T. 45 (G 1)*

*“Ser competente em grupo vai além de estar diante de uma situação complexa e real, problematizá-la com as pessoas envolvidas e mobilizar em cada uma delas recursos para solucioná-la, é sentir-se autorizado a mexer com aquele problema e tentar resolver”. T.59 (G 1)*

Alguns desafiaram o grupo, como porta-voz do implícito, deixaram emergir o confronto à postura, pois ficar lamentando que existem profissionais invadindo a área da enfermagem, não traz benefícios à equipe, e represente uma fuga ao enfrentamento da realidade. O sugerido foi o movimento de mobilizar recursos para resolver a situação. Outro posicionamento foi compartilhar em grupo as situações vivenciadas. Talvez, isto represente um passo para a abordagem dos conflitos da equipe multidisciplinar.

O conflito faz parte da vida, é a expressão de uma capacidade de recusar e de divergir que está no princípio de nossa autonomia e da individualização de nossa relação com o mundo. Uma sociedade sem conflitos seria, ou uma sociedade de ovelhas, que se curvam sem resistência diante da autoridade do chefe, ou uma sociedade na qual ninguém pensa, o que exclui a divergência, isto é, o progresso que nasce do confronto sobre a ação a empreender. (Perrenoud, 2000b, p. 90)

Outro aspecto dilemático que interfere nas relações interpessoais de uma equipe, foi apontado pelo grupo:



*“Quando um serviço não tem um projeto institucional que respalde e sustente as ações dos profissionais, causa angústia nos enfermeiros de campo”. T.66 (G 1)*

*“Quando a instituição tem um projeto institucional claro, objetivo e construído coletivamente, a tendência é reduzir os conflitos de papéis e funções entre os profissionais”. T.67 (G 1)*

*“Pensar em um projeto institucional é pensar no bem-comum, é abordar o coletivo”. T.69 (G 1)*

A necessidade de um projeto institucional elaborado coletivamente foi citada, pois este respalda o saber/fazer da equipe e sustenta as mudanças. A concepção de projeto terapêutico identificada nas frases temáticas converge com a descrita pela Portaria nº 147, de 25 de agosto de 1994

[...] definido como o conjunto de objetos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Incluindo o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família [...] Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada. (Ministério da Saúde, 2000, p. 78).

Nesta visão, os depoentes avançaram e relataram outras dimensões para um projeto institucional, mas, sem cair na ilusão de tê-lo desvinculado de um certo direcionamento:

*“O projeto institucional da universidade permite criar novas dimensões no ensino, na pesquisa e na extensão universitária, sempre dentro de um certo direcionamento”. T.68 (G 1)*

Os sujeitos citaram um projeto elaborado em conjunto, priorizando os interesses em comum. Se o grupo passar a elaborar, projetar, organizar o que será feito, estará otimizando o saber/fazer específico, nada mais coerente que seja realizado coletivamente.

Realizar um projeto é ir além do simples ato de execução de uma atividade. Para Nogueira (2002), o conceito é mais amplo, é uma irrealidade que vai se tornando real, criando um corpo, mediante as ações feitas e suas articulações. Projeto é algo virtual,

aquilo que ainda está por vir, pois, ainda não, é o atual, mas não se opõe ao presente, já que é uma projeção do futuro. Concluir que a antecipação de sonhos, vontades, desejos, ilusões, necessidades e interesses está antecipada nos projetos.

- construir uma estratégia coletiva a partir de um conjunto de pessoas que não se escolheram e que só têm em comum, *a priori*, o que diz respeito ao exercício do mesmo *trabalho* na mesma organização, isto é, poucas coisas em um *ofício do ser humano*, em que é imensa a parcela dos valores, das crenças, das relações, da afetividade e, portanto, da subjetividade. (Perrenoud, 2000b, p. 100) (grifos do autor)

### Uma reflexão sobre a prática

Entre os discursos que referiram que os enfermeiros não eram formados para a competência profissional, um movimento esperançoso foi feito pelo grupo, na qual encontramos falas que indicaram uma reflexão sobre a prática da enfermagem em saúde mental:

*“Atualmente, a enfermagem em saúde mental passa por um período de transição, está em reforma, enfrenta mudanças no saber e na técnica”. T.56 (G 1)*

Nesta frase, o abordado revela a atual situação de mudança enfrentada pelos serviços em saúde mental, o processo de Reforma Psiquiátrica já perdura por mais de uma década no contexto nacional, um período marcado por avanços e retrocessos.

Em um contínuo lento, alguns ganhos foram significativos como a Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Os avanços, também, estão explícitos nas diretrizes centrais da Política Nacional de Saúde Mental, na qual prevê a redução progressiva e gradual dos leitos em hospitais psiquiátricos, com suporte para assistência aos pacientes egressos dos hospitais por meio da criação de serviços de atenção extra-hospitalar, como os CAPS, residências terapêuticas, centros de

convivência, ambulatórios, programas de suporte social; além do dever de defender e promover os direitos humanos dos pacientes e familiares. (Ministério da Saúde, 2001).

Ao mesmo tempo, em que foram desejados pela massa crítica e ativa de profissionais, familiares e simpatizantes da saúde mental, mobilizaram sentimentos e posturas contraditórias esperadas durante um processo de transformação, que representou mudanças significativas na trajetória histórica da assistência ao doente mental.

Estas propostas romperam com estruturas culturais, com saberes seculares e com o fazer institucionalizado, exigia e exige a ruptura e superação de paradigmas, em toda esta situação que consideramos complexa, encontramos o profissional mobilizando recursos para se adaptar.

O grupo apontou certos movimentos de mudança na assistência ao doente mental, transformações já presenciadas por alguns serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). Dentro de uma proposta de reforma, uma das visões agregadas aos discursos dos entrevistados foi responsabilizar-se pelo usuário do serviço em saúde mental, mediante um projeto institucional, caracterizando uma transposição coletiva:

*“Cuidar do doente mental deve fazer parte do projeto institucional, não é problema específico da enfermagem”. T. 60 (G 1)*

*“O paciente psiquiátrico sabe reconhecer uma atenção competente, classifica como excelente futuro profissional aquele aluno que fica ao lado, ouve seus sentimentos, suas dores”. T.26 (G 1)*

Além de considerar o paciente não só o receptor da combinação de recursos do profissional e do serviço de saúde mental, mas como um avaliador, medidor da qualidade da orquestração e aplicação desses meios.

***6 COMPETÊNCIA E A MOBILIZAÇÃO DE  
RECURSOS PESSOAIS E DO MEIO***

---

Da análise do material do 2º grupo focal, emergiu a categoria empírica “Competência e a mobilização de recursos”. Inicialmente, descrevemos a dinâmica grupal por meio da crônica do 2º grupo focal.

### **CRÔNICA: 2º grupo focal**

Início da sessão: 13h 45

Termino da sessão: 14h 45

Tema disparador: “Pressupostos teóricos que norteiam a construção das competências”

A temática também foi trabalhada sob a forma de aula dialogada e uso do recurso audiovisual data-show, papel e giz de cera no período de 15 minutos, antecedendo o início da sessão.

Questão norteadora: “Para você, quais são os recursos cognitivos e respectivas competências necessárias a serem desenvolvidas nos alunos, para que como futuros enfermeiros possam atuar na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental de forma satisfatória?”.

### **Abertura**

Após a leitura da crônica da reunião anterior (recurso aplicado com forma de retornar ao grupo a própria produção grupal) e a explanação do tema disparador, iniciou-se a sessão com a fala da coordenadora (pesquisadora), que direcionou a questão norteadora aos elementos do grupo.

Participaram do grupo cinco dos oito sujeitos da pesquisa, (quatro docentes, uma enfermeira assistencial) e a pesquisadora. Logo após a apresentação da questão norteadora, houve um breve momento de silêncio, seguido da expressão de alguns elementos,

compondo um movimento de pré-tarefa, percebido nas falas que buscaram uma melhor compreensão do que havia sido ministrado como suporte teórico.

As observações explicitaram o incômodo para sentir que toda a teorização sobre a construção de competências ressoou como uma hiper valorização da prática e das questões úteis da vida. Falaram, também, da própria formação, com predomínio conteudista, questionaram a respeito da utilidade de alguns conhecimentos que aprenderam na escola e nunca utilizaram, abrindo uma breve discussão sobre o que é útil em uma visão mediatista e o ser útil em uma perspectiva mais ampliada.

O momento de pré-tarefa traduziu a tentativa de todos de introjeção do tema proposto. A enfermeira assistencial falou de sua dificuldade para compreender a conceitualização de competência, identificou, indiretamente, o seu lugar, porém presente no processo de formação do aluno, como um membro da equipe profissional de campo prático. Os sujeitos foram se apropriando da temática e do que foi questionado, tateando aos poucos, os significados de útil, eficiente e satisfatório, associados ao âmbito e ao contexto de suas aplicações.

#### Desenvolvimento

Após um reenquadre da temática mobilizada pelos questionamentos dos sujeitos, deu-se o desenvolvimento.

A discussão do grupo focal foi dinâmica, caracterizada por uma diversidade de posicionamentos questionadores, esclarecedores, contraditórios e convergentes diante da temática. Na busca do saber/fazer em saúde mental, os depoentes exploraram a própria formação, vista em um processo contínuo e permanente, identificando os vários movimentos que fizeram durante os anos de atuação (o que pensavam e acreditavam antes e pensam e acreditam hoje) e como construíram e constroem a intervenção no processo saúde-doença do paciente psiquiátrico.

No grupo, as pessoas falaram das relações envolvendo os profissionais da área da saúde, os serviços de saúde e pacientes psiquiátricos no processo de produção social inseridos em uma sociedade capitalista.

Diante da realidade exposta, o desejo de romper com o paradigma dominante verbalizado, os sujeitos descreveram-se em um freqüente vai-e-vem entre o clássico, o padronizado e a necessidade de um fazer diferenciado; um saber/fazer não direcionado ao patológico que priorize o sujeito, aquela pessoa com necessidades próprias e específicas. Para chegarem a este nível de reflexão, usaram recursos pessoais e do meio em que vivenciaram o cotidiano do trabalho e da vida pessoal.

#### Aspectos explorados

- Os conceitos do tema disparador, exposto pela coordenadora foi com freqüência revisitado pelos elementos do grupo, em um movimento questionador, inquietante, sempre em paralelo como os próprios conceitos e crenças;
- Os recursos pessoais e do meio foram utilizados para apreenderem o saber/fazer em enfermagem psiquiátrica e saúde mental;
- Em saúde mental, a enfermagem requer flexibilidade para atuação, constituída por um repertório de vida que inclui vários saberes e vivência prática;
- A escola burguesa (aquela que consolida o modelo capitalista baseada na Revolução Industrial) não é identificada como o espaço que se aprende livre e inteligentemente coisas úteis da vida;
- A função social da escola é variável, conforme as diversas correntes de pensamento;
- A escola em que mantiveram contato como docentes e profissionais assistenciais, não traduziu a função social de tornar sujeitos livres e críticos, pois não fizeram nem a crítica a si própria;

- A manutenção de um determinado modo de organização social, conseqüentemente, dentro da organização social capitalista reflete em uma assistência que restabelecer a capacidade das pessoas para serem produtivas, é satisfatório socialmente;
- Na perspectiva esclarecida no item anterior, o louco foi visto como excluído do processo produtivo, inviabilizando uma assistência satisfatória que deveria ser uma competência para ser trabalhada na saúde mental: saber de toda esta trama de organização social;
- As angústias, o sofrimento do trabalhador da área de saúde mental estiveram vinculadas ao não dar conta de atender a demanda da organização social;
- No contexto de organização social capitalista, atuar satisfatoriamente foi caracterizado como ser “bem treinado” para atender às demandas sociais;
- O deslocamento do objeto de intervenção da doença para a pessoa foi idealizado pelo grupo;
- As diferenças individuais e os recursos pessoais que os alunos dispensaram no processo ensino-aprendizagem foram relatados como: “não ser indiferente às diferenças individuais”;
- A área da saúde mental abriu possibilidade de criatividade na perspectiva do cuidar;
- O próprio saber/fazer na enfermagem psiquiátrica e saúde mental foi discutido como um saber construído, mediante instrumentos (teorias, habilidades) em coerência com o que se pensa, com a prática, com a humanidade;
- O saber/fazer em enfermagem saúde mental foi desmembrado em obter do paciente o que ele procura; no “despsiquiatrizar” a loucura; na bagagem de vida; no persuadir-se de que conviver, conversar são terapêuticos e necessários;



- O processo de mudança requer criar, fazer uma revisão, reestruturação de nossos próprios conceitos e não desprezar o que foi adquirido.

No decorrer da sessão, identificaram um enfermeiro que vem se afirmando no processo de trabalho e possui um posicionamento menos submisso ao médico, quando se reportaram à própria formação, em que a submissão era treinada.

O grupo manteve-se na tarefa, expressando opiniões diversas sobre o tema, realizando movimentos de ressignificação de conceitos, de matrizes teóricas e do próprio saber/fazer.

Alguns elementos do grupo concluíram, diante de toda a bagagem vivida pelos professores, haver necessidade de que o ensino de enfermagem psiquiátrica leve em conta a pouca experiência e instrumentação do aluno para o enfrentamento dos sintomas da loucura.

No encerramento, a coordenadora propôs uma dinâmica: para que desenhassem algo que ajudasse o enfermeiro a atuar em saúde mental e psiquiatria; as falas foram registradas na ordem de expressão:

PROFESSORA 1: “desenhei vários caminhos interligados, representando pensamentos, recursos, busca, olhares, estar aberto, ser plástico”.

PROFESSORA 3: “eu pensei em um arco-íris, sem começo, sem fim, representando perspectiva de coisas variadas, cores variadas, vibrações diversas[...]”.

PROFESSORA 4: “o meu não é um quadrinho, é uma janelinha. Para o enfermeiro abrir a janela e ver coisas legais, bonitas”.

PROFESSORA 2: “desenhei um espelho, para que possa espelhar a humanidade, reconhecer-se ou não no espelho”.

ENFERMEIRA 2: “desenhei uma enfermeira se interrogando sobre a prática, sobre o que fazer, sobre a alienação a que ela é submetida em todos os níveis”.

Vetores:

*Pertença:* houve a ausência de três sujeitos, fato previamente comunicado, o grupo articulou-se diante de uma tarefa, e reafirmou o compromisso ao discutirem o tema disparador.

*Cooperação:* articularam-se, complementando as colocações uns dos outros, com poucos momentos de confronto, de divergências e compartilharam vivências, conceitos expectativas.

*Pertinência:* permaneceram em um período significativo de pré-tarefa, e após entraram na tarefa proposta, lidando com conceitos referentes ao cuidar, assistir o doente mental e ensinar enfermagem em um contexto de organização social.

*Comunicação:* o tipo predominante foi a comunicação verbal que na maioria do período fluiu dinamicamente, havendo momento de discussão mais intensa, com várias falas ao mesmo tempo, confrontando, sustentando ou complementando o que era emergente.

*Aprendizagem:* demonstrou-se um grupo reflexivo, preocupado em expor seus pensamentos, em mudar diante da necessidade de um cuidar diferenciado, mais humanizado, em construir um saber/fazer na enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

*Tele:* estabeleceu-se clima favorável para a expressão de opiniões, sentimentos, credos convergentes e divergentes relativos à temática.

Pares contraditórios:

Escola burguesa X ensino livre e crítico

Cuidar X assistir

Ser produtivo X improdutivo

Doença X pessoa

Recursos pessoais X recursos do meio

O 2º grupo focal foi norteado por uma questão intencionalmente direcionada à descobrir os recursos cognitivos e respectivas competências a serem desenvolvidas no processo de formação do aluno de enfermagem e, assim, deu-se a discussão grupal, resultando em um fecundo material empírico, analisado a seguir. Mais uma vez, aproximamos os temas principais dos discursos dos sujeitos com o trabalho de Le Boterf “Desenvolvendo a competência dos profissionais”.

As frases temáticas identificadas foram agrupadas em dois temas: “Competência e a mobilização de recursos pessoais: os saberes, os saber/fazer, as aptidões/qualidades e os recursos emocionais”; “Competência e a mobilização de recursos do meio”. Estes temas formaram uma categoria empírica abrangente, que foi utilizada como título deste capítulo “Competência e a mobilização de recursos pessoais e do meio”.

Conforme Le Boterf (2003), os recursos pessoais são incorporados às pessoas e constituem-se por saberes, saber/fazer, aptidões ou qualidades, além das experiências acumuladas. Os recursos do meio são aplicados de forma objetivada e constituídos por máquinas, instalações materiais, informações e redes relacionais. Os recursos pessoais como os do meio, devem ser combinados e instrumentalizados de maneira pertinente ao cotidiano de um profissional, e competência é a capacidade para articular ambos os recursos e utilizá-los.

### **6.1 Competência e mobilização de recursos pessoais**

Recursos pessoais podem ser os saberes: teórico (saber compreender), do meio e procedimentais.

Os sujeitos da pesquisa, ao serem questionados sobre os recursos necessários que devem ser desenvolvidos nos alunos, falaram a respeito dos saberes teóricos em um prisma conflituoso:

*“Aprendemos na escola coisas (conteúdos) que nunca iremos aplicar em nossa vida”. T.2 (G 2)*

*“Alguns conhecimentos perdem o valor, se buscarmos apenas um sentido útil e mediatista, mas se olharmos de forma ampliada compreenderemos a sua necessidade”. T.3 (G 2)*

Ao mesmo tempo em que houve um repúdio ao ensino disciplinar de conteúdos jamais utilizados no cotidiano das pessoas, emergiu a preocupação em estar se vinculando a um valor supremo ao que é útil em detrimento a outros conhecimentos que compõem um todo e neste todo haveria uma utilidade. Na verdade, pareceu uma preocupação por não atribuir valor ao saber teórico na mesma proporção, no qual o modelo hegemônico tradicional lhe confere:

*“Para atuar efetivamente na área de enfermagem saúde mental, é preciso exercitar a flexibilidade, ampliar a visão no sentido de compreender que as diversas disciplinas se complementam e possibilitam o fazer”. T.6 (G 2)*

Na frase temática citada foi possível identificar uma preocupação com a articulação das diversas disciplinas na prática. Mas, também, foi percebido o peso valorativo atribuído à disciplina, pois é ela que o fazer.

Em uma visão renovada do ensino, o conhecimento representado pelos saberes disciplinares, é recurso mobilizável, que com outros recursos serão aplicados em uma situação concreta; concluindo, conhecimentos não são renegados, porém, não mais representam uma base única de sustentação do saber ou do fazer e, sim, uma

complementação de igual valor ao saber/fazer, às experiências individuais ou às aptidões e emoções.

“Talvez a abordagem por competências na reformulação dos programas escolares não seja senão a derradeira metamorfose de uma *utopia muito antiga*: fazer da escola um lugar onde cada um aprenderia livre e inteligentemente coisa úteis na vida...” (Perrenoud, 1999, p. 83) (grifos do autor).

A utopia que o autor descreve é sociológica e não apenas pedagógica, pois envolve todos os atores que participam do ensino. Trabalhar com competência requer a adesão dos docentes e das organizações, de uma concepção da cultura, do saber e da ação, portanto, inúmeras oposições são esperadas e talvez uma dessas objeções foi identificada nesta pesquisa, que é a dificuldade para abandonar alguns dos conteúdos teóricos que não mais atendem a necessidade de formação do profissional do enfermeiro.

Na realidade, a renovação do ensino por meio das competências, não prega a menos-valia ao conhecimento, mas, sim, a renúncia da exposição discursiva do conhecimento (ensinar por ensinar) e a adoção do trabalhar as ligações entre conhecimento e situações reais.

Outras frases temáticas representaram o contrapeso à preocupação em nivelar valores entre o saber teórico e os demais saberes:

*“Quando temos como objeto de intervenção a pessoa e não a doença, podemos falar de cuidado e não de assistência”. T.30 (G 2)*

*“Buscar não privilegiar a discussão das psicopatologias e voltar a atenção às funções psíquicas, e a partir delas construir um saber”. T.51 (G 2)*

Ao buscar a pessoa e não mais a patologia e a doença, os sujeitos negaram, o que foi expresso no início desta análise que se preocupou em manter o status do saber teórico.

Assim, provocaram o grupo a pensar na mudança de foco do objeto de intervenção, tanto na assistência como no ensino de saúde mental.

A questão é onde esta mudança de foco foi possível? Na opinião dos sujeitos, o espaço hoje destinado ao ensino formal, representado em nossa sociedade pela escola, nega a liberdade e o aprendizado de coisas úteis à vida, como pode ser reconhecido nesta frase temática:

*“A aprendizagem ocorre de forma mais intensa nos espaços em que há liberdade para troca, como nas discussões informais, nos finais de aulas, em ambientes sociais”. T.62 (G 2)*

*“O ensino formal não é livre, e sim, limitado por um espaço de tempo demonstrado em uma grade curricular, exige avaliação de desempenho e produtividade, existe um padrão e um projeto a ser seguido, prestação de contas a agências financiadoras”. T.63 (G 2)*

Na forma como foi retratado pelos sujeitos o ambiente escolar, não é adequado para uma aprendizagem livre, promissora de troca mútua. Outros meios, como os informais e os sociais tornaram-se adequados para aprender.

A escola percebida como um espaço cerceador da criatividade e da liberdade por acreditarem que o sistema padronizou as ações educativas, que se inicia desde a grade curricular, passando pelas condutas pedagógicas como a elaboração de projetos e a avaliação da aprendizagem e termina nos prazos e normas estabelecidos pelas instituições de fomento à educação e pesquisa.

O grande risco desse posicionamento é abster o ensino formal, representado pela escola, pelo compromisso de tornar o ambiente escolar o provedor da aprendizagem significativa à pessoa e atribuir esse estatuto a outras dimensões sociais.

Na sociedade da informação e do conhecimento, também, conhecida por sociedade da aprendizagem, o conhecimento tornou-se um bem comum e a escola não é mais sua detentora e fonte única. As escolhas em se isolar e constituir-se contra a sociedade ou

compor a sociedade em sua macroestrutura com voz crítica, contextualizada e situada dependerá da escola. (Alarcão, 2003).

Em nossa sociedade, atualmente, os ambientes provedores de aprendizagem são diversos, por vezes, muito mais atraentes, criativos, produtivos, verídicos. Existem informações e fontes de conhecimento por toda a parte, que há de se refletir sobre o(s) possível(is) risco(s) sociopolítico do não gerenciamento e direcionamento adequados da situação e a descaracterização da formação do cidadão do profissional.

Neste contexto, a escola perderá sua função e terá que correr para se atualizar e acompanhar a toda esta revolução.

As aprendizagens na sociedade emergente terão de desenvolver-se de forma mais ativa, responsável e experienciada ou experiencial, as quais façam apelo a atitudes mais autônomas, dialogantes, e colaborativas em uma dinâmica de investigação, de descoberta e de construção de saberes alicerçada em projetos de reflexão e pesquisa, baseada em uma idéia de cultura transversal que venha ao encontro da interseção dos saberes, dos conhecimentos, da ação e da vida. É preciso valorizar a criação de ambientes estimulantes para a aprendizagem e incentivar o desenvolvimento da criatividade, da inovação e da sua divulgação. Deverá descartar-se a explicitação de uma dinâmica espiralada ou biimplicada entre flexibilidade e autonomia que deverá animar a ação educativa. (Tavares, Alarcão, 2001, p. 104).

Os discursos também revelaram um movimento direcionado a mudanças, em um plano ainda discursivo:

*“Fazemos o movimento de tentar superar o paradigma tradicional quando vamos montar a disciplina”. T.31 (G 2)*

*“Romper com o paradigma tradicional requer um trabalho lento, persistente, construído no dia-a-dia”. T.48 (G 2)*

*“Pensamos e acreditamos que o ensino deve estar voltado para a pessoa, mas ainda utilizamos grande parte da carga horária para ensinar etiologia das doenças mentais”. T.56 (G 2)*

*“Na graduação, a idéia é criar condições para que sujeitos olhem sujeitos em qualquer momento do processo saúde-doença”. T.59 (G 2)*

Os sujeitos explicitaram a tendência em buscar novas perspectivas para o ensino em enfermagem, embora as tentativas e atitudes ainda fossem sabotadas pela tendência em manter o padronizado; no caso, o ensino das etiologias das doenças mentais. A necessidade de um outro olhar para o usuário da saúde mental emergiu, com a percepção de uma pessoa em seu processo saúde doença, porém não está claro o “como fazer” a implementação desse ensino.

O saber teórico vincula-se à prática, sem subordinações, necessitando de constante questionamento crítico e da ciência de que se caracteriza por uma certa estabilidade e lenta evolução (Le Boterf, 2003). Passamos a visualizar de forma mais clara a postura dos sujeitos da pesquisa quando fizemos esta leitura:

“As mudanças de paradigmas não são cotidianas. Após períodos de transição mais ou menos longos, podem ser operadas reconstruções importantes em um campo de competências. A mudança de paradigma, para uma teoria, pode, então, construir uma revolução científica”. (Le Boterf, 2003, p. 96).

Tanto no papel de enfermeira ou de docente as educadoras, expressaram o próprio período de transição em que se encontram em um movimento de questionamento da realidade, com idéias renovadas, tentativas frustradas, mas, em movimento:

*“Comparamos os movimentos de superação do paradigma tradicional como se houvesse um muro que nós pulamos de um lado para o outro, mas não o derrubamos”.*  
T.33 (G 2)

A questão da transição do paradigma foi bem clarificada na fala dos sujeitos, na realidade, a transição de paradigma tradicional abrange, tanto o tema pedagógico como as perspectivas do paradigma da desinstitucionalização que circundam a *práxis* do ensino de enfermagem em saúde mental. Em ambos contextos, pedagógico e da Reforma Psiquiátrica



encontramos mudanças do saber/fazer, mas há muito a ser feito e ainda é um cotidiano de incertezas, erros e acertos.

Os profissionais pesquisados relataram estar diante do novo, mas, ainda impregnados do antigo, do conhecido. Mais uma vez, percorrem o caminho de ir e vir, e não o rompimento de paradigma: “*não derrubamos o muro*”.

[...] temos uma crise radical dos paradigmas e epistemologias convencionais, fundamentadas no humanismo racionalista e nos projetos históricos alternativos que marcaram a modernidade, com suas dificuldades inerentes de lidar com a complexidade, com o pluralismo e a diversidade dos campos de saber e de dinâmicas transversais específicas que atravessam as diversas formas de opressão nas sociedades contemporâneas. (Vasconcelos, 2001, p. 166).

A realidade de transição explicitada pelos sujeitos demandou a mobilização de recursos pessoais para adaptação, isto é, para agir conforme a situação:

*“Os loucos estão excluídos no jogo produtivo da sociedade capitalista”. T.20 (G 2)*

Nesta frase temática foi explicitado a condição de exclusão do doente mental do processo de produção social em uma sociedade capitalista, que é regida por determinadas regras que imputam valores às pessoas, mediante as riquezas que conseguem produzir socialmente.

Le Boterf (2003) chama os saberes do ambiente de “o saber que trata dos dispositivos sociotécnicos” que sofrem a ação do profissional. Tratam-se de grupos de saberes do profissional a respeito do contexto, nos quais atuam em uma vasta compreensão, que vai desde o saber sobre um equipamento, perpassando pelos sistemas de gestão, regras e características administrativas, aspectos organizacionais, a quem é destinado o serviço prestado, até o produto final.

Os depoentes perceberam o contexto social da doença mental e falaram de uma força social que direciona as ações profissionais, políticas e assistenciais ao doente mental:

*“Pela lógica de produção da sociedade atual, a assistência ao louco sempre será insatisfatória, pois ele não está incluído no processo de produção e não retorna ao trabalho, após ser atendido pelo serviço”. T.21 (G 2)*

*“Diante da visão social do trabalho e geração de capital, a assistência dentro da saúde é transformar corpos doentes em corpos saudáveis, produtivos e reprodutivos em função do trabalho”. T.24 (G 2)*

*“Para que o enfermeiro seja competente na saúde mental, é necessário que ele saiba que a assistência sempre será insatisfatória no contexto de produção da sociedade em que vivemos”. T.22 (G 2)*

*“Cuidar não tem o mesmo significado que assistência. Assistência satisfatória em nossa organização social é restabelecer a capacidade produtiva das pessoas que adoecem”. T.19 (G 2)*

*“Permanecer ao lado e conversando com o usuário apenas fortalece as relações interpessoais, não necessariamente o habilita para uma função social. Aos olhos da nossa organização social, isso não tem valor, é perda de tempo”. T.40 (G 2)*

Em uma concepção de recursos do meio, podemos afirmar que os discursos dos sujeitos referiram-se aos saberes organizacionais e sociais. Organizacionais por terem descrito sua visão sobre a rede estrutural de assistência à saúde destinada ao doente mental. Sociais porque abordaram suas conclusões sobre a condição social do doente mental em uma sociedade capitalista.

Apoiados na própria percepção do contexto social e organizacional, os depoentes foram delineando a adoção de um conceito assistencial e de cuidado influenciado pelo regime sociopolítico da sociedade. A assistência à saúde, em uma visão capitalista, requer recuperar os indivíduos, reabilitando-os ao trabalho, devolvendo-os à sociedade, para que dêem continuidade à geração de riquezas, não sendo possível acreditar que ao doente mental possa ser empregada a mesma lógica, já que nem todas as pessoas que passam por um tratamento psiquiátrico, retomam suas atividades ocupacionais.

Nos discursos do 2º grupo focal, podemos identificar uma distinção estabelecida entre o que é assistência e o cuidar em saúde mental, e o quanto este fenômeno é carregado de impotência e insatisfação profissional:

*“Na área de saúde mental, podemos cuidar, acompanhar, acolher, escutar, mas somos impotentes para assistir, nossa assistência é insatisfatória no contexto de produção social”. T.23 (G 2)*

*“Nos sentiremos eficazes ou competentes, quando compreendermos que cuidamos e não assistimos o usuário”. T.25 (G 2)*

*“Ao longo da vida profissional, percebe-se que nossa prática em saúde mental está à margem da assistência como produção social de trabalho”. T.26 (G 2)*

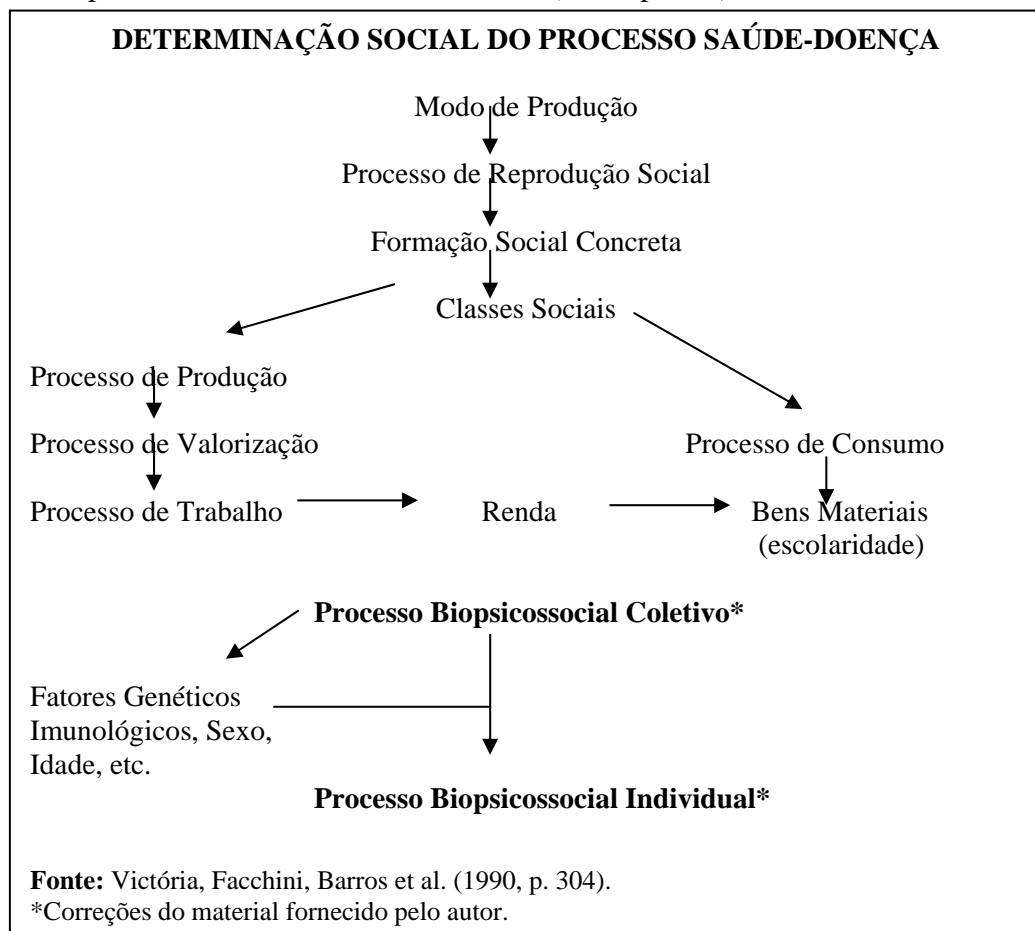
A assistência ao doente mental recebeu uma característica de insatisfatória, ao ser associada à recuperação desse paciente que, por muitas vezes, não promove seu retorno à sociedade com sua capacidade e força de trabalho recuperada. Já, o cuidar foi desvendado como algo possível na área da saúde mental, visto que, como atitude mediatista os profissionais acolhem, escutam, acompanham e, esse relacionamento mais pessoal trouxe, no dia-a-dia, certo conforto no sentido de se perceberem eficazes, competentes diante das necessidades do usuário do serviço.

A não assistência ao doente mental foi atribuída ao sistema sociopolítico da sociedade capitalista, como se ela se resumisse a esse contexto. Em momento algum, houve menção, por parte dos sujeitos sobre o compromisso e envolvimento do profissional que em tese, deveria ser competente para manter uma assistência no mínimo terapêutica. Comodamente, desviou-se o foco de atenção que é de competência profissional para o fenômeno causa-efeito do sistema político-social.

*“Para reduzir a angústia e o medo de um empresário que aguarda uma cirurgia, ou a de um usuário da saúde mental que vive na rua, sujo e desdentado, aplica-se a mesma técnica de intervenção. A diferença está no valor socioeconômico que tem cada um deles,*

*após a internação o empresário retomará sua função social de produção, o doente mental retornará às ruas e continuará sujo e desdentado”. T.43 (G 2)*

Ao usar esta frase temática, identificamos uma aproximação das idéias dos sujeitos, quanto à assistência ao doente mental e ao modelo teórico de determinação social do processo saúde-doença. Esta maneira de pensar o processo saúde-doença estimula uma visão crítica e histórica da assistência aos distintos grupos sociais, o que contradiz é a atitude de se ter um discurso analítico e um fazer passivo no sentido de criticar, porém, sem mobilização para transformar a realidade. Fazemos a observação do modelo esquematizado por Victória, Facchini, Barros et al. (1990, p. 304):



**Figura 1** – Determinação social do processo saúde-doença.

A determinação social do processo saúde-doença foi adotada pelos autores citados com um modelo teórico, por considerarem a possibilidade de se compreender os

diferenciais de saúde entre distintos grupos sociais e o espaço intragrupo. “O modelo empregado propõe que, dado um determinado modo de produção, situa-se um processo de reprodução social que se concretiza em uma dada formação social” (Victória, Facchini, Barros et al., 1990, p. 303). Decidindo, portanto, a estruturação de classes sociais e suas relações.

De acordo com os autores citados (p. 303), o modelo em questão visualiza o processo biopsicossocial coletivo como aquele mediado pelo curso da produção e do consumo, portanto, o trabalhador, como agente social, está exposto, tanto aos riscos ocupacionais como a limitações no acesso à riqueza ali produzida em razão aos seus rendimentos. “Esses rendimentos, por sua vez, determinam os níveis de consumo e, portanto, o acesso a bens materiais de vida que incluem, entre outros, alimentação, moradia, saneamentos, assistência médica, escolaridade, etc”.

Para a compreensão da determinação social do processo saúde-doença, é necessário, sem a pretensão de nos aprofundarmos na teoria, que é bem mais abrangente, abordarmos alguns conceitos pautados no materialismo histórico dialético.

A produção capitalista é produção e reprodução das relações sociais de produção, isto é, na vida em sociedade o homem produz e reproduz meios de vida, portanto, a *produção é uma atividade social*. Ao produzir, o indivíduo estabelece relações mútuas, atuando sobre a natureza e modificando-a assim como a si próprio

O processo capitalista de produção expressa, portanto, uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam a efeito a produção. Neste processo se reproduzem, concomitantemente, as idéias e representações que expressam estas relações e as condições materiais em que produzem, encobrendo o antagonismo que as permeia. (Iamamoto, Carvalho, 2003, p.30).

O processo de produção é considerado como aquele que se reinicia sem interrupção, cuja a reprodução seja sua continuidade o que facilita identificar, pois na visão dos sujeitos da pesquisa sobre a determinação social do processo saúde-doença, o doente mental tem reais dificuldades em se encaixar nessa produção capitalista, pelo fato de ter esta corrente produção-reprodução quebrada.

O homem produz seus meios de subsistência para sobreviver e se, por qualquer razão, ficar desprovido de tais condições, privar-se-á de recursos de subsistência. Na sociedade capitalista, para esse auto-sustento comercializa-se a força de trabalho, cujo valor é variável, conforme as virtudes particulares vigentes no momento. Assim sendo, a reprodução é a forma de perpetuar o capital, gerando mais-valia, associado ao próprio capital e não ao trabalhador. (Iamamoto, Carvalho, 2003).

Na sociedade capitalista, o louco encontra-se excluído do processo de produção, portanto é desvalorizado socialmente. Para Barros, Aranha e Silva, Oliveira (2000, p. 175), houve todo um percurso histórico-social de implantação e manutenção do capitalismo que levou o doente mental à margem do universo onde os meios de existência se produziam e reproduziam. Nesse contexto, a função da psiquiatria foi de regulamentação da condição de exclusão social do louco, tanto que o processo de Reforma Psiquiátrica preocupa-se com a exclusão social dos portadores de transtorno psíquico e tenta reverter tal condição com projeto de inclusão social fundamentado pela cidadania.

A inclusão social de pessoas com transtornos mentais passou a ser de interesse das políticas de saúde mental e um desafio pedagógico para educadores em enfermagem:

O desafio pedagógico para a enfermagem tem sido o de incluir em seus programas de formação e capacitação em enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, conteúdos que possam explicitar e analisar os direitos dos usuários, a participação dos mesmos na tomada de decisões, assim como as articulações entre exclusão e inclusão social, doença mental e cidadania. (Barros, Aranha e Silva, Oliveira, 2000, p. 179)

Diante da percepção desse contexto, os elementos do grupo como profissionais atuantes na saúde mental, citaram o sentimento de ser marginal à totalidade da organização social, potencialmente, geradora de sofrimento e ineficiência:

*“Estar marginal à assistência tradicional parece ótimo, porque podemos buscar novas perspectivas à prática. Ao mesmo tempo, causa sofrimento por não corresponder às expectativas de uma organização social”. T.27 (G 2)*

*“O desejo de uma formatação, de uma receita do fazer está alinhado ao paradigma tradicional em que foram formados”. T.29 (G 2)*

O grupo expressou sentimentos ambíguos, ao mesmo tempo em que foi abordada a possibilidade de novas perspectivas, existiu um sofrimento causado pela exclusão, além da tendência em conservar o modelo prescritivo e normativo. Distanciando-se mais ainda da perspectiva de provocar mudanças no ensino, pois não foi possível identificar movimentos essenciais para tanto, isto é, de ruptura com os paradigmas dominantes e tão pouco a busca de se trabalhar profissionalmente com os sentimentos emergentes do fazer.

Corroborando com as falas expostas, Acioli (2004, p. 4) constatou também a insatisfação no campo de trabalho médico-psiquiátrico: “É constante uma acentuada tensão de expectativa quanto a realização ou não de nossos objetivos humanos e profissionais”. Existem evidências de sofrimento entre os trabalhadores em saúde mental que buscam satisfação na estabilidade, nas realizações, estando diante da ameaça de interrupção da experiência existencial, e a necessidade de obter liberdade para criar novas formas, melhorar a sociedade e o mundo onde vivemos.

Por meio das duas últimas frases temáticas expostas acima, foi possível identificar uma tentativa frustrante de se abster da sensação de ineficiência; buscar um roteiro do saber/fazer em saúde mental.

Roteiros não existem, ou quando há essa pretensão, não funcionam com situações concretas, seria uma tentativa de adaptação ou acomodação ao sistema dominante de terem manuais para tudo. O risco é iminente, causar mais ineficiência, frustração, cerceamento da criatividade, padronização do fazer, mais sofrimento.

*“Não temos respostas prontas, ainda estamos no movimento de ir e vir entre o modo tradicional de trabalhar e as novas propostas de construir o saber/fazer”. T.49 (G 2)*

Percebemos que os sujeitos ao se identificarem em um período de transição, não demonstraram posição confortável para ditarem o como proceder em situações reais, mas ensaiaram o um discurso de alguns saberes merecedores de reflexão para o campo da saúde mental:

*“Para falar da prática do outro, precisamos exercitar o estar na posição (condição) do outro”. T.8 (G 2)*

*“Precisamos fazer a crítica do mundo em que vivemos”. T.15 (G 2)*

*“Saber/fazer em saúde mental é adequar os instrumentos que incorporamos ao longo da formação e da vida profissional, e nos apropriar de outros para resolver problemas reais”. T.50 (G 2)*

*“Para romper com o modelo tradicional, para mudar e transformar a prática:*

- *Não desprezar o conhecimento das psicopatologias, mas não se deter a eles;*
- *Mudar o foco da doença para a pessoa;*
- *Mexer com os instrumentos cognitivos;*
- *Usar a criatividade e a própria condição humana;*
- *Não fazer dos clássicos manuais de psiquiatria uma reprodução do modelo tradicional”. T.58 (G 2)*

*“Estar ao lado, conversar, ouvir o usuário é um saber/fazer na enfermagem em saúde mental”. T.74 (G 2)*

A reflexão sobre os “nós” teóricos dos temas abordados nas frases temáticas ganhou espaço no grupo, porém de maneira superficial, não aprofundou as discussões



sobre os temas. É como se todos soubessem o que deve ser feito, porém todas estas idéias ainda não tomaram uma dimensão transformadora da *práxis* do sujeitos.

A equipe multiprofissional ainda é objeto de culpabilização (1º grupo focal); formamos pouca massa crítica na área de enfermagem; há dificuldades para mobilizar recursos e resolver situações complexas (não se forma para competências); o modelo tradicional está mais presente do que nunca; conversar, ouvir e estar ao lado não foram ensinados:

*“Os alunos expressam que estar ao lado e conversando com o usuário é não fazer nada: ‘\_ Você é enfermeiro aqui e só conversa’...”. T.73 (G 2)*

Talvez, a tímida freqüência da aplicação dos saberes que abordam o relacionamento e troca mútua entre as pessoas na área da enfermagem e, mais especificamente, na formação do aluno, causa no aprendiz uma certa estranheza e a opinião de que nada está sendo feito. Predominou a idéia de que o rol de atividades da enfermagem limita-se aos saberes procedimentais técnicos, com produções concretas, palpáveis.

Como pode ser presenciado, há muito que percorrer em direção de uma mudança no ensino de enfermagem, sobretudo por

[...] compreendemos que a discussão sobre a formação do enfermeiro deve levar em consideração que esta não se reduz a uma questão técnica, à formação de um técnico. Formar o enfermeiro é um processo que envolve múltiplas dimensões da vida humana – intelectual, afetiva, social, estética, ética, cultural, política e múltiplos conhecimentos de várias áreas. (Nascimento, Santos, Caldeira et al., 2003, p. 448-49).

Quanto à aplicação de saberes diversos na prática da enfermagem, identificamos nas falas dos sujeitos pesquisados uma convergência:

*“A enfermagem é uma ciência aplicada, que faz uso de vários saberes, principalmente na saúde mental”. T.7 (G 2)*

*“Ressoa uma tendência utilitarista pensar que somente diante de uma demanda real, do paciente ou do aluno, é que será disparado em nós um repertório para saber/fazer”. T.9 (G 2)*

Em especial, na área de saúde mental, explicitaram a referência e utilização de saberes múltiplos. A presença de variados saberes na otimização do saber/fazer em enfermagem foi constatada, mas não identificamos o movimento no sentido de superar a multidisciplinaridade com a interdisciplinaridade das disciplinas, para que diante de uma situação real se possa articular saberes para agir.

No sistema educacional brasileiro, o professor ainda trabalha seus temas isoladamente, mesmo dentro de um projeto coletivo, não havendo integração ou troca de intercâmbio das diferentes disciplinas. O aluno, nesse contexto, visualiza as disciplinas com o caráter de compartimentação e seus distintos saberes permanecem fragmentados. Esta situação não corrobora com os objetivos da interdisciplinaridade, favorecendo a dicotomia entre a prática e teoria. (Nogueira, 2002).

A multidisciplinaridade é empregada, quando temos disciplinas distintas sendo abordadas com seus diversos conteúdos, sem que haja uma preocupação da prática cooperativa entre elas. Na interdisciplinaridade, a tônica é a integração real das diferentes áreas do conhecimento, não se admite a fragmentação e compartimentação das disciplinas; o trabalho é de caráter cooperativo, troca mútua entre as especialidades, dialógico e planejado (Nogueira, 2002).

Aqui Não abordaremos o que hoje já se busca nas linhas pedagógicas, que é a transdisciplinaridade, já que, ainda, sutilmente, aproximamo-nos da interdisciplinaridade no ensino de enfermagem.

Ao se apropriarem da temática, paulatinamente foram expressando suas vivências e como elas influenciaram em seu modo de agir:

*“Agir de forma satisfatória na realidade que vivemos, é manter o modo capitalista de organização social”. T.17 (G 2)*

*“Trazemos como marca de nossa formação a submissão ao profissional médico, fomos treinados de forma explícita ou subjetiva a chamá-lo de doutor e respeitá-lo”. T.38 (G 2)*

*“Somos uma instituição iatrogênica quando formamos profissionais bem treinados a cumprir ordens médicas”. T.39 (G 2)*

Listaram duas situações que influenciaram a própria prática de enfermagem *modo capitalista de organização social* e a formação profissional. Em ambos os exemplos, conseguimos identificar a ocorrência da submissão do saber/fazer dos sujeitos a uma organização político-social fundamentada na produção e reprodução social, ou ao ensino tradicional e tecnicista durante a formação do enfermeiro com o agravante da supremacia da atividade do profissional médico.

No grupo todos concordaram de que tinham em algum momento no processo de formação, sido orientados, explícita ou implicitamente, respeitar e se submeter às ordens médicas. Concluíram que foi institucionalizado formar profissionais submissos ao médico.

Fundamentados no material empírico, afirmamos que, por longo tempo, o saber proceder em enfermagem foi ensinado e treinado como o saber operar, segundo as ordens médicas e que este domínio foi tão forte que é percebido até os dias atuais. O próprio grupo refletiu isto quando deixa escapar o desejo de ter um saber/fazer descrito como uma receita ou manual:

*“Não corresponder com as expectativas da sociedade nos dá a sensação de ineficiência e o desejo de ter um roteiro predeterminado do fazer em saúde mental”. T.28 (G 2)*

O grupo trouxe um exemplo de como não se deve proceder:

*“Não está correto justificar suas ações nas precárias condições de trabalho, se a remuneração é ruim, faça outra escolha, outro projeto de vida”. T.46 (G 2)*

Esta frase temática torna simplista uma realidade muito complexa na área da saúde. Atualmente, já temos um número significativo de trabalhos que constataram a precariedade que profissionais trabalham e a baixa remuneração, sobretudo no serviço público. Toda esta situação reduz a resolubilidade dos serviços, promove a pouca aderência do profissional, levando ao descrédito, frustração e desvalorização.

Ao mesmo tempo, a postura de “proceder de acordo com o que se ganha” não foi aceito pelo grupo, pois cada profissional tem o direito de escolher, de buscar pela elaboração e efetivação de seu projeto de vida, se torne realizado na profissão.

Nas falas dos sujeitos, assim como no 1º grupo, identificamos a valorização do especialista para operar uma situação na área de saúde mental:

*“A idéia de que a enfermagem saúde mental/psiquiátrica pode perpassar por outras áreas representa um risco de diluição e perda da identidade da especialidade”. T.60 (G 2)*

*“O modo de olhar, de estar ao lado do paciente feito pelo enfermeiro psiquiátrico é diferenciado, não pode ser nivelado com o fazer de enfermeiros de outras especialidades”. T.61 (G 2)*

Segundo os sujeitos, a especificidade em enfermagem em saúde mental/psiquiátrica corre o risco de se extinguir pela perda da identidade, quando acreditamos que possa ser aplicada por várias áreas em diversas especialidades. O enfermeiro especialista na área foi considerado o profissional que tem um saber/fazer diferenciado diante, de situações que envolveram o doente mental.

Pela frequência da preocupação do grupo em relação à equidade de valores atribuída ao saber teórico com o saber/fazer empírico (da prática), quando abordamos o ensino por competência, consideramos relevante aprofundar mais esta análise:

*“O que incomoda na definição de competências é a hiper-valorização da prática e das coisas úteis da vida, pois não temos claro o que isto seria”. T.1 (G 2)*

A fundamentação teórica do trabalho por competência não hiper-valoriza a prática, mas, acreditamos que ela atribui uma importância ao saber experimental que lhe foi negado ao longo dos tempos pela supremacia atribuída ao saber teórico. Como exemplifica Le Boterf: (2003, p.102)

É o “olhar” do forneiro que sabe estimar a temperatura em função da cor da matéria em fusão... É o “nariz” da perfumista que sabe caracterizar o odor sutil de um perfume. É a “intuição” da enfermeira que sabe apontar, mais rápido do que o residente, o doente que vai apresentar complicações nos minutos seguintes. É o olhar do radiologista que interpreta uma chapa fotográfica[...] (Le Boterf, 2003, p.102).

Autores contemporâneos interessam-se pela prática como meio importante à formação do profissional. Assim, Schön (2000) afirma que a solução técnica de um problema, presenciado por um profissional, dependerá da construção anterior de um problema vivenciado que, por vezes, são situações de conflito que apenas a prática poderá ser provedora. Para o autor, um dos caminhos é a aula prática, que define como um mundo virtual que representa características substanciais da prática a ser aprendida, como objetivo de capacitar o aluno à realização de experiências sem grandes riscos, na possibilidade de variação do ritmo, do foco de atividade e repetição. “Aprende suas convenções, seus limites, suas linguagens e seus sistemas apreciativos, seu repertório de modelos, seu conhecimento sistemático e seus padrões para o processo de conhecer-na-ação”. (Schön, 2000, p. 39).

Conforme o autor o elemento chave da educação profissional é o ensino prático reflexivo ou a reflexão-na-ação. Uma estratégia que ajuda os estudantes a desenvolverem o

talento artístico (uma variante do saber tácito) que constitui o cerne para competência em áreas indeterminadas da prática. Ao se referir ao trabalho de Schön, Plantamura afirma:

São exatamente as somas exterminadas da prática que vêm assumindo um aspecto central da prática profissional. Quando um profissional não tem capacidade de reconhecimento ou de resposta diante de um conflito de valores, quando viola seus padrões éticos, quando não vivencia todas as expectativas que ele próprio criou a respeito da sua ação ou se fecha para um problema público que ajudou a criar, está sujeito a desaprovação e insatisfação.(Plantamura, 2003, p. 83).

Ao mesmo tempo em que se preocuparam com a valorização da prática os sujeitos deste estudo afirmaram que ela conduz a uma fazer diferenciado e inovador, mas, adequado à realidade que se atua:

*“Um caminho é utilizar o saber de forma coerente com o que se pensa, com sua prática”. T.52 (G 2)*

*“Queremos construir competências para despsiquiatrizar a loucura, utilizando toda uma bagagem de vidas que inclui conhecimento e vivência”. T.66 (G 2)*

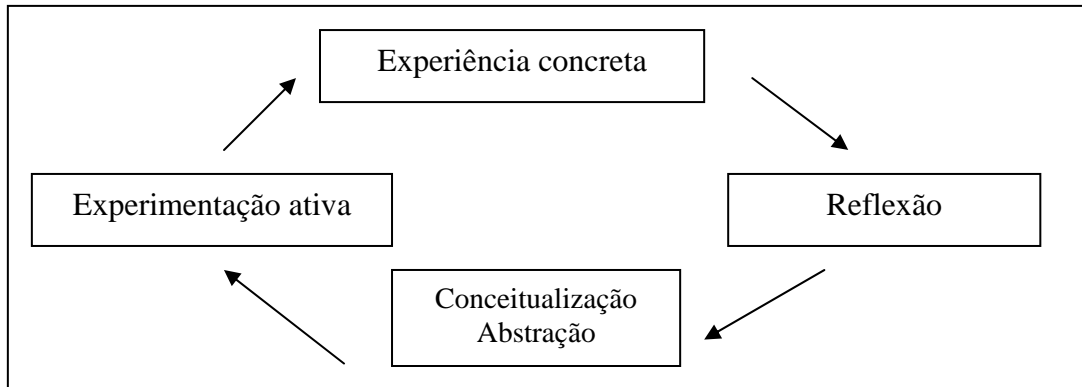
Nestas frases temáticas, os sujeitos deixaram claro que buscam na prática cotidiana a inspiração para mudar e alguns pontos essenciais para constituir o próprio saber/fazer. Mas é no dia-a-dia da *práxis* do ensino em enfermagem na saúde mental que encontram os desafios:

*“É complicado e desafiador colocar o aluno diante de sintomas como a alucinação, pois ele é imaturo e conta com pouco repertório de vida”. T.67 (G 2)*

Os depoentes falaram do desafio em colocar o discente diante de situações altamente requisitantes de recursos emocionais, considerando a pouca habilidade que este teria para lidar com sentimentos despertados, diante dos sintomas do doente mental. Por

outro lado, a aluno precisa desse contato para experienciá-lo e constituir um repertório de vida.

Le Boterf (2003) relata que a reflexão é necessária para tornar uma prática significativa, pois nada justifica o fazer pelo fazer. O saber empírico resulta da aplicação de um ciclo de aprendizagem: “modelo de Kolb”



**Figura 2** – Ciclo de aprendizagem “modelo de Kolb”.

Refletir sobre uma experiência concreta é permitir que o aprendizado funcione como espiral, enriqueça o processo de formação e contextualize a prática. Se não sofrer a reflexão, o saber empírico empobrecerá. Para o grupo pesquisado, a presença do aluno tornou-se um condutor para reflexão da própria formação:

*“Observar o aluno hoje nos remete a refletir sobre nossa própria formação”*. T.37 (G 2)

Esta verbalização é compreendida como um importante passo, para quem queira implementar uma prática reflexiva em sua *práxis*, pois, corrobora com o que Le Boterf (2003) chama de dificuldade em formalizar o saber experiencial, isto porque, um saber que dificilmente é verbalizável; seu conteúdo implícito e subentendido prevalece sobre o emergente. Portanto, uma forma facilitadora da emersão do recheio latente deste saber é deparar-se com situações que causem mobilização interna e que permitam a expressão de

cada experiência. Só por meio desta explicitação será possível aprender a aprender a trama de fatores e recursos, de atores e contexto envolvidos.

O formador deverá ser sensível o suficiente para identificar situações que provoquem as próprias matrizes da aprendizagem, lidando habilmente, transformando esta vivência em uma linguagem compreensível para aprendiz e educador, avançando no saber experiencial de ambos.

No contexto da prática, observamos o desenrolar de outro saber/fazer, o relacional:

*“O espaço de estar com o outro é construído nas relações entre professor, aluno e usuário”. T.68 (G 2)*

*“A relação entre seres humanos têm que acontecer em um espaço possível de troca”. T.55 (G 2)*

*“Poder perceber que as possibilidades terapêuticas nas relações são possíveis e variadas”. T.77 (G 2)*

O espaço propício que possibilitou trocas mútuas entre pessoas, professor, aluno e usuário do serviço foi identificado para aquisição de experiência social. Na opinião dos depoentes o acontecimento das ações terapêuticas esteve a cargo das relações.

Concluimos que a situação-problema implicando as relações interpessoais foi configurada como sendo aquela a ser proposta, para que o aluno de enfermagem experiencie o papel terapêutico na área de saúde mental. Na visão do grupo, o aluno ao se relacionar com o paciente, equipe, professores, funcionários e outros estaria realizando uma tarefa que, ao ser produzida, haveria vivência do “ser terapêutico”, viabilizando sua aprendizagem.

No campo da prática verificaram-se os relacionamentos, as relações identificadas nos relatos dos sujeitos são as mais variadas, mas sempre envolvem o paciente, aluno, professor e equipe:



*“O enfermeiro assistencial percebe-se no processo de formação do aluno de modo indireto, como um membro de uma equipe”. T.5 (G 2)*

*“Os alunos têm suas particularidades que determinam um tempo diferenciado para se integrarem na saúde mental”. T.35 (G 2)*

*“As diferenças individuais dos alunos em se integrarem causa uma apreensão na equipe que passa a buscar uma causa”. T.36 (G 2)*

Na frase temática T.5 (G 2), pelo questionamento do próprio grupo, desveláramos o papel do enfermeiro de campo no processo de formação do aluno. Este profissional autodescreveu-se como sendo um elemento indireto, quando em tese o enfermeiro que exerce seu trabalho em campo utilizado para o ensino, é bem mais do que um elemento da equipe. Por diversas vezes, ouvimos discentes relatarem o quanto estes serviram como modelo para busca da identidade profissional.

O enfermeiro quando está diante do graduando, precisa exercitar sua autocrítica e a tomada de consciência de que é um referencial e ajuda a constituir, cotidianamente, o conjunto de características da profissão que o aprendiz está internalizando.

Nos discursos, o grupo reconheceu as diferenças individuais dos alunos, que determinam a capacidade e o tempo que este levará para se integrar à equipe atuante no campo. As peculiaridades do aprendiz causam apreensão à equipe, que é levada a buscar um motivo. Estas opiniões são reconhecidas como fortificadoras da abordagem por competência, pois, Perrenoud (1999) já discute esse fator ao justificar sua fundamentação na pedagogia diferenciada. Conforme suas palavras, é inconcebível imaginar um trabalho “por competência que não seja facilmente sensível às diferenças, a partir do momento em que os alunos são colocados em situação...” (p. 80). O grande desafio está, justamente, em colocar, diante de uma única situação de aprendizado, alunos de níveis diferentes, sem que isto favoreça àqueles já favorecidos.

Alunos brilhantes para desenvolverem e aplicarem os saberes teóricos podem não ser tão espetaculares com os saberes relacionais ou procedimentais, assim, existem vários fatores que geram esta realidade, dentro do contexto educacional.

Como exemplifica Schön (2000, p. 16) “Dependendo de nossos antecedentes disciplinares, papéis organizacionais, histórias passadas, interesses e perspectivas econômicas e políticas, abordamos situações problemáticas de formas diferentes...”.

Nas falas, os depoentes revelaram uma maior aderência ao tratamento psicossocial:

*“O paciente busca no serviço de saúde mental convivência, para reduzir sua dor, sua angústia, seu sofrimento e não um profissional em específico”. T.65 (G 2)*

*“A medicação é mais fácil de ser oferecida ao usuário do que a convivência”. T.71 (G 2)*

*“A convivência é uma instrumentação possível no ensino e na prática quando compõe a proposta institucional e a dos profissionais”. T.72 (G 2)*

*“Os caminhos são muitos e são interligados, a escolha do enfermeiro deve ser coerente com o que o usuário está buscando. Se o seu maior sofrimento é convivência, então, é o caminho da convivência que devemos trilhar”. T.75 (G 2)*

Embora o relacionamento não seja algo fácil de ser implementado, pois requer um preparo pessoal e profissional complexo, os sujeitos acreditam que nas relações que deve ser fundamentada a assistência ao doente mental, atribuindo, assim, a importância devida ao saber/fazer profissional. Os depoentes reconhecem a alta demanda dos usuários por convivência (relação enfermeiro-usuário); no entanto, admitem não atender esta provocação na mesma proporção que o fazem para outros procedimentos técnicos como, por exemplo, a medicação.

Tomados pelo saber empírico, os sujeitos pesquisados explicitaram a necessidade de atender a demanda da convivência em um contexto de significados distintos: ao passo que para o aluno, ouvir e conversar, estar ao lado “é não fazer nada”; para o paciente,

justamente é a convivência (contendo todas essas ações) que lhe irá reduzir a dor e o sofrimento.

Assim, torna-se pertinente que façamos uma reflexão sobre a práxis como formadores, pois forma-se profissionais com competências para operar altas tecnologias que utilizam objetos de última geração, como intermediários da assistência; para a convivência, o quanto estamos investindo neste saber/fazer, a ponto de não se estabelecer, no aluno, sua aderência.

Além dos saberes e saber/fazer, contam-se como recursos pessoais as aptidões e as qualidades pessoais, que são bastante avaliadas e exigidas no mercado de trabalho, com grande importância para o exercício de uma profissão. Ao mesmo tempo em que são recursos difíceis de serem descritos, são referências para o exercício de uma atividade, especificados em seu contexto. É o saber ser, resultante da interação entre uma personalidade e uma situação em particular; isto resulta na existência de diversas maneiras singulares de agir com pertinência e competência em contexto específico. (Le Boterf, 2003).

Um saber ser humanista foi identificado nos depoimentos do 2º grupo:

*“A vida das pessoas não é igual à vida de um inseto ou tem o mesmo valor da sua conta bancária”. T.42 (G 2)*

*“Não olhar para o usuário como um esquizofrênico, mas compreendê-lo como uma pessoa que tem uma percepção diferente da realidade”. T.53 (G 2)*

*“As relações na prática devem refletir humanidade e transparência entre pessoas”. T.79 (G 2)*

Os depoentes apontaram uma tendência para adoção de práticas mais humanas para atender o paciente psiquiátrico. O que seria um saber ser mais humano? Constituir-se-ia para os sujeitos, não se deixar contaminar pela valorização da produção social capitalista,

provocar a primazia da pessoa sobre o patológico em seu processo saúde-doença, adotar condutas transparentes nas relações.

Compreendemos que, o posicionamento ao grupo em buscar aptidões e qualidades para um saber ser mais humano na relação com o usuário da saúde mental, veio corroborar com o presente momento histórico-social, definido por pós-modernismo:

[...] as correntes identificadas como pós-modernas comungam uma tendência a quebrar as pretensões de cientificidade do discurso modernista e estruturalista, projetando uma concepção inteiramente relativista acerca da validade do discurso científico e da noção de verdade, implicando uma ênfase absoluta no descentramento e na constante produção da diferença na análise dos fenômenos humanos e sociais. (Vasconcelos, 2001, p.133).

O homem pós-moderno busca sua afirmação como indivíduo, dedicando-se a seu mundo, envolvendo-se com as pequenas causas com metas pessoais de curto prazo. Todo este movimento reflete-se na educação que, por sua vez, não consegue se mobilizar e acompanhar as transformações no mesmo ritmo do que o da sociedade, mas busca mudanças no sentido de privilegiar a crítica, a diversidade, as minorias étnicas, a pluralidade de doutrinas, os direitos humanos, extinguindo os estereótipos, ampliando o horizonte de conhecimentos e de visões de mundo. (Gadotti, 2001b).

Ao projetarem o **ser** que almejavam ser, os sujeitos aproximaram-se dos referenciais da pós-modernidade:

*“Nos sentimos agentes da transformação do fazer”. T.57 (G 2)*

*“Ser plástico e estar aberto a novas possibilidades na assistência, para atender a necessidade do usuário”. T.76 (G 2)*

*“Capacidade para se auto-conhecer, fazer a autocrítica e auto-avaliação, questionando sua prática e, deixar emergir a alienação do trabalho”. T.80 (G 2)*

A autodefinição realizou-se: agentes de transformação aqueles que têm característica de flexibilidade das ações, de auto-avaliar-se, de autocriticar-se, prevenindo, assim, a alienação do trabalho. Consideramos, aqui, uma autodefinição de sujeito pós-moderno.

Os sujeitos que vivenciam um contexto histórico-social de pós-modernidade trouxeram em seus diálogos, traços específicos deste momento, como alguns descritos por Teixeira (1993):

- O processo de personalização que afirma as diferenças e valores pessoais, confrontando com a massificação e padronização impostas pela modernidade. O processo é regido por dois princípios - “Todo ser é um e diferente”, “Todo ser que é um e diferente é um ser de valor”;
- É o processo da libertação em relação aos indivíduos e as relações sociais. Sobre as relações sociais é insustentável que uma pessoa domine uma outra ou a um grupo por que tem poder, os princípios regentes são – “Todo ser é detentor de dignidade”, “Toda dignidade se afirma na liberdade”. Referente ao ser pessoal, a liberdade é afirmada pelo individualismo de opções e comportamentos, resultando na idéia de que não cabe à Igreja, sociedade ou quaisquer instituições decidir sobre o que é bom ou mau nas relações e no modo de se comportar, seus princípios – “Tudo o que é natural é bom”, “Tudo que é bom é moral”.

Prosseguindo com a análise, destacaremos agora o que o grupo falou sobre os saberes emocionais:

*“Sofrer e pensar são fenômenos humanos”. T.54 (G 2)*

“A alucinação é algo angustiante e de difícil enfrentamento, tanto para quem a vivencia quanto para aquele que cuida”. T.69 (G 2)

Os sujeitos relataram situações que mobilizaram saberes emocionais no sentido dificultador da relação com o doente mental. Os sentimentos explícitos complicam o enfrentamento do cotidiano dos serviços de saúde mental e, talvez, por isso, acabam não sendo bons indicadores para uma ação efetiva; contrariando, assim, a importância do saber emocional à constituição de competência que seria o de orientar o saber/fazer e não o de torná-lo confuso.

Em todo o processo ensino-aprendizagem, deparamo-nos com as questões emocionais, tanto de forma explícita ou latente. Na enfermagem, em específico, quando estamos em campo prático desenvolvendo os saberes empíricos, deparamo-nos com uma série de situações, nas quais, vemos nos educandos e em nós mesmos, as emoções emanarem; não considerando aquelas vezes nas quais não fomos sensíveis o suficiente para percebê-las.

## 6.2 Competência e mobilização de recursos do meio

Os recursos do meio, definidos no início da análise desta categoria empírica, são externos ao profissional, podem ser constituídos por equipamentos, os meios de trabalho, maquinário, as informações e as redes relacionais. É conclusivo que a qualidade das competências dependerá da propriedade de combinação entre os recursos incorporados mobilizados com os recursos do meio utilizados. (Le Boterf, 2003).

Os recursos do meio relacionam-se intimamente com os saberes do meio, pois estes representam o conhecimento do profissional a respeito do contexto no qual age. Portanto, ao identificamos os saberes do ambiente nas falas dos sujeitos deste estudo e, também, quais recursos estiveram presentes na *práxis* e nas *relações sociais de produção*.

Para analisar este tema, utilizaremos as frases temáticas que delinearão os espaços da aprendizagem:

*“A nossa escola burguesa não é um espaço em que se aprende livre e inteligentemente coisas úteis à vida”. T.10 (G 2)*

*“As escolas que podem estar ensinando livre e inteligentemente coisas úteis para a vida, são a escola grega, a indígena, a vida, o mercado...” T.11 (G 2)*

*“A escola burguesa não tem a função social de promover um aprendizado livre e inteligente, e sim, vem consolidando-se como uma escola teórica de reprodução”. T.13 (G 2)*

Os depoentes caracterizaram o recurso escola, como uma instituição formalizada de ensino e a concepção de macroespaço. Para eles, a escola foi vista como transmissora de uma educação que serviu e serve como modo de reprodução das organizações, normas e valores da sociedade capitalista, tanto que a denominaram como “escola burguesa”, portanto, mantenedora da ideologia dominante.

Esta escola não produzirá um ensino livre e inteligente, direcionado à aprendizagem das coisas úteis da vida.

Pelas frases temáticas, verificamos a ciência da educação inserida no contexto político-social capitalista, mas, concluem que não conseguem fazer nem a crítica a esse modelo educacional:

*“Nós não conseguimos fazer da escola um espaço para a aprendizagem livre, porque ainda não conseguimos nem criticar o modelo burguês que prevalece no sistema capitalista”. T.14 (G 2)*

Os sujeitos do estudo desvendaram uma educação reprodutora da produção de trabalho na sociedade capitalista na escola em que atuam. A função reprodutora está presente em toda a estrutura escolar, desde suas instalações físicas, perpassando pela

hierarquização das funções, disposição de horários e grade curricular. Na opinião do grupo, ela cumpriu seu papel:

*“A escola burguesa é o modelo de ensino do sistema capitalista e consolida uma função social”. T.12 (G 2)*

A frase temática designou na instituição escolar o papel de mantenedor das normas sociais, política e econômica, fatores determinantes das relações sociais de produção. Este tipo de educação que predomina nas sociedades capitalistas, funcionou e funciona como excludente e delimitadora da participação de alguns desprivilegiados econômica ou socialmente, contribuindo para a continuidade da transmissão da ideologia dominante.

Canesin (2002) ao abordar a obra *A reprodução* de Bourdieu e Passeron, explica o conceito da teoria da violência simbólica, que é exercida como poder nas comunicações culturais realizadas, tanto pela educação escolar como pela religião. A sociedade é composta por grupos com relação de forças distintas entre dominantes e dominados, e esta diversificação de influências de uns sobre outros, que também se estendem ao modo de agir, pensar ou sentir estão fundamentadas na produção social. Os grupos, como a escola, detentora do poder de impor, legitimamente, seus conteúdos culturais exercem coação social (violência simbólica) aos subalternos.

Para Alves (2004), os programas de aprendizagem encontrados nas escolas são iguais à aprendizagem de receitas que nunca serão feitas, pois são ensinadas as maneiras de agir que não têm significado prático na vida de crianças e adolescentes. O autor vai mais além e compara a memória a um escorredor de macarrão, pois, como um escorredor de macarrão, a memória deixa sair o que não serve, o que não vai ser usado; o escorredor deixa passar a água, retendo o macarrão; a memória do aprendiz esquece rapidamente o



que é forçado a estudar, e este fenômeno não ocorre por falta de memória, mas, sim, porque sua memória funciona bem: “não sei para que serve; deixo passar...”

Aceitemos um fato simples: um programa cumprido, dado pelo professor do princípio ao fim, é só cumprido formalmente. Programa cumprido não é programa aprendido “ mesmo que os alunos tenham passado nos exames. Os exames são feitos enquanto a água ainda não acabou de se escoar pelo escorredor de macarrão. Esse é o destino de toda ciência que não é aprendida a partir da experiência: o esquecimento. (Alves, 2004, p. 61)

Qual seria o programa ideal para a aprendizagem? Na opinião do autor citado, o caminho seria o aprendizado da ciência com base na vida, e a “vida é o único programa que merece ser seguido”. (p. 61).

Enquanto a sociedade feliz não chega, que haja pelo menos fragmentos de futuro em que a alegria é servida como sacramento, para que as crianças aprendam que o mundo pode ser diferente. Que a escola, ela mesma, seja um fragmento do futuro[...] (Alves, 2005, p. 1) (grifos do autor).

O grupo, referiu-se ao microespaço que compõe o ambiente de trabalho:

*“Os lugares (dentro de sala de aula ou no campo) e o número de alunos interferem na possibilidade de trabalhar com um ou outro paradigma”. T.34 (G 2)*

*“Não se limitar aos espaços pré-estabelecidos, e sim ampliar sua visão, ver além do concreto, ser crítico”. T.78 (G 2)*

Estas duas frases temáticas contradisseram-se, enquanto houve a explicitação de um fator limitador da forma de se trabalhar o ensino, adotando ou não um determinado paradigma associado à padronizada sala de aula e ao número de alunos. A frase seguinte, em movimento contrário, buscou romper limites. Na opinião do grupo, criar novos espaços, mais flexíveis, foi uma mobilização diante do tradicional, o já estabelecido na escola, que já foi identificado como reprodutor das relações sociais de produção. Uma concepção de reprodução social e preservação do paradigma dominante, também, foi reconhecida pelos sujeitos do estudo nas instituições de saúde:

*“As instituições de saúde têm a mesma função estratégica da educação ou da segurança, que é a de manter a máquina funcionando”. T.16 (G 2)*

*“Não conhecemos uma instituição que tenha superado o paradigma tradicional, o que vemos são movimentos de aproximação ao novo paradigma”. T.32 (G 2)*

*“Somos tanto algoz quanto vítimas do sistema sócio-econômico em que vivemos”. T.45 (G 2)*

Ao ter como referência, as vivências profissionais, os sujeitos reafirmaram o que explicitaram anteriormente ao falarem do recurso microespaço de trabalho, isto é, o mesmo foi definido como um contexto reprodutor do processo de produção social capitalista. Desvelaram, também, um microespaço resistente às mudanças e mantenedor da desigualdade social, privilegiando uns poucos favorecidos socioeconomicamente:

*“Muitos dos serviços de alta complexidade do SUS são utilizados por pessoas que têm convênio”. T.44 (G 2)*

Em meio a todo esse contexto, a área de saúde mental, ao mesmo tempo em que sofre a injúria da exclusão do doente mental do processo de produção social, foi percebida pelos depoentes como uma área que tem um diferencial:

*“A área da saúde mental abre espaço para a criatividade do cuidar, basta estar disposto para isso”. T.18 (G 2)*

Uma possibilidade de abrir o microespaço para a criatividade, pois este é gerido pelo profissional, portanto, possibilita as tomadas de decisão adequadas à sua competência. Nesta característica profissional, estaria pautada a diferença no tratamento do doente mental.

O profissional também deverá assumir seu papel, não cruzar os braços e procurar um culpado. “É necessário que os técnicos e especialistas abandonem suas redomas e se

envolvam com todas iniciativas voltadas ao bem geral, por mais precárias que pareçam” (Acioli, 2004, p. 3).

Assim, reconhecer as próprias resistências às mudanças e tornar este contexto uma situação complexa, mobilizadora de recursos que viabilizarão o agir, pertinente ao contexto. Neste microespaço também se abre uma vaga para a implantação de ações pertinentes aos ideais da Reforma Psiquiátrica:

*“Não acreditamos na medicalização e na psiquiatrização como estratégia de atenção à saúde mental. Esta postura não é ideológica, ela foi construída diante de nossas experiências”. T.64 (G 2)*

*“A medicação não é o único tratamento, mas é necessário”. T.70 (G 2)*

As frases temáticas apontaram a possibilidade de adoção de estratégias que atendam mais às demandas psicossociais. A concepção de abandonar técnicas que foram reproduzidas por um longo período histórico, foi mobilizada, na visão dos entrevistados, pela convivência profissional. Vivência que apontou para a necessidade de não priorizar mais a medicalização do usuário. Embora não tenham negado o benefício da medicação, afirmaram que ela por si só não bastaria.

Retomando um espaço macro, envolvendo a instituição, o grupo especificou que todos os recursos a serem mobilizados na assistência ao usuário do serviço de saúde mental (microespaço), deverão estar explícito no projeto institucional:

*“Toda a tecnologia assistencial a ser utilizada deve estar explícita no projeto institucional”. T.47 (G 2)*

Formular um projeto exige de seus atores aviar coletivamente estratégias a respeito do exercício de um mesmo trabalho na mesma organização, onde existem outras forças subjetivas circundantes, como crenças, valores, relações e afetividade.

Cabe salientar que discutir sobre projeto assistencial foi de interesse comum aos participantes do grupo, justamente por estar em questão as instituições assistenciais que são utilizadas como campo prático para a formação de enfermeiros.

Podemos até dizer que um projeto desta magnitude, em que revelaria “*Toda a tecnologia assistencial a ser utilizada...*” em um campo prático de aprendizagem, deveria também ser objeto de estudo para compartilhar do projeto pedagógico institucional. Conforme a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei 9.394/96 está sob a responsabilidade das instituições educativas estão a constituição e execução de seu Projeto Pedagógico

O processo de construção e efetivação do projeto envolve análise, reflexão, parcerias entre setores, departamentos, docentes, pessoal operacional, alunos e sociedade. A partir da definição dos fins e valores a serem institucional e coletivamente assumidos, chegando-se às conseqüências na organização curricular e portanto, na direção dada às disciplinas que em seu conjunto compõem, de maneira mais ou menos atualizadas, o quadro teórico prático dos cursos da instituição. (Anastasiou, 2002, p.180).

O desejável estaria na participação mútua das instituições, educadora e assistencial, a escola deve ser convidada a fazer parte da constituição do projeto da instituição assistencial e esta ser partícipe do projeto pedagógico da escola.

A instituição educadora e seus atores (diretores, professores, alunos, profissionais de campo, sociedade) estariam assumindo a responsabilidade social diante dos alunos e com a população atendida no espaço prático utilizado pelo ensino.

O próximo capítulo analisará as frases temáticas, oriundas dos discursos do 3º grupo focal.



O 3º grupo focal revelou características diferentes dos demais grupos, por ter sido conduzida por uma tarefa de síntese do trabalho grupal.

Do material empírico, do referido grupo, emergiu a categoria empírica “Agir com competência”.

**CRÔNICA: 3º grupo focal** - Tema disparador: “Síntese do trabalho grupal”

Início da sessão: 13h 45

Termino da sessão: 15h 00

A temática proposta visou estimular uma síntese dos grupos anteriores, para tanto, utilizamos uma apresentação sucinta dos dois grupos antecedentes. Os temas disparadores das sessões anteriores e respectivas questões emergidas foram abordados, em específico ao 2º grupo, foi lida a crônica como devolutiva. Utilizamos a aula dialogada e uso do recurso áudio-visual datashow, cartolina, massa de modelagem colorida e cola plástica colorida, durante um período de 15 minutos antes das atividades grupais.

Questão norteadora: “Debate sobre as temáticas e grupos anteriores, visando a construção de uma síntese do trabalho grupal”.

Neste grupo, com características peculiares, buscou uma síntese do trabalho grupal, a leitura da crônica da reunião anterior foi utilizada com dois objetivos. O primeiro voltado a atender a técnica do grupo operativo, como recurso de devolutiva da própria produção grupal; e outro direcionado a atender a proposta deste 3º grupo que foi, exatamente, oferecer aos atores as questões emergidas no 2º grupo, para que pudessem ter mais referenciais para a composição das tarefas realizadas neste coletivo.

O início do 3º grupo contou com a presença dos oito sujeitos do estudo, além da pesquisadora, rapidamente uma das enfermeiras assistencial, retirou-se, prosseguindo até o final da sessão, os sete restantes (quatro docentes e três enfermeiras assistenciais).

Além de ter uma característica diferente, quanto à questão norteadora e atividade proposta, este grupo diferenciou-se também pela dinamicidade do trabalho. Durante a apresentação do material do tema disparador, observamos que os sujeitos demonstraram muito interesse a respeito das questões dos grupos anteriores, lembrando momentos mais significantes e atualizando fatos não presenciados por alguns faltantes do 2º grupo.

#### Abertura

No momento da expressão da questão norteadora, os elementos do grupo já estavam comentando sobre as representações internas mobilizadas diante das temáticas trabalhadas. Assim, não foi possível delimitar um momento de pré-tarefa, os sujeitos rapidamente articularam-se e entraram na tarefa proposta.

A primeira fala registrada foi de uma das enfermeiras docentes que, em uma tentativa de fazer um resumo do que assimilou a respeito de tudo que ouviu do tema disparador, acabou revelando que essas reuniões impulsionaram-lhe a refletir sobre vários aspectos da sua prática; lhe mobilizou matrizes internas e causou inquietações.

Entre esses aspectos destacou o contexto tradicional e outro inovador, transformador, além da contradição distanciamento da teoria-prática, e ressaltou o quanto ficou evidente existência de um abismo entre o pessoal da teoria e pessoal da prática, caracterizada pela ausência de um diálogo entre eles.

O conteúdo expressado por esta docente foi fundamental para mobilização dos outros sujeitos que rapidamente convergiram com suas idéias e complementaram, iniciando uma discussão fecunda sobre os temas mais relevantes trabalhados pelo grupo.

#### Desenvolvimento

O grupo discutiu os aspectos temáticos sempre voltados às questões da *práxis* e às *relações sociais* no processo de trabalho; quais os mecanismos que cada um vem

desenvolvendo e utilizando em seu cotidiano, sem perder de vista os temas abordados nos grupos.

Dinamicamente, os sujeitos foram discutindo os vários sentimentos despertados pelo cotidiano da assistência em saúde mental. Uma realidade cheia de contraste entre os ideais de uma assistência psicossocial as exigências de órgão fiscalizador da profissão, combinado com a pouca participação política que o enfermeiro tem neste contexto.

Na busca de sintetizar as atividades realizadas nas sessões anteriores, alguns posicionamentos foram reafirmados e outros reavaliados. Em alguns momentos, no grupo, os diálogos foram fervorosos, com o uso de palavras ásperas para contestarem posicionamentos opressivos de órgão fiscalizadores da profissão.

#### Aspectos explorados

- O momento de transição entre o paradigma tradicional, clássico e o paradigma inovador, transformador foi novamente identificado: “...então, você não descola de determinado referencial e não cola no outro...”;
- No grupo, alguns elementos tiveram facilidade em se expressar, em se fazer compreender;
- Atitudes valorosas de alguns serviços de atenção à saúde mental foram ressaltadas que, mesmo tendo uma prática institucional intensa, promoveram inovação do saber/fazer;
- O trabalho docente foi descrito como menos mecânico, mais reflexivo, e o trabalho do enfermeiro de campo, como muito mecânico, repetitivo e facilitador da alienação imposta pela repetição;
- A escola que estimula o aluno a buscar o aprendizado, é a que quebra com o ciclo de reprodução social;



- 
- A concepção de escola como aquela formalizada com delimitação de um espaço físico, cerceia a criatividade do aprendiz;
  - A escola ideal seria como a uma casa onde se aproveitaria de atividades básicas, como acender o fogo para aprender química, física, outros;
  - A transformação do ensino não requer jogar todo conhecimento clássico, mas, sim, transformar sua aplicabilidade;
  - A existência do risco iminente em transformar o CAPS em um local burocrático, de perder suas características psicossociais e deixar-se tomar pela assistência biológica, criando microserviços para tal;
  - A dificuldade em cumprir com a exigência do COREN em implantar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), pois tem maior aderência ao projeto terapêutico do serviço e não vêem sua necessidade;
  - A resistência em trabalhar com o diagnóstico de enfermagem NANDA, também, foi uma opção fundamentada pelos que acreditam que a assistência ao doente mental, não é uma forma de cercear a criatividade daquele aluno que acredita neste saber/fazer;
  - A relação angustiante com o COREN que, ao invés de assumir um papel protetor do profissional, veio se afirmando como um órgão fiscalizador e opressor;
  - Não existe harmonia entre a direção municipal de saúde com o serviço, assim, acabam enviando materiais desnecessários ao local da assistência;
  - Os pacientes atendidos na saúde mental demonstraram um vínculo significativo com o serviço específico, tanto que na ocorrência de uma emergência requer uma atenção física, eles procuram o CAPS;

- Os serviços de atendimento de emergência e ambulatório de outras especialidades, não tratam bem o doente mental;
- Situações de emergência e até óbito dentro dos CAPS foram possíveis, como em qualquer outro local da sociedade. Mas a assistência desses eventos limitou-se aos primeiros socorros e encaminhamento para serviços de maior complexidade;
- A questão foi: ter ou não ter materiais de emergência nos CAPS?;
- O enfermeiro vem demonstrando pouca participação política diante do COREN;
- A própria parcela de culpa no posicionamento coercivo e autoritário do conselho foi discutida sob dois aspectos: ao serem formadores dos fiscais do conselho e pela não presença política;
- Os valores sociais são distribuídos hierarquicamente, obedecendo à produção social, no caso as enfermeiras consideraram-se com menos-valia no contexto da sociedade capitalista por cuidarem de loucos, por serem enfermeiras, por serem mulheres;
- As docentes também compartilharam da sensação de desvalorização dentro da comunidade universitária, não existe uma diferenciação dos vencimentos para os mesmos títulos, mas, está implícito um maior valor social atribuído a determinadas unidades que produzem profissões que geram mais capital;
- A hierarquização de valores sociais aderidos a determinados saberes foi identificada com, por exemplo, o saber da psicanálise;
- A enfermagem relacionou e relaciona-se com uma multiplicidade de saberes, a competência foi considerada saber fazer a escolha para aplicá-lo.

No decorrer da sessão, identificaram um desejo latente dos profissionais pela assistência física do paciente psiquiátrico, sobretudo àqueles que não têm muita

experiência na área. Os descompassos vivenciados não se restringiram à teoria-prática no ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental, os desencontros estão por toda parte entre educadores/professores e educadores/enfermeiros, direção dos serviços de saúde com o serviço assistencial, conselho profissional com o profissional.

Várias vezes o CAPS foi referenciado pelo grupo, pois representou a realidade de trabalho dos sujeitos, e o momento permitiu algumas reflexões e ressignificação, que espaço seria este, quais as reais dimensões sociais e políticas do serviço. Uma das principais características desse serviço é propiciar discussões grupais ricas no sentido de poder contar com alunos de áreas profissionais diferentes e a outra abre um importante espaço para o enfermeiro atuar.

Por várias vezes, o grupo retomou assuntos polêmicos e convocou a si próprio a tomar uma atitude, abandonar a posição de lamento, assumir parcelas de culpa e agir. Ao profissional, cabe ocupar seu espaço e lutar por meio dele.

Como atividade de encerramento, a coordenadora propôs uma dinâmica: *“Para que vocês concretizem em uma cartela única um enfermeiro trabalhando em saúde mental. Cada um fará o que quiser, utilizando os materiais: cola plástica e massa de modelar (coloridos). Todos irão construir um só desenho...”*

Após a evocação para a atividade, todos, rapidamente, apropriaram-se do material, foram modelando, traçando e uns complementando os traços dos outros:

*“Animadamente vão construindo o enfermeiro, esboçaram um boneco colorido (braços, pernas e tronco, cada região de uma cor), deram-lhe uma face sorridente olhos, bem abertos, cílios longos, cabelos curtos por onde projetaram raios de luzes verde. Modelaram um coração e aproximaram-no ao tronco da figura, na mão esquerda segura um bastão amarelo, as bases são amplas e firmes no chão que, por sua vez, formou um gramado. Providenciaram vestes e adereços (colar) femininos para identificá-la como*

*enfermeira, foi feito um ponto de umbanda, no canto superior da cartela (ponto de Oxossi), e uma das docentes explicou: ‘\_Ponto de umbanda é o que simboliza cada um dos Orixás’. Oxossi é caçador e provedor, porque ele caça para prover, dar alimento para tribo, ele é caça e caçador, ele é apaixonado, ele é um apaixonado por muitas coisas, ele não cria raízes, porque vive caçando (cantaram uma música de Clara Nunes...) Detectaram que a figura está sendo formada sem articulações, “está toda desconectada”. Alguém ordena: ‘\_Articulem-na”. Foram perguntando o significado de cada item adicionado à gravura; conversaram muito, riem, e vão chamando atenção para o que está faltando, e seguem completando a gravura”.*

Construíram a figura de uma enfermeira, que foi registrado por fotografia; completam a atividade.

A coordenadora agradece a participação de todas, e a grande colaboração para a pesquisa. Encerra-se o grupo com uma confraternização.

Vetores:

*Pertença:* houve a presença de todos os sujeitos, com saída de um integrante durante a sessão. Articularam-se em direção a atividade proposta, demonstraram-se atentos a explanação inicial e, rapidamente, entraram na tarefa, fazendo imperceptível o momento de pré-tarefa.

*Cooperação:* o momento grupal foi de cooperação mútua, todos os elementos expressaram-se sem constrangimento, falaram sobre os conflitos que circundam seu cotidiano, do trabalho em grupo, das divergências e convergências no saber/fazer com poucos momentos de confronto, de divergências e compartilharam vivências, conceitos e expectativas. Ao falarem da própria vivência (verticalidade, história individual), formam constituindo a história grupal (horizontalidade).

*Pertinência:* o grupo foi bastante criativo e produtivo, centrou-se rapidamente na tarefa, elaborou um projeto, direcionado pela questão norteadora, e concluído pela construção coletiva da figura de enfermeira.

*Comunicação:* o grupo atuou como receptor das expressões de cada um de seus elementos, podendo decodificar seu conteúdo e devolvendo ao espaço compartilhado, um posicionamento mais pertinente aos problemas mencionados. Os ruídos foram poucos, houve manifestações exaltadas diante de relatos de situações opressivas. Os vínculos extragrupos foram questionados e discutidos e, os intragrupos foram formados com base no reconhecimento da capacidade de se fazerem entender que alguns demonstraram durante as sessões. Os tipos predominantes de comunicação foram a comunicação verbal e a gráfica (desenho).

*Aprendizagem:* este representou o principal vetor para análise do 3º grupo, já que teve como objetivo resgatar temas de sessões anteriores, este movimento dependeu muito do que os atores haviam apreendido do todo.

O grupo demonstrou momentos de escuta dos obstáculos, e tentou amparar a ansiedade do outro, sobretudo quanto aos sentimentos que circundaram os movimentos de transformação e contestação da realidade. Revelou a inquietação e a reflexão que as temáticas anteriores provocaram. Os atores grupais descreveram como vêm se apropriando e internalizando novos saber/fazer, sem estarem despidos dos saberes clássicos.

*Tele:* o clima permaneceu de acolhimento e aproximação entre os sujeitos, porém favorável para a expressão de todos como, realmente, foi registrado.

Pares contraditórios:

Projeto terapêutico X SAE/Diagnóstico de enfermagem

Práticas X teoria

Tradicional X inovador/transformador

Lamentação X luta

Parecer com uma instituição X parecer uma casa

O que representou o grupo de síntese

Como pode ser lido na crônica do 3º grupo, a questão norteadora e o tema disparador, intencionalmente, buscaram mobilizar nos sujeitos as representações que elaboraram ou reelaboraram quanto à competência e sua fundamentação teórica (compuseram as temática dos 1º e 2º grupos focais).

Cada enfermeira à sua maneira, apropriou-se da temática e foi verbalizando seu pensamento e sentimento. O grupo trabalhou as questões explícitas e como uma expressão coletiva fez emergir momento de enfrentamento e de fuga mobilizados por um cotidiano marcado pela necessidade de inovar, mas ainda aderida ao clássico e à reprodução do está estabelecido.

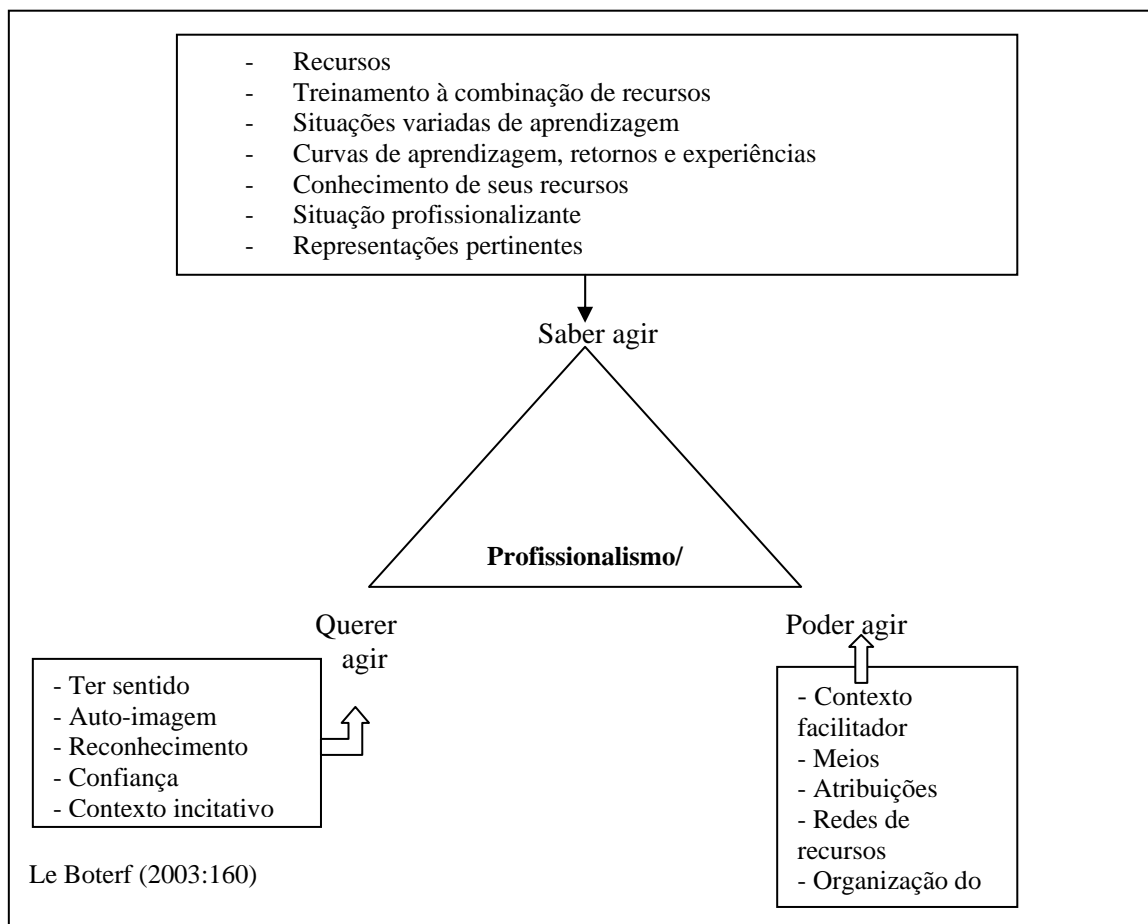
Nesta sessão, o grupo trabalhou a questão que Pichon-Rivière (1986) chama de *resistência à mudança*. Além de lidar com uma situação delicada, os medos básicos que a circundam, estiveram presentes, como os medos da perda de que já está construído e estruturado, isto é, dos saberes já constituídos e apreendidos; o *medo do ataque* que configurou em uma posição paranóide diante do novo, do ser construído, reformulado dentro da saúde mental.

Ao longo da sessão, estes medos estiveram permeando as falas, os discursos; o grupo pôde trabalhar livremente tais aspectos, mobilizou-se para a superação da resistência, uma vez que não coibiu a discussão de temas vinculados a ela, estabeleceram o projeto e o executaram.

Ao analisar este movimento grupal, observamos uma constante mescla entre a categoria empírica e temas emergidos das categorias analíticas estabelecidas pelo estudo: *práxis e relações sociais de produção*.

A categoria empírica “Agir com competência” foi formada pelos seguintes temas: “Saber agir em enfermagem psiquiátrica/saúde mental”; “Querer agir enfermagem psiquiátrica/saúde mental”; “Poder agir enfermagem psiquiátrica/saúde mental”.

A competência é uma resultante entre o saber agir, querer agir e poder agir, demonstrado por Le Boterf (2003) nesta figura:



**Figura 3** – Competência: saber agir, querer agir e poder agir.

A questão da operacionalização das competências não está exclusivamente na dependência das características próprias de uma pessoa ou grupo. Mas, também, envolve toda a relação entre homem e situação de trabalho, isto é, resulta das qualidades pessoais, como a experiência e a formação profissional em arranjo com as condições nas quais este encontra no ambiente de trabalho.

Neste 3º grupo, foi possível identificar por meio dos discursos, o que foi internalizado e abordado no espaço grupal sobre os temas emergidos nos grupos anteriores, manifestando, assim, características do profissional que atua na área de enfermagem em saúde mental e as condições de trabalho nos espaços em que, atualmente, exercem sua profissão. Por ter sido um grupo, como já foi explicado, que teve como projeto a síntese do que foi trabalhado nos encontros anteriores, muitos temas reemergiram, com força simbólica significativa e considerados por nós, ainda, merecedores de discussão e análise.

### **7.1 Saber agir em enfermagem psiquiátrica/saúde mental**

Na opinião de Le Boterf (2003, p.134), o profissional é competente no âmbito da relação sujeito-meio, “competência em situação”. Resumidamente, a característica do profissional é “saber mobilizar e combinar, de forma pertinente, um conjunto de ‘recursos’ para administrar uma situação complexa”. Este fenômeno requer a instrumentação dos saberes, do saber/fazer, das qualidades e dos recursos de ambiente. No entanto está em questão, no que esta mobilização será orientada, pois será determinada pelas representações operatórias e da imagem que o profissional faz de si e do autoconhecimento de seus saberes e saber/ fazer.

Os sujeitos da pesquisa, ao se direcionarem para a realização da tarefa grupal, passaram a desvelar as representações que têm sobre as situações e ambiente profissional no qual intervêm. Houve um movimento no sentido de re-interpretação da *práxis* e das *relações sociais de produção*, dentro do contexto da enfermagem psiquiátrica/saúde mental que vivenciaram.

O espaço grupal e a dinâmica operativa do grupo possibilitaram submeter os problemas vivenciados ao exame do próprio grupo que, por sua vez, passou a abordar representações como a auto-imagem e os metaconhecimentos.



Os depoentes conseguiram sintetizar, diante do material exposto sobre o trabalho dos 1º e 2º grupos, uma auto-imagem de transição entre o paradigma inovador e o tradicional:

*“Pensar nos movimentos contraditórios entre o tradicional e o inovador, entre a teoria e a prática, e do como esses se comunicam. Foi formando-se um bloco do ensino e um outro da prática”. T.1 (G 3)*

*“Há uma distância entre a teoria e a prática”. T.3 (G 3)*

*“Não nos aprofundamos nas discussões sobre o distanciamento do ensino e da prática”. T.35 (G 3)*

*“Buscar uma teoria que se harmonize mais a prática. Muitas coisas da teoria não conseguimos aplicar na prática”. T.4 (G 3)*

*“O ensino não convida os profissionais da prática para participar do planejamento de qualquer curso que acontecerá dentro do CAPS”. T.36 (G 3)*

Ao identificarem uma auto-imagem de transição paradigmática, perceberam o quanto esteve refletido nas sessões de grupo a distância entre teoria e prática, formando-se até subgrupos: o bloco da teoria e o da prática. Este foi um dos momentos de maior re-interpretação da práxis nesse grupo de síntese, pois, perceberam que o espaço grupal foi porta-voz do que ocorre na interseção do ensino teórico de enfermagem com o campo prático, é como se eles percorressem caminhos distintos, interdependentes.

Além de desvelarem a distância existente entre teoria e prática refletida na própria dinâmica dos grupos focais, apontaram para a ocorrência de um movimento de fuga. Não houve uma discussão consistente sobre este abismo entre teoria e prática, o confronto deu-se de forma tépida, as discussões foram mudadas de foco, em a preocupação esteve voltada à busca de uma teoria que se harmonize com a prática, quando, na verdade, não é uma simetria entre as partes que resolveriam as questões do saber/fazer, mas, sim, uma retroalimentação da prática com a teoria e vice-versa.

Identificamos, também, um comportamento de negação, ao termos o conhecimento prévio de que a Escola pesquisada mantém um projeto inovador no ensino de enfermagem saúde mental denominado Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA) e que os elementos do grupo são articuladores ou partícipes desse programa, é no mínimo intrigante que este fato não tenha sido referenciado nas seções grupais.

O PIDA mantém convênio entre instituições públicas formadoras e assistenciais, envolve o ensino teórico-prático de enfermagem, além da capacitação dos profissionais de campo, portanto, a expectativa foi de que, pelo menos, no discurso ele fosse referenciado.

Adotando uma posição marxista, Chauí (2001, p. 75) afirma que a relação entre teoria e prática é revolucionária, por ser dialética, é simultânea e recíproca no qual “a teoria nega a prática enquanto prática imediata, isto é, nega a prática como um fato dado, para revelá-la em suas mediações e como práxis social, ou seja, como atividade socialmente produzida e produtora da existência social...”.

A teoria trata a prática como um processo histórico determinado pelas ações do homem que mais tarde determinará as próprias ações.

A prática também nega a teoria como um “saber separado e autônomo, como puro movimento de idéias se produzindo umas às outras na cabeça dos teóricos” (Chauí, 2001, p.75). Negando a teoria como um conhecimento que conduziria externamente a ação humana, a prática passa a forçar esta mesma teoria a se descobrir como um saber das circunstâncias reais da prática existente, de sua alienação e de sua transformação.

Diante da observação da autora, podemos aferir que, nestes movimentos de negação da teoria sobre a prática e vice-versa, na realidade, consolida uma interação entre os dois temas, pois, é negada a existência de um sem o outro, ou melhor, nega-se que a teoria basta por si só, e que a prática seja um fato isolado.

Ao comparamos este referencial com as frases temáticas dos discursos dos sujeitos, podemos inferir o que vem acontecendo nas relações entre o “pessoal da teoria”, com o “pessoal da prática” é não existir uma interação entre os dois grupos, a teoria não ouve a prática e vice-versa. Assim, um distanciamento se estabeleceu, um vive independente do outro, mesmo tendo relações em comum: a formação do enfermeiro.

Houve também a revelação de insegurança diante da mudança e de movimentos de avanço e retrocesso, próprios dos momentos de transformação:

*“Inquietação de estar nos sentindo em um momento de transição, ora nos direcionamos para o novo paradigma que é inovador, transformador, ora ainda nos vemos impregnados do conhecimento clássico, tradicional”. T.2 (G 3)*

O medo e a insegurança são sentimentos, por muitas vezes, despertados pelo desconhecido. O inovador, geralmente, ameaça à ordem das coisas já estabelecidas e acomodadas. Algo recente incomoda, abala a aparente tranquilidade do ambiente e mais profundo, ainda, exige a reestruturação de nossa própria organização interna para embebê-lo.

Mas para que isso ocorra, às vezes, torna-se preciso nos revermos, por outro lado, deparamo-nos com a necessidade da mudança que é algo impossível de ser evitado, porque faz parte da dimensão humana. (Rosa, 2002).

Pichon-Rivière (1986) aborda os períodos de mudanças com os chamados “medos básicos”, referenciados nas considerações iniciais deste capítulo, chama a atenção para a possibilidade do estabelecimento de um círculo entre as ansiedades de perda e ataque. Quando o círculo cristaliza-se, sobressaem as técnicas de defesa da pessoa frente a situações de mudança, ocorre a *resistência à mudança*, propensa a uma estagnação, tornando-se, assim, uma condição negativa, interferindo na leitura distorcida que o sujeito faz da realidade. Quando o círculo formado entre os medos básicos quebra-se, dando

continuidade ao fluxo das ações, na forma de um espiral, permitindo a abordagem das ansiedades, temos saltos de qualidade e superação no processo de aprendizagem do ser humano.

Mas porque, atualmente, educadores, como os sujeitos desta pesquisa falam tanto em transformar, atuar segundo um novo paradigma? Segundo Rosa (2002, p. 32) presenciamos uma “crise no ensino”

O que se vive é resultado de uma crise muito maior, nascida além dos seus muros, mas que vazou estes limites e se instalou dentro das salas de aula. As últimas três décadas assentiram a transformações profundas no perfil da sociedade brasileira. Esta, de eminentemente agrária, passou à urbana. O país se industrializou rapidamente, trazendo para as cidades uma massa de trabalhadores que exigia escolarização. A classe média cresceu, passando a exigir também espaço na vida econômica e formação adequada...

Para Quiroga (1988), as crises que presenciamos, provocam uma ruptura com a familiaridade dos próprios modelos de aprendizagem e vínculo, abrindo um espaço para revisarmos nossas matrizes de aprendizagem. O processo de aprendizagem e as relações com o outro se transformam, fomentando uma reflexão crítica e a possibilidade de novas formas de aprender a aprender, de constituirmos sujeitos do conhecimento.

Na fala dos atores grupais, esteve presente a constante interrogação que vem fazendo sobre a própria formação:

*“Os profissionais da área da saúde vêm questionando sua formação: ‘\_ Eu ouço isso de todos profissionais a toda hora’...”. T.47 (G 3)*

A interrogação das relações profissionais fez parte deste momento de crise paradigmática que os sujeitos identificaram. O essencial é não fazer deste momento uma cristalização, limitando a ação, resistindo a mudanças. O questionamento pode abrir uma fenda e permitir que se flua a energia, abrindo um diálogo entre o intrínseco do profissional

e o meio que o circunda. Assim, Santos (2004, p.8) afirma “... aquele que, por inventar o que não existe, antecipa e germina o futuro, o olhar para dentro seria um olhar completamente vazio de sentido se não dialogasse permanentemente com tudo o que existe, fora dele”.

Para a formação dos jovens aprendizes, é fundamental que o ensino esteja atualizado em nível dos progressos nos domínios científico e tecnológico. Muito desses progressos, na área de psiquiatria e saúde mental inserida no contexto da Reforma Psiquiátrica, estão sendo efetivados e ou descobertos no dia-a-dia dos serviços que concretizam atividades pioneiras de alternativas à hospitalização do usuário. À escola, cabe o papel de co-ator desse processo:

E só a Escola poderá dar uma resposta positiva, através da integração de programas específicos em projectos curriculares, centrados efectivamente na formação individual e social dos alunos. Mas para isso, a teoria e a prática têm que funcionar em concomitância, alterando espaços, mentalidades, modos de vida. E cada professor, cada agente educativo, tem uma palavra e uma acção importantes a desempenhar. Naturalmente, contando com o apoio de políticas educacionais que esclareçam, sem ambiguidades, os seus objectivos e propiciem os meios necessários à sua concretização. (Gonçalves PFF, 2004, p. 45).

Estimuladas a falarem a respeito das representações da própria práxis, as enfermeiras pesquisadas revelaram os momentos e locais onde buscaram articular a prática com a teoria:

*“Os avanços que conseguimos no campo das reformas surgiram da problematização e teorização da prática de serviços e trabalhadores que se dispuseram a mudar, transformar”. T.5 (G 3)*

*“É complicado conciliar a prática institucional com a produção do conhecimento”. T.6 (G 3)*

Mesmo diante da dificuldade para alimentar o saber pela prática, uma frase temática lembrou que alguns avanços teóricos só foram possíveis, mediante uma prática

transformadora de algumas equipes de saúde mental que desafiaram o modelo dominante de assistência ao doente mental e buscaram atuar dentro dos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Corroborando com este pensar, Vasconcelos (2001) cita em seu trabalho um importante avanço no campo da saúde mental no Brasil, que foi regulamentado apoiado em algumas poucas experiências precursoras: os dispositivos residenciais embasados em projetos isolados de assistência ao doente mental que, atualmente, é sustentada por portarias de regularização e financiamento de serviços pelo Ministério da Saúde, desde o ano de 2000.

Para Vasconcelos (2001), a riqueza de detalhes e o envolvimento de outros setores nesse campo de inovação vêm provocando uma imensa mobilização, como a conversão dos velhos asilos, a capacitação dos trabalhadores, o preparo dos usuários, a atenção aos aspectos éticos, arquitetônicos, urbanísticos, clínicos, antropológicos, comunitários, de gênero, de gestão doméstica e grupal, de interação institucional com outros serviços sociais, de saúde mental e de saúde e outros.

Na ordem da própria equipe, haverá um enorme desafio, como enfrentamento dos obstáculos sociais, econômicos e políticos, as incertezas, as divergências de idéias, problemas de origem teórica, técnica, clínica, assistencial e humana que exigirão desse grupo de profissionais muito preparo, criatividade e espírito de inovação.

Um caminho apontado pelo grupo pesquisado foi buscar na pesquisa as bases para a inovação do serviço em saúde mental:

*“Escrever sobre saúde mental, por meio de pesquisas”. T.73 (G 3)*

Fortalecendo o conteúdo da frase temática citada, utilizamos para comentários, o que diz Vasconcelos (2001), ao chamar a atenção para o risco que corre um trabalho

interdisciplinar e interparadigmático de “institucionalização excessiva”, resultando no congelamento da pesquisa e da inovação

No entanto, tais tendências podem ser contrabalançadas se o grupo ou movimentos mantiver uma retaguarda de pesquisa exploratória e aberta ao novo,...]; se buscar a renovação e auto-análise permanente, como indicativo logo a seguir; e se o grupo mantiver, mesmo que engajado na esfera institucional pública, um vínculo orgânico e uma retaguarda organizativa com os grupos e movimentos sociais vivos da sociedade civil. (Vasconcelos, 2001, p. 163)

No discurso grupal, também, identificamos outros referenciais que compuseram a auto-imagem sobre os saberes e saber/fazer da enfermagem psiquiátrica e saúde mental, uma deles foi o saber agir, conforme o modelo biomédico:

*“Os novos médicos que se agregam às equipes de saúde mental chegam solicitando um atendimento físico, pautados em um modelo biomédico. Fato que dá a sensação de que estamos sempre voltando ao ponto de partida”. T.14 (G 3)*

A dificuldade em dar continuidade ao projeto terapêutico foi desvelada, quando a equipe do CAPS atua seguindo um modelo psicossocial e é lhe acrescentado um profissional que tem pouca experiência na área de saúde mental que permanece aderido aos conceitos biomédicos.

Confirmando tal pensamento, Gonçalves AM (2004) constatou um desencontro entre os paradigmas biomédico e psicossocial, tanto no âmbito da prática clínica como na prestação de cuidados ao doente mental. O autor afirma que o padrão biomédico não abrange a problemática da saúde mental em sua totalidade.

O paradigma biomédico é opção privilegiada por parte dos profissionais da área da saúde, este comportamento está intimamente relacionado à formação acadêmica e profissional, em razão da primazia de crer em uma explicação lógica à doença e à cura. (Gonçalves AM, 2004).

Segundo Pinheiro e Rodrigues (1999, p. 69), esta questão atinge a área de enfermagem, e a ela respondem: “a assistência de enfermagem com predomínio da questão física já não satisfaz as expectativas da clientela usuária desses serviços, que espera mudanças e transformação dessa prática”.

Não só na formação profissional foi identificada uma prevalência do modelo biomédico, mas, os sujeitos pesquisados, também, revelaram que, em seu dia-a-dia deparam-se com a postura reprodutora desse molde do órgão responsável pela fiscalização e regulamentação do exercício profissional de Enfermagem e da administração provedora dos recursos enviados ao serviço de saúde mental:

*“O COREN tem uma visão biomédica, exige a prescrição de enfermagem, o carrinho de emergência, faz ameaças e acusa os profissionais de omissos e negligentes, sem conhecê-los verdadeiramente”. T.15 (G 3)*

*“Materiais e medicamentos de emergência vencem e deterioram-se sem uso nos ambulatórios de saúde mental”. T.19 (G 3)*

*“Enviam medicamentos para o CAPS que não têm utilidade naquele local”. T.21 (G 3)*

Pelas falas dos depoentes, foi possível verificar que não existe um diálogo entre os profissionais que prestam a assistência diretamente ao usuário com órgãos que deveriam prover tal assistência. O principal motivo esteve agregado a posicionamentos divergentes, o COREN quer uma assistência embasada no modelo biomédico. Os profissionais querem romper com esse paradigma, pois, naquele momento, vivenciavam uma proposta alternativa à hospitalização do doente mental, o CAPS, desejavam um saber/fazer inovador dentro da proposta de Reforma Psiquiátrica.

Ao continuar, afirmaram que, raramente se deu o uso de alguns medicamentos e materiais dentro do serviço, como o material de emergência, mas, mesmo assim persiste o fornecimento de tais recursos, dando a impressão, para quem analisa as frases temáticas



que não existia um planejamento em conjunto que envolvesse gestão de recursos com o consumidor.

Relataram um desencontro de interesses; como resultante, emergiram fatos negativos, o primeiro uma relação coerciva; o segundo, gasto desnecessário e aplicação incorreta do dinheiro público.

Gonçalves AM (2004, p. 161) complementa que é característico do paradigma biomédico uma visão individualista da doença e do sofrimento, sem levar em conta os determinantes sociais e culturais: é “a perspectiva de quem vê a doença, o órgão e desvaloriza a tradução subjectiva da doença, com as suas ramificações pessoais, familiares e sociais, que colocam a própria doença, como que do lado de fora do organismo”.

As frases temáticas T.15, T.19 e T.21 apontam a visão parcial e individualista do Conselho e órgãos de gestão dos serviços de saúde, que fundamentados no modelo biomédico demonstram interesse pela doença, não se preocupando com demais fenômenos que cercam o doente mental e o serviço que o atende diretamente.

Estas organizações acabam limitando as ações dos serviços e dos profissionais a uma padronização de recursos e atividades, como se os mesmos remédios e às mesmas ações atendessem as necessidades dos diversos serviços de saúde.

O enfermeiro, também, é um profissional que tende a valorizar o físico:

*“Em um CAPS o que deve ser feito nos casos de emergência, são os cuidados básicos, como estacar um sangramento, o suporte mais avançado terá que ser realizado em outro serviço”. T.23 (G 3)*

*“Algumas situações vivenciadas nos serviços de saúde mental exigiram atendimento de emergência”. T. 20 (G 3)*

*“A enfermeira tem um lugar de destaque em uma equipe multidisciplinar, quando ela tem vivência, avalia e atua efetivamente diante de cuidados básicos do usuário, como de higiene e nutrição”. T.52 (G 3)*

Assim, apoiados no cotidiano dos CAPS onde atuam ou supervisionam o aluno, os depoentes não negaram a ocorrência de situações que exigem do enfermeiro um saber e saber/fazer pautado na ciência biomédica.

Geralmente, diante das situações de emergência/urgência a integridade física está em risco e, na opinião do grupo, dentre a equipe multiprofissional de saúde mental, o enfermeiro foi considerado o profissional capacitado a atuar e tomar decisões mais precisas, pois sua própria formação seria responsável por esta característica, já que contém em seu repertório uma série imensa de teorização e treinamento técnico de cuidados físicos.

Dentre os instrumentos que são ensinados e treinados nas escolas formadoras e exigidos, como um saber/fazer do enfermeiro no exercício profissional, destaca-se o processo de enfermagem que é trabalhado, como uma forma de sistematizar e implementar a assistência de enfermagem, daí o nome Sistematização da Assistência de Enfermagem, codificada por SAE.

De acordo com a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, o enfermeiro é o responsável legal pelo processo de enfermagem, compreendendo, privativamente, dentre outras coisas, a consulta de enfermagem e a prescrição de enfermagem. (Brasil, 1986)

O órgão que normatiza a implementação da SAE nas instituições de saúde no Estado de São Paulo é o Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP), por meio da Decisão COREN-SP/DIR/008/1999.

O COREN-SP baseou-se em leis como a nº 5905/73 e a nº 7498, na Constituição Federativa do Brasil, promulgada em 5 de outubro de 1988, no Decreto Lei nº. 94406 de 8 de junho de 1987, no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, nos termos que dispõe a Resolução COFEN-160/93, passou a considerar a SAE, além de uma atividade

privativa do Enfermeiro, também, um método que faz uso de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando a Assistência de Enfermagem para promoção, prevenção, recuperação e reabilitação em saúde do indivíduo, família e comunidade. É a prática de um processo de trabalho e o modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde pelo Enfermeiro. (COREN-SP, 1999).

Ao conceber que a implementação do SAE eleva a qualidade da assistência de enfermagem, o Conselho no Artigo 1º da decisão citada no parágrafo anterior, atribui ao enfermeiro a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem que compreende as seguintes etapas da *Consulta de Enfermagem*: o histórico (entrevista), exame físico, diagnóstico, prescrição e evolução de enfermagem. (COREN-SP, 1999).

Todo esse universo da SAE, singular à *práxis* do processo de trabalho do enfermeiro, surgiu de forma muito forte nos discursos dos sujeitos da pesquisa. Trouxeram uma realidade cheia de divergências entre o que eles acreditavam ser adequado na assistência ao doente mental, e o que o Conselho normatiza; entre a necessidade de se romper, na saúde mental, com o modelo biomédico hegemônico contrastando com o posicionamento do COREN em privilegiá-lo:

*“A sistematização da assistência pautada no diagnóstico de enfermagem reforça o modelo biológico, biomédico”. T.68 (G 3)*

No grupo o que mais provocou reação adversa foi o trabalho do processo de enfermagem norteado pelo diagnóstico de enfermagem, reconhecidamente uma das etapas da SAE, mas, que para os depoentes não passou de um reforço para a subsistência do paradigma biomédico.

O Diagnóstico de Enfermagem insere-se na SAE, após o histórico e o exame físico seguidos pela prescrição e evolução de enfermagem. Ao enfermeiro, durante o diagnóstico de enfermagem, cabe analisar os dados colhidos nessa primeira fase, identificar os problemas de enfermagem, as necessidades básicas afetadas, grau de dependência e um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas/processos de vida vigentes ou potenciais. (COREN-SP, 1999).

A decisão COREN-SP/DIR/008/1999 previu a implementação da SAE de forma obrigatória em toda Instituição de Saúde, pública e privada no Estado de São Paulo e, programou datas limites para sua execução, entre os anos de 2000 a 2001. No Artigo 5º põe em vigor que a implementação do SAE será registrada formalmente no prontuário do paciente/cliente, sendo composta por: histórico de enfermagem; exame físico; prescrição da assistência de enfermagem; evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem. (COREN-SP, 1999).

Nesta decisão, não consta como obrigatória a fase do diagnóstico de enfermagem, tão repudiada pelos sujeitos do estudo:

*“Não acreditamos, não pretendemos usar a sistematização da assistência de enfermagem norteadada pelo diagnóstico de enfermagem”. T.71 (G 3)*

*“Trabalhar com o diagnóstico de enfermagem é um modo formalizado e preestabelecido do fazer. Às vezes, deseja-se esses manuais”. T.65 (G 3)*

Pelas frases temáticas, identificamos uma rejeição explícita ao trabalho sistematizado da enfermeira, norteadado pelo diagnóstico de enfermagem e não a negação da necessidade do processo de enfermagem, como direcionamento da assistência. Não acreditam neste saber/fazer como descrito em um manual, formalizado e preestabelecido, como se fosse uma receita e com o poder de solucionar os problemas:

*“Os alunos aprendem fazer o diagnóstico de enfermagem para todas as especialidades em uma única disciplina, e vão para os campos munidos de fichas para consulta”. T.67(G 3)*

Um posicionamento crítico e de insatisfação foi revelado a respeito do modo do ensino do diagnóstico de enfermagem na universidade. Os alunos estudam os diagnósticos em uma única disciplina, que servirá para todas as demais especialidades contidas no curso de graduação, sem ao menos terem tido o contato com as particularidades de cada uma. Os aprendizes apropriam-se desse saber, elaboram fichas de diagnósticos e não se desgrudam delas, quando vão para os campos práticos, acreditando que estas fichas serão instrumentos passíveis de serem aplicados em todas as áreas, almejam utilizá-las, também, na saúde mental, motivo pelo qual se desvelou mais uma divergência:

*“Nos contrapomos com aquele aluno que acredita e quer trabalhar com diagnóstico de enfermagem dentro da saúde mental e, ao mesmo tempo, não podemos cerceá-lo”. T.64 (G 3)*

*“Explicar para os alunos que na disciplina não trabalhamos o diagnóstico de enfermagem, e que isso não é uma proibição para a vida”. T.66 (G 3)*

Pelas frases temáticas, percebemos em meio à diversidade entre o que acreditam os docentes e os enfermeiros de campo e a ansiedade dos alunos para aplicar o que aprenderam sobre o diagnóstico de enfermagem, uma sutileza em não suprimir, por parte dos educadores, essa vontade do discente trabalhar o processo de enfermagem, usando o diagnóstico de enfermagem.

A forma concebida pelo aluno foi que o diagnóstico de enfermagem seria utilizado nas diversas áreas, e ele apóia-se nesse instrumento, que é concreto e, talvez, mais fácil de ser compreendido e acessado nas situações-problema.

Há uma dissonância entre o que o aluno acredita ser função do enfermeiro com o que ele vai aplicar na prática da enfermagem em saúde mental.

Este saber/fazer processo de enfermagem pautado no diagnóstico de enfermagem, é o que está sendo praticado pelos alunos que o próprio grupo contribuiu na formação:

*“Os profissionais que estão praticando o diagnóstico de enfermagem nos serviços de saúde foram nossos alunos, somos co-participantes desse processo”. T.70 (G 3)*

Os depoentes explicitaram que o cuidado ao portador de sofrimento psíquico envolve, tantos fenômenos como foram revelados nos grupos focais desta pesquisa, e isso inviabiliza a possibilidade de adotar um manual, no caso o diagnóstico de enfermagem, que daria conta de toda a dimensão do saberes e saber/fazer. Existiu a crítica de que um manual não resolveria a situação, mas, muito pouco se tem avançado no ensino de uma prática que o substitua mais efetivamente.

Inferimos que o grupo pesquisado pouco influenciou na postura do profissional que formou. O aluno passou pela disciplina, acatou a decisão dos docentes e a postura do campo prático para não aplicar o diagnóstico de enfermagem, mas, ao se graduar, fez a escolha para agir por meio desse recurso.

Resgatando o conceito do cuidar que mais se aproximou ao relato dos sujeitos da pesquisa encontramos o processo de cuidar da Waldow (1998), compreendido como um conjunto de atuações/decisões e comportamentos direcionados ao favorecimento e melhoria da condição humana no processo de viver ou morrer. É um processo interativo, baseado no conhecimento científico, na experiência, na intuição e no pensamento crítico, direcionado ao indivíduo cuidado no sentido de promover, manter e ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas. O indivíduo é visto em sua totalidade e integridade, em

seu pleno estado físico, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do ciclo da vida.

Cuidar do ser humano é um processo de transformação, mobilidade constante, trocas recíprocas entre o cuidador e ser cuidado, portanto, corrobora a dificuldade dos sujeitos do estudo acreditar que o processo de enfermagem possa estar estagnado, descrito, formalizado em um manual de diagnóstico de enfermagem, levando-os a direcionar esforços em estabelecer um projeto terapêutico interdisciplinar, e não se preocupar tanto em atender a orientação do COREN para aplicar o diagnóstico de enfermagem.

Na opinião do grupo, é necessário acreditar na SAE norteada pelo diagnóstico de enfermagem para poder colocá-lo em prática:

*“Quem ensina a sistematização da assistência de enfermagem norteada pelo diagnóstico de enfermagem acredita que esse é um saber próprio, e que nos diferencia das outras profissões”. T.69 (G 3)*

Para os depoentes, a justificativa de quem usa o diagnóstico de enfermagem esteve fundada na necessidade de estabelecer um saber próprio da enfermagem; em um saber/fazer que diferencia a profissão das demais. Reforçando esse posicionamento e saindo na defesa da inserção dos diagnósticos de enfermagem no currículo de enfermagem, Cruz (2005), questiona do que valeriam a semiologia e semiotécnica se os enfermeiros continuassem a serem instrumentalizados a formularem diagnósticos médicos, e não sendo médicos, continua-se a colecionar mais um saber inútil. O contrário estabeleceria-se no caso:

Nas disciplinas do bloco de assistências de enfermagem, a abordagem será principalmente pelos diagnósticos de enfermagem ao invés de ser (apenas) pelos diagnósticos médicos. Assim, os professores das respectivas disciplinas utilizarão os diagnósticos de enfermagem enquanto roteiro para orientar e redefinir os conteúdos teórico-práticos,

identificarão os diagnósticos, conforme o seu nível de aplicabilidade de forma que possam ser ensinados desde os períodos iniciais, implementarão estratégias que desenvolvam o julgamento clínico. (Cruz, 2005, p.4).

Em meio às divergências, os sujeitos do grupo focal desvelaram mais uma contradição quanto ao uso do diagnóstico de enfermagem:

*“A contradição está em não acreditarmos no diagnóstico de enfermagem, porém, adotamos para a disciplina um livro que traz o diagnóstico de enfermagem”. T.72 (G 3)*

Durante a discussão grupal, um dos sujeitos chamou a atenção para o livro didático adotado pela disciplina, como livro-texto e que aborda o diagnóstico de enfermagem. Os depoentes falaram que discordam do saber/fazer pautado pelo diagnóstico, mas, apresentam aos aprendizes um referencial teórico baseado nele.

O modelo assistencial que se contrapõe ao modelo biomédico é o psicossocial. Para Gonçalves AM (2004), os profissionais da saúde não podem ignorar os fatores psicossociais na gênese, persistência e resolução dos sintomas apresentados pelos doentes, pois as pessoas vivem ativamente em suas comunidades, com suas famílias e, neste contexto, fenômenos como códigos sociais, gênero, etnia, religiosidade influenciam na maneira de enxergar a doença e a cura:

Algumas doenças só podem ser devidamente explicadas e compreendidas se os técnicos de saúde abandonarem o quadro teórico do paradigma biomédico e partirem para a análise dos componentes étnicos e culturais do problema. Será esta a premissa básica da antropologia médica, da psiquiatria transcultural como especialidade que tem como objectivo compreender a dimensão cultural das doenças mentais e a dimensão psiquiátrica das culturas. (Gonçalves AM, 2004, p. 165).

Aranha e Silva, Oliveira (2001) falam do campo psicossocial como aquele que incorpora a instância social ao biológico e psicológico, preocupando-se, entre outras



coisas, com a forma como o indivíduo e familiares vivem e apropriam-se de seu processo de adoecimento. Este é um processo de movimento de superação do modo tradicional de conduzir o tratamento.

As autoras referenciadas consideram os objetivos do campo psicossocial são a ampliação a capacidade do portador de doença mental e de seus familiares: “entender e apropriar-se do processo saúde-doença mental” e “agenciar soluções no campo afetivo, material e social e participação na vida política e jurídica”. (Aranha e Silva, Oliveira , 2001, p.208).

Desse modo, os sujeitos do estudo desenvolviam sua prática profissional, como docentes supervisionando estágios ou na assistência direta ao doente mental, em serviços substitutivos à hospitalização do paciente psiquiátrico nos Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e era esperado que o saber/fazer, segundo o modelo psicossocial emergisse em seus discursos.

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica. (Costa, 2004, p. 9).

Para o Ministério da Saúde (2004), os CAPS representam o meio estratégico na organização da rede comunitária de cuidados e farão o direcionamento local das políticas e programas de Saúde Mental: desenvolvendo projetos terapêuticos e comunitários, dispensando medicamentos, encaminhando e acompanhando usuários que moram em residências terapêuticas, assessorando e sendo retaguarda para o trabalho de Agentes Comunitários de Saúde e Equipes de Saúde da Família no cuidado domiciliar.

Constituindo, assim, o centro de uma teia de atenção ao usuário da saúde mental e familiares.

A experiência de levar e ou observar o aluno de enfermagem, em seu processo ensino-aprendizagem aos CAPS, os sujeitos da pesquisa começaram a falar de como perceberam esse contato com um serviço embasado em um modelo inovador. Para o aluno, foi estar diante de uma proposta que, talvez, não o seja ainda na íntegra, mas, com a pretensão de ser, concretizar um modelo de assistência psicossocial.

*“Os alunos da enfermagem têm dificuldades de se localizarem em uma equipe multidisciplinar, dizem que se sentem pouco à vontade para se expressarem em grupo com alunos de outros cursos”. T.48 (G 3)*

*“O grupo é o lugar certo para falar das dificuldades”. T.49 (G 3)*

Conforme citação do grupo, uma de suas maiores dificuldades relaciona-se à expectativa que aluno nutriu quanto à equipe multidisciplinar, pois o discente traz uma vivência mínima de discussão grupal, assim, é incomum encontrarmos nos campos práticos, utilizados para a formação do enfermeiro, momentos de aprendizagem multidisciplinar, mesmo porque as equipes pouco se comunicam em grupo, dada a rotina tumultuada e a desvalorização dessa prática nos locais de trabalho. Já na área da saúde mental, sobretudo nos CAPS, esses momentos são freqüentes e, na opinião dos depoentes, são ricos e acertadamente um bom espaço para deixar emergir as dificuldades diversas.

Para avançar na assistência, segundo um modelo psicossocial os sujeitos pesquisados buscaram e buscam saberes e saber/fazer, em um movimento constante:

*“Os saberes são construídos a partir de alguma coisa, como o saber da enfermagem que está em construção; nesse processo, ela vem se apropriando de outros saberes históricos para constituir um saber próprio”. T.55 (G 3)*

*“A formação do enfermeiro proporciona um olhar abrangente, transita por diversos conhecimentos, como o da psicanálise, do cognitivismo, do biológico, e como reduzir tudo isto na ‘assistência de enfermagem e seus manuais’...”. T.57 (G 3)*

*“Estar filiado a uma corrente teórica lhe proporciona uma postura mais confortável para o fazer, seja ela a psicanálise, o psicodrama, a comportamental, hunguiano, outros”. T.56 (G 3)*

*“Ouvir as diferentes correntes teóricas nos ajuda a expressar melhor diante das pessoas”. T.58 (G 3)*

Pelo discurso dos sujeitos participantes da pesquisa, identificamos que o saber da enfermagem dentro da equipe de saúde mental está no mesmo plano a que consideraram estar em grupos anteriores, o saber da psiquiatria/saúde mental: “em construção”. O enfermeiro como também outras categorias de profissionais, para que possam atuar, têm e tiveram de buscar uma corrente teórica mais consistente.

Desse modo, evidenciamos uma constante preocupação dos sujeitos para demonstrarem uma adesão a um determinado conhecimento, sempre como um sustentador da prática. A condição de se embasarem em uma corrente teórica, oferece ao profissional subsídios para atuar em determinada linha de pensamento, mas, por outro lado, poderá servir como escudo que o protegerá dos conflitos emergentes do fazer e atribuir-lhe-á o status do saber.

Neves (2001) fala a respeito da crise dos paradigmas em educação na óptica da psicologia, chama a atenção para o fato de que buscar uma fundamentação epistemológica de um saber, algumas vezes representa o movimento que o homem faz na tentativa de reduzir os conflitos de uma crise e a angústia que ela lhe impõe.

Conforme o autor esta procura confere ao indivíduo “a ilusão de que não cairá tão facilmente na armadilha de ser vulnerável”; uma outra solvência também a recorrer seria “apoiar-se no sujeito conhecedor que, tomado por ele como o ‘dono do saber’, lhe dá grau de certeza da crença adotada” (Neves, 2001, p. 50).

O campo psicossocial abre para o profissional um leque de possibilidades às adesões teóricas diversas, visto que abrange práticas variadas, como atividades grupais com o usuário, familiares e comunidade, a própria equipe, as oficinas terapêuticas, recreação, atendimento individual, entre outros.

Para o grupo da pesquisa, o profissional atuante na área, em especial, o enfermeiro passou a apropriar-se de uma determinada linha teórica para elaborar e ou exercer atividades que lhe foram atribuídas dentro do serviço:

*“A enfermagem aborda diferentes linhas teóricas, mas o profissional enfermeiro, o aluno, o professor há de ter uma escolha”. T.59 (G 3)*

*“A competência, em meio desta pluralidade de linhas teóricas é fazer a escolha, e adquirir tranquilidade de falar melhor de um determinado lugar”. T.60 (G 3)*

*“O aluno precisa, porque ele vai optar de acordo com sua visão de mundo”. T.61 (G 3)*

*“Ter claro que essa variedade de linhas teóricas é necessária para a sustentação das práticas, e não significa que enfermagem seja a mistura de tudo isso”. T.62 (G 3)*

Para as depoentes, a enfermagem faz contato com diversos saberes, até mesmo para sustentação das práticas, mas corre o risco de ser definida ou confundida como uma mistura de abordagens teóricas, em que de tudo tem-se um pouco. Na opinião do grupo pesquisado, as distintas linhas teóricas são possíveis de serem aplicadas no campo da *práxis*, mas ao profissional, ao professor e ao aluno caberá escolher um desses instrumentos, para poder atuar.

As últimas quatro frases temáticas representam com muita propriedade o metac conhecimento que o grupo têm dos saberes que circundam o saber/fazer da enfermagem na área da saúde mental. Ao mesmo tempo, reforçam a grande importância legada ao saber teórico em relação à prática.

## 7.2 Querer agir enfermagem psiquiátrica/saúde mental

O 3º grupo focal ao mobilizar a discussão da auto-imagem projetada nos grupos anteriores, acabou proporcionando o relato de algumas situações vivenciadas nos CAPS, que apontaram para uma relação paciente-instituição que desvelam como pensa o grupo sobre o agir em saúde mental:

*“Mesmo em algumas situações de emergência o usuário procura o serviço de saúde mental que o assiste, o vínculo é mais forte”. T.16 (G 3)*

Os sujeitos do grupo descreveram situações em que o doente mental, mesmo sabendo que o CAPS não é referência para emergência, busca o serviço quando vivencia uma condição inesperada de risco. Para os depoentes, esta é uma demonstração do acentuado vínculo entre o serviço oferecido pelo CAPS e seu usuário.

A situação é reconhecida pela equipe atuante nos CAPS, levando-os a sentimentos contraditórios:

*“Se concordarmos com o atendimento físico do usuário nos CAPS corremos o risco de descaracterizá-lo, transformá-lo em um local burocrático que atende de tudo, criando microserviços”. T.17 (G 3)*

*“Os auxiliares de enfermagem e médicos também têm um desejo latente de cuidar de questões orgânicas por sentirem que o PS não atender bem o usuário da saúde mental”. T.22 (G 3)*

Neste contexto, os depoentes revelaram uma preocupação e um desejo latente que expressam conflito. A preocupação os levou a resistir ao atendimento físico do usuário, buscando preservar característica psicossociais das atividades desenvolvidas nos CAPS, acreditaram que poderiam descaracterizar o serviço se permitissem o atendimento das questões orgânicas do doente mental como, por exemplo, o acompanhamento terapêutico das alterações da pressão arterial de um usuário que, além de sofrimento psíquico também

tivesse uma hipertensão arterial. É uma visão fragmentada do cuidar no qual o orgânico nega o psíquico e vice-versa – dicotomia corpo e mente.

Contraditoriamente, o desejo latente explicitado foi dar conta das questões orgânicas do paciente, porque, ao mesmo tempo em que foi identificado como objeto de repúdio, cuidar do físico, mas, tornou-se desejado para se manter a qualidade do vínculo estabelecido na relação do doente mental com o CAPS e os profissionais que lá atuaram. Apontaram para o preconceito que o usuário do serviço da saúde mental encontrou, quando buscou atendimento em outras especialidades, em unidade de saúde de pronto atendimento.

Algumas frases temáticas foram porta-vozes de uma situação latente no grupo, pois provocaram o grupo a refletir sobre a existência de alguns pontos de entrave do sistema de saúde:

*“Refletir sobre onde está a falha da assistência ao usuário. Está na ausência de materiais de emergência e médico-hospitalares ou na referência contra-referência ágil dos serviços de saúde”. T.18 (G 3)*

*“Não existe integração, pois não há diálogo com o COREN. Como explicar para este órgão que acima da Sistematização da Assistência de Enfermagem existe um projeto terapêutico integrado com a equipe”. T.26 (G 3)*

Novamente observamos um posicionamento de procurar a falha no atendimento ao usuário que é preocupante pela necessidade dissimulada em se encontrar um culpado, para o que não vem dando certo, abstendo o profissional de responsabilidade. Neste caso, por parte do grupo, existiu um questionamento sobre a culpa projetada na ausência dos materiais de emergência ou na estrutura de funcionamento dos serviços de referência contra-referência que, por sua vez, são fatores de responsabilidade que perpassam pelo âmbito das instituições, do político e também do profissional.

1. Considerar que a relação entre o serviço de atenção básica e o de referência em saúde mental – comunitário - deve estar definida entre as políticas locais de saúde e que os limites de intervenção de um nível ao outro pode ser distendido.
2. Os níveis de atenção são inter-relacionados, articulados e intercambiáveis. (Aranha e Silva, Oliveira, 2001, p. 209).

Convocando-se para a responsabilização desses desencontros, os depoentes também revelaram um posicionamento de autocrítica e auto-análise:

*“Somos omissos quando não discutimos o que está acontecendo na prática. T.31 (G 3)*

*“Temos capacidade de argumentar com o COREN, e eles têm a responsabilidade de responder. O que este órgão quer construir?” T.25 (G 3)*

*“Os profissionais fiscais de COREN foram formados por nós, passaram por esta escola e pelos campos práticos que atuamos, somos responsáveis”. T.27 (G 3)*

*“É dever participar das assembleias do COREN, de preferência em grupo e com argumentações previamente discutidas”. T.28 (G 3)*

Descreveram-se como omissos: não discutiram sobre os fatores ocorridos na prática; reclamaram da relação com o Conselho, mas nem ao menos são atuantes, não participaram das assembleias nem questionaram seu posicionamentos coercivo. Ao mesmo tempo, se depararam com a realidade de que contribuíram com a formação dos gestores de saúde e dos fiscais do COREN. Na busca de serem mais efetivos, manifestaram:

*“A enfermagem tem como missão buscar uma posição mais crítica, menos subalterna a essa uma função contraditória do COREN”. T.32 (G 3)*

*“Precisamos das associações que fazem oposição ao conselho maior”. T.34 (G 3)*

*“O enfermeiro tem que se interrogar, fazer a crítica e descobrir suas competências”. T.43 (G 3)*

*“É um deslocamento de energia ficar se lamentando porque não é reconhecido socialmente”. T.44 (G 3)*

*“Ter competência para ocupar o nosso lugar. Lugar não é aquele que alguém determina, é o que lutarmos e conquistamos”. T.45 (G 3)*

*“O enfermeiro deve sair do discurso e lutar pelo seu espaço, não aceitar que os outros profissionais digam o que deverá ser feito”. T.53 (G 3)*

Para serem mais efetivos, os depoentes idealizaram um enfermeiro mais crítico, participativo nas decisões políticas quanto à profissão e às políticas de saúde, o que não praticam. Ter um lugar conquistado dentro de uma equipe de saúde mental, também, se faz com competência por competência profissional.

Conforme o trabalho grupal direcionou-se à tarefa, os sujeitos foram se (re)apropriando e ressignificando a discussão da “procura de um culpado” da desatenção do portador de transtorno mental. Durante este movimento, identificamos emergência de novo posicionamento, contrário ao inicial que foi considerado um desgaste desnecessário “ficar se lamentando”.

### **7.3 Poder agir enfermagem psiquiátrica/saúde mental**

A operacionalização das competências conjuga as características próprias de um indivíduo, como a capacidade de orquestrar os recursos (saberes, saber/fazer ou do ambiente) com a relação que ele mantém com a situação de trabalho. Portanto, o ambiente de trabalho tem uma importância significativa para o bom andamento das ações profissionais; assim, sobre esse contexto, com seus componentes facilitadores e dificultadores que iremos abordar neste tema.

Nos discursos dos sujeitos da pesquisa, identificamos alguns dos fenômenos que dificultaram uma ação ou decisão apropriada em uma situação real:

*“No processo de trabalho do docente há o desgaste intelectual que é menos penoso do que o do enfermeiro da prática que exerce atividade mecânica passível a alienação imposta pela repetição”. T.7 (G 3)*



Aqui os depoentes comparam o processo de trabalho do enfermeiro docente com o do enfermeiro assistencial, consideraram o desgaste intelectual, ao qual é submetido o professor, menos penoso do que o das relações de produção e reprodução em que os enfermeiros assistenciais estiveram sujeitos. Para eles, o trabalho baseado na repetição mecânica e passiva da reprodução do produto de consumo, correu o risco de tornar atividade laboral alienante.

Consideramos o ato de alienação da atividade prática humana, do trabalho, em dois aspectos: 1) A relação entre o trabalhador e o produto do trabalho, como objeto alheio e dotado de poder sobre ele. Esta relação é ao mesmo tempo a que o coloca ante um mundo exterior sensível, ante os objetos da natureza como ante um mundo estranho e hostil; 2) a relação entre o trabalho e o ato de produção, dentro do trabalho. Esta relação é a que se estabelece entre o trabalhador e sua própria atividade, como uma atividade alheia e que não lhe pertence, a atividade como passividade, a força como impotência, a procriação como castração, a própria energia física e espiritual do trabalhador, sua vida pessoal – pois a vida não é outra coisa que atividade – como uma atividade que se volta contra ele mesmo, independente dele, que não lhe pertence. (Marx<sup>11</sup> apud Iamamoto, Carvalho, 2003, p. 55).

Para o grupo, o enfermeiro assistencial correu o risco maior de se alienar no trabalho pelo trabalho. as relações de produção social no âmbito do capital e o trabalho, foram descritas, assim, foi estabelecido o processo de produção e reprodução mecânica e passiva do fazer assistencial. Nesta visão, a força de trabalho produziu riqueza para o outro, e foi se tornando estranha ao trabalhador, um objeto alheio a ele. No processo de relação trabalhado/trabalho/capital não foi identificada a reflexão sobre o saber/fazer que talvez pelas condições de trabalho, na universidade haja maior espaço, para que esta reflexão ocorresse.

Outros entraves da prática foram direcionados pelo grupo para ensino:

---

<sup>11</sup> Marx K. Manuscritos econômicos-filosóficos de 1848. In: Marx K, Engels F. Manuscritos econômicos vários. Barcelona: Grijalbo; 1975.

*“Os órgãos financiadores de pesquisa ditam regras, padronizam normas”. T.74(G3)*

*“A representação que temos de escola é aquela formal, traduzido em um prédio e tempo predeterminado”. T.9 (G 3)*

*“A escola tradicional cerceia uma pessoa criativa em função de uma padronização: ‘\_ Todos saem desenhando uma flor vermelha de caule verde, por que sempre foi pedido para a gente desenhar essa flor’...”. T.12 (G 3)*

Os depoentes revelaram sentir limitação em seu saber/fazer como docentes, as restrições descritas por regras e normas predeterminadas pelos órgãos financiadores de pesquisas acabam influenciando na produção máxima de uma profissão que se constitui em um dos tripés sustentadores da universidade.

Trouxeram também um conteúdo semelhante ao que foi discutido em grupos anteriores, porém, ainda consideramos pertinente comentá-los, diante do valor da recorrência do tema. Estes discursos corroboram o que escreveu Rubem Alves (2004), ao classificar nossas escolas como um modelo das linhas de produção, comparando-as a uma fábrica, responsáveis por produzir “unidades biológicas móveis”, possuidor de conhecimentos e habilidades. As unidades biológicas móveis são os “alunos” que recebem uma educação direcionada a atender os moldes predeterminados pelas agências governamentais, assim, os alunos que não se encaixam nesta padronização, são postos de lado:

As linhas de montagem denominadas escolas organizam-se segundo coordenadas espaciais e temporais. As coordenadas espaciais se denominam “salas de aula”. As coordenadas temporais se denominam “anos” ou “séries”. Dentro dessas unidades espaço-tempo, os professores realizam processo técnico-científico de acrescentar sobre os alunos os saberes-habilidades que, juntos, irão compor o objeto final[...] (Alves, 2004, p. 36)

Nesse modelo, o autor complementa o que se ensina, é que a vida é composta de espaços estanques, turmas separadas e hierarquizadas, um prenúncio do modo de viver em

grupos sociais separados e sobrepostos. Como resultado prático, obtemos a competição e violência entre as turmas. Diante da limitação de tempo para ministrar saberes, reforça-se a concepção do saber compartimentado e estagnado, “e depois reclamam que os alunos não conseguem integrar o conhecimento...”. (p. 67)

Uma questão que emergiu tão energeticamente nesse grupo, não poderia deixar de ser incluída na lista do contexto dificultador do poder fazer:

*“Uma enfermeira que trabalhe em um serviço inovador e propõe práticas inovadoras, fica cerceada pelo COREN”. T.29 (G 3)*

*“O COREN nos deixa em pânico, sem saber o que fazer. É um órgão que teoricamente é protetor, na prática é ameaçador e controlador”. T.30 (G 3)*

Mais uma vez, estas frases temáticas abordaram a dificuldade de comunicação e o relacionamento que os enfermeiros atuantes na área da saúde mental manifestaram em ter com o COREN. O conselho dificulta a realização de um trabalho inovado, embasado em projetos terapêuticos, pois deseja que todas as suas decisões sejam seguidas, independentemente das características peculiares de cada serviço de saúde, além de atuar de forma coerciva e ameaçadora. O grupo desvelou sua rebeldia diante das imposições do Conselho.

O grupo descreveu certos fatores que compuseram um contexto facilitador para o poder agir:

*“A escola e o campo prático aproximam-se quando conseguem estimular o aluno a buscar o saber/fazer”. T.8 (G 3)*

*“Como instituição de ensino uma de nossas funções é a de desenvolver a capacidade crítica”. T.33 (G 3)*

*“Na universidade, vivenciamos uma diversidade de linhas de pesquisa”. T.63 (G 3)*

O discurso dos sujeitos da pesquisa revelou em sua aparência o novo: reproduzem os conceitos teóricos que serviram de temas disparadores nos grupos focais: a concepção de aprendizagem significativa baseada no aprender a aprender; desenvolver a capacidade crítica e da pesquisa; a proximidade e sincronia entre a escola formal e o campo da prática. No entanto, não desvelam como operacionalizam esses conceitos nos processos de assistir e de ensinar.

Ainda falando sobre o campo prático, os depoentes revelaram os pontos positivos que vêm vivenciando nos CAPS, como espaço de aprendizagem do saber/fazer em enfermagem psiquiátrica/saúde mental:

*“É muito rico estar em um campo com uma equipe multidisciplinar, e com alunos de diversas áreas”. T.50 (G 3)*

*“Em um campo em que tem profissionais e alunos de diversas áreas, a discussão é rica não só no sentido de complementação, mas de somatório do saber/fazer”. T.51 (G 3)*

Nestas frases temáticas, destacou-se a riqueza que o CAPS proporcionou como campo de aprendizagem ao aluno, quando presenciou o trabalho multidisciplinar que, muitas vezes, é impossibilitado de ser vivenciado em outras unidades de serviços de saúde. Mesmo diante das dificuldades enfrentadas pelas equipes para trabalhar de forma interdisciplinar, no CAPS existiu um movimento para atender esta demanda, inclusive, em discutir questões opostas a este arranjo.

Ao mesmo tempo que o grupo falou sobre o contexto facilitador real, isto é, descreveu o que no campo prático já experimentou, concluiu que foi positivo para o aprendizado do aluno de enfermagem, também, passou a narrar um contexto facilitador idealizado:

*“A escola idealizada é aquela que resgata a identidade da pessoa, que se assemelhe a um espaço físico familiar, em que não haveria a necessidade de desprezar o conhecimento clássico, mas, sim, transformar a aplicabilidade”. T.10 (G 3)*

*“Na escola idealizada, a aprendizagem estaria voltada a aprender coisas para usar na vida, por meio de atividades diárias como acender o fogo e discutir os fatores envolvidos nesse fazer” T.11 (G 3)*

Estas duas frases temáticas emergiram do discurso grupal, quando uma das docentes recordou-se de uma crônica de Rubem Alves, sobre a escola de seus sonhos. Ao ser descrita a essência da crônica, os sujeitos demonstraram benevolência e discutiram sobre o tema, desvelando a escola idealizada. Uma escola transformadora onde se aprenderia da forma mais simples e natural possível, vivenciando os fenômenos da vida.

A crônica de Rubem Alves (2004) foi escrita em cinco partes, publicadas no *Correio Popular* de Campinas e editada no livro “A escola com que sempre sonhei sem imaginar que pudesse existir”. O autor descreveu a Escola da Ponte, após uma visita que fez a este local em Vila Nova de Famalicão, em Portugal.

Em grande parte, a Escola da Ponte destaca-se, por uma *práxis* de educação em cidadania e não apenas para a cidadania, regida pela democracia e auto-regulada:

Democrática, no sentido de que todos os seus membros concorrem genuinamente para a formação de uma vontade e de um saber coletivos – e de que não há, dentro dela, territórios estanques, fechados ou hierarquicamente justapostos. Auto-regulada, no sentido de que as normas e as regras que orientam as relações societárias não são injunções impostas ou importadas simplesmente do exterior, mas normas e regras próprias que decorrem da necessidade sentida por todos de agir e interagir de uma certa maneira, de acordo com uma idéia coletivamente apropriada e partilhada do que deve ser o viver e o conviver numa escola que se pretenda constituir como um ambiente amigável e solidário de aprendizagem. (Santos, 2004, p. 14-5).

O grupo, também, idealizou a forma de assistência ao usuário do serviço de saúde mental, mas ao contrário da escola idealizada, na opinião de alguns depoentes, a assistência

ao doente mental no molde descrito abaixo, está mais próxima de ser concretizada nos CAPS:

*“A atenção ao usuário idealizada é oferecer um ambiente familiar, o mais próximo de uma casa”. T.13 (G 3)*

*“Um CAPS deve se parecer com uma casa, e em uma casa não temos material de ressuscitação cardiopulmonar. Se o COREN exige devemos tem que questioná-lo”. T.24 (G 3)*

Ao idealizarem a atenção ao doente mental, reforçaram sua resistência às decisões do COREN padronizar a assistência de enfermagem no que se refere às ações e abastecimento de recursos materiais.

As práticas realizadas nos CAPS se caracterizam por ocorrerem em ambiente aberto, acolhedor e inserido na cidade, no bairro. Os projetos desses serviços, muitas vezes, ultrapassam a própria estrutura física, em busca da rede de suporte social, potencializadora de suas ações, preocupando-se com o sujeito e sua singularidade, sua história, sua cultura e sua vida cotidiana. (Ministério da Saúde, 2004, p. 14).

Diante do descrito pelo Ministério da Saúde do que seriam as práticas do CAPS, inferimos que seu conteúdo não está tão longe do que idealizaram os sujeitos da pesquisa. De fato, existe fundamentação na política pública que corrobora com o pensamento dos profissionais do estudo.

Assim, no CAPS, os serviços de saúde também são organizações de trabalho onde encontramos redes relacionais estabelecidas por meio das atividades profissionais são exercidas. Estas relações, tanto podem promover o crescimento profissional, limitá-lo ou cerceá-lo, dependendo da qualidade das interações estabelecidas entre os profissionais, instituição e usuários.

Para Peduzzi (1998), as práticas desenvolvidas na área da saúde apresentam uma característica peculiar, pois a prática social insere-se em um processo de produção de serviços. Este processo pode ser descrito em duas esferas a macroinstitucional como

processo de produção e a microinstitucional como o processo de trabalho. As relações entre o trabalhador/objeto/recursos e a atividade propriamente dita são melhores compreendidas, quando inseridos em uma dada divisão de trabalho.

Em ambas as esferas, tomando como base o âmbito do trabalho, agrupamos as frases temáticas, nas quais identificamos as questões referentes aos espaços micro e macroinstitucional. Por meio do discurso, os depoentes revelaram a desigualdade social a que são subordinados os profissionais enfermeiros no microespaço de trabalho:

*“O enfermeiro, também, é desvalorizado socialmente: ‘...entra pelas portas dos fundos para fazer o exame admissional, a gente não entra pela mesma porta que o médico’...”. T.38 (G 3)*

*“A desvalorização social-econômica vem da classe profissional, da predominância feminina, da área de saúde mental”. T.39 (G 3)*

Para o grupo, a forma com que esteve posta a divisão do trabalho, reforça a diferenciação e hierarquia dos valores sociais das classes de trabalhadores dentro do serviço de saúde mental. Sentiram que o enfermeiro tem menor-valia em relação ao médico e elegeram alguns atributos da profissão que contribuíram para esse fenômeno: classe profissional, gênero e área de atuação (psiquiatra/saúde mental).

Corroborando com o achado desta pesquisa sobre a mais-valia atribuída ao serviço do médico, Peduzzi (1998) constatou que este profissional ainda acumula a responsabilidade da equipe multiprofissional, portanto, a ele é atribuído mais voz nas decisões, poder e liberdade de elaboração e execução do projeto assistencial. Quando em equipe, com frequência é o médico quem assume a posição de liderança, legitimando a hierarquia de valores no âmbito das técnicas e das relações sociais e políticas.

Quanto à questão de gênero, os sujeitos do estudo consideraram a possibilidade de sofrerem uma menor-valia social por constituírem uma profissão majoritariamente feminina.

Fernandes, Ferreira, Albergaria et al. (2002) atribuíram todo este contexto de desvalorização social a uma especificidade do trabalho de enfermagem, que é a característica própria do *cuidar*. O cuidar visto socialmente como uma extensão do trabalho doméstico, invisível e subjetivo e que é exercido em sua maioria por mulheres, por outro lado, existe uma agregação de maior valor social a *cura e tratamento* que, por sua vez, é visível, objetivo e socialmente valorizado.

Ainda em relação ao microespaço de trabalho, o grupo relatou uma especificidade do saber que confere valorização à atividade técnica do profissional:

*“No universo da saúde mental o saber fundamentado na teoria da psicanálise confere ao profissional um valor social superior. Mas, pela nossa vivência nem sempre é o que vai resolver”. T.54 (G 3)*

Os depoimentos revelaram que, no interior das equipes de saúde mental o saber fundamentado na teoria da psicanálise outorgou a seu portador/aplicador status social, perante os demais profissionais. Mas, na visão empírica dos depoentes, nem sempre será o fazer embasado na psicanálise que tornará uma ação efetiva.

Complementando a percepção da existência de hierarquização do saber dentro das equipes de atenção à saúde mental, Peduzzi (1998) ao realizar uma pesquisa com trabalhadores de um ambulatório da saúde mental (mesmo não contando com o profissional enfermeiro atuante nessa área de especialidade do ambulatório), também identificou nos relatos dos profissionais uma hierarquização de valores dos saberes. Nessa ocasião, a pesquisadora constatou que mais-valia foi atribuída às atividades norteadas pelo saber da psicanálise e psicologia.

A pluralidade de saberes é uma proposta para o trabalho em saúde a ser realizado nos CAPS, proporcionando o multidimensionamento das ações sobre as distintas situações e, o Ministério da Saúde não hierarquiza nem um tipo de saber, pelo menos, formalmente:



O processo de construção dos serviços de atenção psicossocial também tem revelado outras realidades, isto é, as teorias e os modelos prontos de atendimento vão se tornando insuficientes frente às demandas das relações diárias com o sofrimento e a singularidade desse tipo de atenção. É preciso criar, observar, escutar, estar atento à complexidade da vida das pessoas, que é maior que a doença ou o transtorno. Para tanto, é necessário que, ao definir atividades, como estratégias terapêuticas nos CAPS, se repensem os conceitos, as práticas e as relações que podem promover saúde entre as pessoas: técnicos, usuários, familiares e comunidade. Todos precisam estar envolvidos nessa estratégia, questionando e avaliando permanentemente os rumos da clínica e do serviço. (Ministério da Saúde, 2004, p. 17).

Os sujeitos levantaram outros aspectos que diferenciam os valores sociais atribuídos ao processo de trabalho, agora envolvendo a equipe como um todo:

*“O profissional que cuida do louco também tem um valor social diferente, traduzido em uma realidade de má remuneração, no não ser ouvido pelos outros, por cuidar de gente que está excluído do processo de produção”. T.37 (G 3)*

*“A desvalorização profissional abrange a todos dos setores públicos. Há uma desvalorização do setor público como um todo”. T.46 (G 3)*

*“Quando enxergamos os diferentes valores dos diferentes produtos, e sua reprodução social, passamos a ter algumas respostas e a compreender o sistema de organização social”. T.42 (G 3)*

Os aspectos relatados envolveram todos os profissionais atuantes na saúde mental e nos serviços públicos de saúde que fundamentados em suas experiências, constituídas no cotidiano do serviço, ampliaram sua visão e projetaram a desvalorização social para o âmbito macroinstitucional. Aqui emergiram questões de gestão de recursos humanos na saúde pública e a organização social no contexto capitalista das relações de produção.

Para o grupo, o profissional que cuida de louco, de um sujeito que não participa da produção e reprodução de riquezas na sociedade capitalista, é o profissional que atua no setor público que cuida dos desfavorecidos socialmente, é mal remunerado e trabalha em precárias condições. Para os enfermeiros, foi fundamental tomar ciência desses aspectos, até mesmo para compreender a totalidade e a dialética da realidade que se insere.

O macroespaço da organização do trabalho na universidade, também, foi mencionado pelos integrantes do 3º grupo focal:

*“Na universidade todos os professores doutores têm um cargo horizontal, um mesmo valor econômico que lhe confere um determinado valor social”. T.40 (G 3)*

*“Existe uma hierarquia dentro das unidades da universidade, ocupam lugares privilegiados as unidades que produzem mais valor social atrelado a seu valor econômico, por formarem profissionais que produzem mais dinheiro”. T.41 (G 3)*

Ao falarem do ambiente do trabalho na universidade, os sujeitos do estudo descreveram uma homogeneidade de valores sociais, explícita formalmente uma hierarquização de valores que é velado. Revelaram as diversas faces do trabalho docente na universidade: uma docente referiu-se à remuneração do professor que tem um determinado cargo/titulação, isto é, dependendo do seu cargo/título, o trabalhador receberá um salário igual ao de outros docentes das unidades (cursos) na universidade, com um valor social legitimado pela comunidade acadêmica.

Por outro lado, nas falas dos depoentes emergiu a descrição da hierarquização de valores sociais no âmbito universitário, em que se atribui mais-valia social para aquelas unidades que formam profissionais que, socialmente, produzirão mais riquezas. Nesta face do trabalho docente na universidade, valores sociais estão intimamente vinculados a valores econômicos, traduzidos em benefícios disponibilizados para aqueles cursos que põem no mercado de trabalho profissionais que geram capital à sociedade.

Ao finalizarem o 3º grupo focal, os sujeitos concluíram o projeto de construção coletiva do enfermeiro trabalhando em saúde mental, de acordo com o que está descrito na crônica do grupo, projetaram um enfermeiro multicolorido, atento, com ênfase no olhar, iluminado pela esperança representado por raios de luzes verdes.

A figura revelou-se feminina pelos trajes e adereços, sensitiva pela relevância dada ao coração, denotaram a necessidade da presença de objetos articuladores entre as diversas partes do corpo. Um elemento místico também constituiu a gravura um ofá (arco e flecha), como um ponto de umbanda de Oxossi.

Simbolicamente, podemos aferir que os depoentes presentearam o enfermeiro para atuar na saúde mental com as características de Oxossi:

[...] Oxossi é sagaz como o leopardo, forte como o leão, leve como um pássaro, silencioso como um tigre, observador como a coruja, sabe se esconder como um tatu, é vaidoso como um pavão, corre como os coelhos, sobe em árvores como macaco, conhece os animais profundamente e com eles partilha o conhecimento da natureza. (Amaral, 2000, p.3).

Segundo Amaral (2000), a energia de Oxossi é invocada quando pretendemos encontrar algo ou atingir algum objetivo e, também para providenciar sustento físico e moral às jornadas.

O grupo idealizou uma enfermeira integral, satisfeita (sorridente) com o que realiza. Ao atuar, fará uso dos vários recursos pessoais para estabelecer uma assistência coerente com as necessidades do serviço e do usuário, porém, também contará com bens do meio imaginário e místico. Com uma base firme ao solo, bem com os “pés no chão”.



## **O ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental: um saber/fazer em transformação**

Neste estudo o tema abordado é bastante complexo, por isso não pretendemos inferir que todos os fatores relacionados ao objeto de estudo findaram-se nos achados analisados. Assim, é fundamental explicitar nossas reflexões constituídas durante o caminho da pesquisa, além de retomar pontos relevantes do material empírico que, a nosso ver, poderão contribuir com pesquisas na área da enfermagem, enfermagem psiquiátrica/saúde mental e educação.

Pesquisadores da área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental vêm descrevendo um verdadeiro descompasso entre ensino e prática da enfermagem psiquiátrica e saúde mental e desses com as políticas nacionais de saúde mental; o que contribui para a formação de profissionais acríticos e pouco atuantes politicamente dentro do contexto de Reforma Psiquiátrica. Além disso, percebemos a dificuldade do aprendiz articular e mobilizar recursos próprios e aprendidos no ensino formal, quando vivencia uma situação real no ensino.

Nas práticas de ensino de enfermagem, presenciamos o predomínio dos modelos pedagógicos tradicionais e tecnicistas que, na atualidade, são burocráticos e pouco significativos.

Para romper com a situação, é preciso que o educador em enfermagem tenha clareza, quanto ao momento histórico e social em que se encontra e quais são os paradigmas contemporâneo que devem ajustar sua prática educativa, transformando a dimensão técnica do ensinar.

Assim, é fundamental rever e questionar o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, refletindo sobre a práxis; buscando novas estratégias de ensino que

proporcionem situações de aprendizagem, mediante ações transformadoras e que favoreçam o desenvolvimento da competência dos futuros profissionais.

Neste estudo, a proposição defendida foi que os professores, ao formularem seus planos de ensino e objetivos, ao ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental, acreditam formar enfermeiros competentes para a prática assistencial, conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, porém sem definição do referencial pedagógico que sustenta esse processo ensino-aprendizagem.

Assim, , por meio desta pesquisa, nossa pretensão foi avançar na constituição de conhecimento sobre competências no ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental, baseadas no referencial teórico da pedagogia das competências.

A análise dos dados empíricos desvelou que os enfermeiros atribuem sentidos diversos ao conceito de competência. Para alguns sujeitos do grupo, ser competente é saber identificar e seguir uma linha de normas e funções profissionais dentro de uma instituição, como integrante de uma equipe multiprofissional; outros se aproximaram do conceito pedagógico de competência (mobilização de recursos pessoais e do meio para agir eficazmente em um determinado contexto).

Os depoentes revelaram insatisfação com o modelo pedagógico aplicado na formação geral do enfermeiro, voltado aos moldes tecnicistas e tradicionais; mas, ao mesmo tempo, concordaram que ainda se utilizam desses modelos, e conseguem fazer a crítica, que estão em um processo de mobilização e de busca de outros modelos. Não conseguiram superar os paradigmas, porém estão em movimento. Em alguns momentos, a construção das competências foi confiada à prática da vida profissional e não à formação no curso de graduação.

A análise leva-nos a inferir, que o ensino de enfermagem não vem formando para competência. Embora alguns discursos já estejam revestidos pelos vocábulos de novas

tendências pedagógicas. Na prática, prevalecem atitudes conservadoras de prioridade ao conteúdo e prevalência da teoria sobre a prática.

Na análise dos discursos, podemos verificar que a prática do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental revela descompassos e distanciamento entre teoria e prática caracterizada pela ausência de espaços para discussão dos acontecimentos cotidianos comuns ao ensino e à assistência; pela ausência de um projeto político-pedagógico e terapêutico comum, envolvendo os sujeitos: docente, enfermeiro de campo, instituição formadora, instituição assistencial, aluno e usuário do serviço assistencial (cada um tem seu próprio projeto e aborda sua restrita realidade); e a ausência de um entrelace entre os paradigmas da pedagogia transformadora e da Reforma Psiquiátrica. Existe, ainda, um caminho a percorrer para a assunção da *práxis*

*As relações sociais de produção* elucidaram-se na diversidade dos sujeitos da pesquisa, docentes e enfermeiros assistenciais que, por natureza do trabalho exercido, mantinham relações distintas entre si. As depoentes, ao falarem de suas atuação em situações reais de trabalho, explicitaram os conflitos nas relações de trabalho.

As enfermeiras assistenciais relataram sentimentos de angústia diante das relações estabelecidas dentro da equipe multiprofissional, denunciam a submissão do fazer e do saber a outras classes profissionais e o sofrimento do trabalhador da área de saúde mental ao não dar conta de atender à demanda da organização social. Enfrentam menos valia por serem enfermeiras psiquiátricas, por cuidarem de loucos e por serem mulheres.

As docentes revelaram uma relação social, também, hierarquizada dentro da universidade; informam maior valorização das atividades dos núcleos formadores de profissionais que geram maior riqueza dentro da sociedade capitalista.

Para o desenvolvimento do grupo focal, utilizamos a exposição teórica dos aspectos importantes do referencial da pedagogia das competências como tema mobilizador para a discussão. O material empírico revelou que este referencial pode influenciar na reconstrução dos planos de ensino. Assim, os sujeitos do estudo informaram que as reuniões impulsionaram a reflexão sobre vários aspectos da prática; mobilizaram matrizes internas e causaram inquietações. No grupo, conseguiram identificar as contradições entre tradicional e o inovador, o distanciamento da teoria e da prática e ficou evidenciada a existência de um abismo entre o pessoal da teoria e o da prática, caracterizada pela ausência do diálogo entre eles.

A estratégia do grupo focal com o auxílio da técnica pichoniana foi relevante para captar as representações dos sujeitos da pesquisa sobre o ensino e a aquisição de competências. Embora o grupo formado tenha perdurado por um período curto (três semanas), sua interação e dinâmica proporcionaram uma boa produtividade no campo grupal, possibilitando a constituição de uma história horizontal, isto é, uma codificação conjunta dos temas que, no início, foram trabalhados individualmente.

O 1º grupo focal determinou um movimento de reflexão que representou o contato dos sujeitos da pesquisa com uma teoria pedagógica distante de suas discussões, objetivadas no cotidiano do fazer.

Foi interessante perceber o prosseguimento dos demais grupos focais, as enfermeiras foram identificando inúmeras ocorrências que corroboraram ou divergiram com o referencial teórico exposto nos temas disparadores. Muito do que foi discutido, já compôs ou direcionou subjetivamente as ações ou posicionamentos na vida profissional de cada uma em um determinado momento.



As crônicas dos grupos focais proporcionaram-nos a extração de aspectos relevantes à compreensão da dinâmica grupal e sobre a representação dos depoentes a respeito do objeto de estudo. Ocorreu uma compreensão:

- Os dois conceitos de competência: *saber mobilizar recurso em situação real e a competência burocrática* (saber agir, conforme normas e funções profissionais estabelecidas pela instituição e equipe);
- A distância entre teoria e prática;
- A mistificação das técnicas terapêuticas, quando o aluno não tem domínio sobre o saber/fazer;
- Os padrões de formação do enfermeiro foram norteados, predominantemente, pelo modelo biomédico (centrado no médico), dificultando a ação do educando e do profissional na área de saúde mental, quando se viram diante de uma realidade que não comporta somente técnicas, tais como: realizar curativo, dar injeções e tão pouco, um fazer prescritivo;
- A formação do enfermeiro reproduziu e manteve-se, até os dias atuais, no modelo tradicional (o enciclopédico, com grande valorização do conteúdo);
- Na opinião dos sujeitos, não é o saber agir com pertinência que está sendo trabalhado na formação do enfermeiro e dos demais profissionais da área da saúde. Ensina-se o fazer prescritivo, isto é, forma-se voltado para uma competência burocrática;
- A organização social capitalista está refletida em uma assistência que busca restabelecer a capacidade das pessoas serem produtivas, pois, isto é considerado satisfatório socialmente;
- O processo de mudança requer rever, reestruturar nossos próprios conceitos sem desprezar o que foi adquirido;

- No processo de trabalho, o enfermeiro vem se afirmando e apresenta um posicionamento menos submisso ao médico, quando foi reportado à própria formação;
- Os contrastes entre os ideais de uma assistência psicossocial e as exigências do órgão fiscalizador da profissão;
- A pouca participação política que o enfermeiro tem nesse contexto;
- Atitudes valorosas de alguns serviços de atenção à saúde mental foram ressaltadas, embora com uma prática institucional intensa, promoveram inovação do saber/fazer;
- Os descompassos vivenciados não se restringem ao da teoria-prática no ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental; os desencontros existem entre educadores/professores e educadores/enfermeiros, direção dos serviços de saúde com o serviço assistencial, conselho profissional com o profissional;
- A transição de paradigma tradicional abrange, tanto o tema pedagógico com as perspectivas do paradigma da desinstitucionalização que circundam a *práxis* do ensino de enfermagem em saúde mental.

Este último aspecto foi bastante valorizado pelos profissionais. Segundo Meola (2000), o universo do saber/fazer regido pela Reforma Psiquiátrica exige mudanças, do ponto de vista da desconstrução do modelo de controle e tutela do doente mental, visando à construção de modelos de atenção que estruturam práticas alternativas em caráter de substituição ao fazer da psiquiatria tradicional.

A autora aponta algumas transformações impetradas por esse paradigma: o desprivilegio da entidade mórbida, a doença, em prol do sujeito; adotar uma atitude transdisciplinar, com articulação de diversos saberes; desconstrução do manicômio; a atenção substitutiva sustentada por políticas públicas de saúde coerentes com esse fazer;

praticar estratégias clínicas de inclusão social, como lugares de vida social; investimento e comprometimento institucional.

Barros (1994, p. 79) confirma o desafio:

[...] construir a Reforma Psiquiátrica não é tarefa simples, pois a transição paradigmática impõe fundamentos éticos, assistenciais, políticos, de produção de conhecimentos e de formação de recursos humanos para um novo modo de cuidar.

Diante desta incitante situação, que envolve mudanças, tanto na assistência como na formação dos profissionais, observamos que os serviços alternativos à hospitalização multiplicam-se no contexto nacional, mas, a resolutividade das ações dos profissionais neste espaço de trabalho permanece limitada, pois profissionais competentes para este agir não são formados. Desse modo, presenciamos no dia-a-dia dos serviços de atenção à saúde um vínculo de envolvimento frágil entre profissionais e ações no trabalho descrito pelos sujeitos do estudo, como um não se responsabilizar-se pelo outro, sujeito do cuidado.

A especialização foi vista pelos depoentes, como uma alternativa de peso para se atuar com competência na área de enfermagem de saúde mental, pois perceberam que a graduação não favorece significativa transformação no aluno, no que tange à construção de competências.

Spink (1992) também nos convoca a refletir sobre a ocorrência da fragmentação e compartimentalização do conhecimento no campo da saúde, como co-responsável na formação do profissional. Fragmentação correlacionada ao paradigma da simplificação que promove a disjunção do conhecimento em compartimentos estanques e sua redução ao denominador comum. O fracionamento do saber em disciplinas diversas promove o crescimento acelerado dos saberes, paradoxalmente, esta descontinuidade de saberes na área da saúde dificulta a apreensão do todo.

A postura a ser adquirida e orientada por Spink (1992, p 19) recai novamente em um dos pressupostos do paradigma da Reforma Psiquiátrica e nos ideais da pedagogia das competências: a postura transdisciplinar. “[...] a apreensão do todo só pode ser efetivada através da adoção de uma postura transdisciplinar, onde as competências individuais, em vez de esfaceladas, passam a ser articuladas”.

Assim, observamos ser uma postura regida pela interação entre os diversos saber/fazer, sem a submissão das diferenças, mas, na presença da compreensão do modo de estruturação dos diferentes modos de pensamento.

A questão posta pela pedagogia das competências, como pode ser vista na análise do material empírico estudado, articulou vários discursos que convergiram na palavra mudança no ensino de enfermagem, não em seu sentido superficial e objetivo, mas em uma visão mais complexo e subjetiva; mudança no sentido pertinente ao âmbito da educação pois, a arte de ensinar não acontece com objetos, mas, sim, no espaço da interação humana. Para Rosa (2002, p. 26) “[...] mudar, em educação, pressupõe incluir-se como pessoa, assumir os riscos da mudança para poder desfrutar do prazer de também aprender”.

[...] mudar significa romper com o estabelecido, o que, em alguma medida, tem sabor de desobediência. Além disso, há, no ser diferente, algo próximo à marginalidade; o diferente é tido como ‘a-normal’. E ele o é realmente: está fora da norma, dos padrões. Não há, contudo, nenhuma segurança de que o normal, o que existe conforme as normas aceitas pela maioria, seja o mais certo ou verdadeiro. Acostumada à manutenção da ordem, a grande maioria vê, nas tentativas de mudança, uma ameaça à sua própria segurança e tranquilidade. Por isso é até natural que reaja a elas. (Rosa, 2002, p. 27-8).

Considerando a discussão sobre os paradigmas que nortearam ou norteiam a *práxis* dos sujeitos da pesquisa, pudemos inferir que as rupturas não são tão significativas, porém identificamos movimentos, recuos e avanços, que organizamos à luz das idéias de Perrenoud (1999, p. 86), formulados com *Gather Thurler*:

a. “Nem as práticas, nem os sistemas evoluem muito rapidamente; por isso, é preciso buscar o tempo necessário para a mudança das atitudes, das representações e das identidades”.

Nesta pesquisa, todo o processo de mudança percebido está percorrendo seu tempo natural, tanto que visualizamos o período percorrido pelo movimento da Reforma Psiquiátrica nesta última década e o que cada profissional foi mobilizando de recursos para acompanhar e adaptar-se ao processo. Foi possível, também, identificar a crise paradigmática que enfrentam quanto ao modelo pedagógico.

b. “Raramente se muda tudo sozinho, pois é mais fecundo participar de um processo coletivo no âmbito de uma equipe ou no estabelecimento de uma rede”.

Na mudança observamos que o salto qualitativo é coletivo, tanto à equipe de trabalho e instituição assistencial como ao grupo de docentes e instituição formadora que evoluem juntos, mesmo que as idéias norteadoras tenham se originado de um pequeno grupo e, ao serem disseminadas, ampliam, agregando adeptos.

Assim, podemos inferir que o tempo ainda é de disseminação de idéias, estamos pesquisando, divulgando conceitos, refletindo sobre a prática. No ensino de enfermagem em saúde mental, o agrupamento deverá ser do ensino e da assistência, com suas instituições e profissionais, formando-se uma rede para transformar.

c. “Nenhum sistema muda sem ambivalências internas da maioria dos atores, nem sem conflito entre eles sobre o fundo, a estratégia e os resultados”.

Os grupos focais deixaram explícito que as concepções opostas sobre o saber/fazer em enfermagem psiquiátrica e saúde mental estão começando a ser discutidas; e os descompassos entre teoria e prática são emergentes; as deficiências do ensino e da prática são cada vez mais objetos de diálogo.

d. “Não se muda com base no medo ou no sofrimento, tampouco na indiferença”.

Houve, sim, um tempo de lamúria, de se sentirem injuriados por serem inferiorizados socialmente, de acreditarem que outros profissionais queriam ditar os fazeres do enfermeiro, mas, uma outra postura emergiu: há de se parar com as lamentações e refletir sobre o que pode ser feito. É um grupo sensibilizado pela necessidade de mudar e sem medo.

e. “Toda reforma apóia-se em um estado do processo de profissionalização do ofício de docente e pode contribuir para esse processo ou, ao contrário, levá-lo a regredir, conforme a atitude dos reformadores”.

Por parte dos educadores, precisa-se da adoção de um modelo pedagógico que ofereça sustentação à transformação da *práxis* do ensino de enfermagem, pois está claro que o modelo praticado não a comporta.

Alguns limites e possibilidades para a constituição de competências foram identificados no material empírico, e dois os maiores são: o primeiro, articulamos com o que Barros (2004, p. 79) apontou em seu estudo em que analisou algumas experiências de ensino na área de enfermagem saúde mental: “[...] é fundamental para o ensino crítico, transformado e transformador a clara adoção de um campo conceitual, a definição de um norte pedagógico e uma escolha de professores com formação no novo paradigma, quer da saúde mental ou da saúde coletiva”.

O limite aqui se configurou pela não identificação de um modelo pedagógico a ser seguido pelos educadores, embora falem de seus conflitos em relação ao processo ensino-aprendizagem, talvez, por se identificarem com a crise paradigmática entre os modelos pedagógicos.

Outro limite é o distanciamento entre teoria e prática, pelo fato de não existir interação entre os dois grupos, embora compartilhem espaços comuns, um não dialoga com o outro. Esta longínqua relação esteve tão presente que se refletiu no espaço grupal,

quando um porta-voz no 3º grupo focal apontou para a formação de um subagrupamento na horizontalidade da história grupal: foram formadas a turma da prática e a da teoria. Contexto que reflete a dificuldade que perdura em colocar a teoria alimentando-se da prática e de uma prática que sustente uma teoria.

O fenômeno foi percebido nas ausências ocorridas nas sessões grupais das enfermeiras assistenciais, levando-nos a pensar em duas dimensões desse afastamento: uma de ordem estrutural e outra, pessoal. Estrutural pela própria demanda do serviço que não privilegia a teorização do fazer pela pesquisa; pessoal pelos limites individuais em teorizar seu fazer. Este é um fator dificultador da transdisciplinaridade.

Como contexto facilitador da constituição de competências identificamos a utilização dos CAPS como campos práticos pela Escola estudada.

Atualmente, os CAPS compõem um grupo diferenciado de serviços assistenciais que avançou na aplicação de ações transformadoras dentro do paradigma da Reforma Psiquiátrica. Ao mesmo tempo, representa um espaço onde as diferenças entre o saber/fazer, conforme o modelo biomédico e o saber/fazer segundo o modelo psicossocial ficam explícitos.

Em especial, para o enfermeiro inserido em uma equipe de saúde mental, que tem pretensões de atuar seguindo um projeto terapêutico coletivo, algumas ações específicas da profissão, como o diagnóstico de enfermagem, acabam se chocando com o referencial psicossocial desses projetos, porque trazem nitidamente, o verniz do saber biomédico.

Na assistência ao doente mental e família, o CAPS vem representando para os profissionais da área e à sociedade uma prática inovadora possível. Corroborando com os achados da pesquisa, ao falar de mudanças no modelo de atenção à saúde mental, Alves (2001) volta-se à integralidade do cuidado, preocupando-se com o sujeito e seus problemas, num olhar “integral” da situação, afirma

[...] o dispositivo estratégico mais eficiente de substituição do hospital psiquiátrico têm sido os Centros ou Núcleos de Atenção Psicossocial (CAPS/NAPS), também chamados de serviços comunitários de saúde mental, que por e para serem comunitários, têm que atender aos postulados de acessibilidade [...]. Se estes são comunitários, se inserem em determinada cultura, em território definido, com seus problemas e suas potencialidades, arena onde as 'crises' devem ser enfrentadas, resulta que são, geralmente, de fatores do indivíduo, de família, eventualmente de seu trabalho, e seguramente de seu meio social. (Alves, 2001, p. 171).

No âmbito dos serviços, existe uma hierarquização de saberes e de divisão do trabalho. Houve a constatação de mais valor a determinados saberes, que são legitimados pelos próprios trabalhadores na área de saúde mental. O exemplo obtido foi a valorização atribuída ao fazer embasado no saber da psicanálise. Quanto à divisão do trabalho e a desigualdade de valoração social a que é submetida que foi identificada na análise da pesquisa, Spink (1992, p. 22) vem corroborar

[...] As equipes reproduzem no seu interior as posições ocupadas pelas diversas profissões no campo da saúde como um todo. O indicador mais óbvio deste fenômeno é a posição subalterna das diferentes profissões face à profissão hegemônica: a medicina. Esta distribuição reflete a posse diferencial do capital específico da área: o conhecimento científico sobre a saúde/doença [...]

Mesmo diante da valorização de determinado saber sobre outro, no grupo de enfermeiras a questão de que na área de saúde mental foi convergente, a enfermagem tem a abertura e a necessidade da aplicação de múltiplos saberes. Peduzzi (1998) também constatou, entre seus entrevistados, a concordância de que ser necessária a utilização de saberes diversificados, para que haja a possibilidade de contemplação da "multidimensionalidade" dos objetos de intervenção e o caráter interdisciplinar do campo da saúde mental, viabilizando a comunicação, trocas e negociações mútuas em prol da constituição de um projeto de ação comum.



Os saberes a serem desenvolvidos pelo enfermeiro para atuar em enfermagem saúde mental, foram captados dos discursos dos sujeitos, no momento em que eles falaram das próprias habilidades e competências, emergindo o material sintetizado no quadro (utilizando uma adaptação de Le Boterf, 2003):

**Quadro 6** - Os saberes necessários para administrar uma situação complexa na prática da enfermagem psiquiátrica, adaptado a proposta de Le Boterf (2003). São Paulo, 2005.

SABERES GERAIS	SABERES ESPECÍFICOS
Saber agir e reagir com pertinência	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber implementar técnicas terapêuticas;</li> <li>- Saber escolher a técnica terapêutica diante da pessoa em crise;</li> <li>- Saber agir a partir de um suporte teórico;</li> <li>- Saber agir em situações que fogem da rotina institucional;</li> <li>- Saber dialogar;</li> <li>- Saber direcionar a atenção para situações de vulnerabilidade do paciente;</li> <li>- Saber posicionar-se;</li> <li>- Saber atender integralmente o paciente;</li> <li>- Saber agir diante da pessoa que tem dificuldade para ser ouvida, de se relacionar com o outro e estabelecer uma ação;</li> <li>- Saber buscar aprimoramento profissional;</li> <li>- Saber agir de um especialista;</li> <li>- Saber criar diante de ações prescritivas.</li> </ul>
Saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber adequar suas ações à realidade local;</li> <li>- Saber estar junto, acompanhar;</li> <li>- Saber ouvir atentamente;</li> <li>- Saber usar terapêuticamente o silêncio;</li> <li>- Saber utilizar recursos para se envolver terapêuticamente;</li> <li>- Saber mobilizar o saber teórico/científico;</li> <li>- Saber combinar recurso para o responsabilizar-se;</li> <li>- Saber administrar conflitos no contexto grupal;</li> <li>- Saber problematizar situações complexas em grupo;</li> <li>- Saber mobilizar recursos no contexto grupal;</li> <li>- Saber compartilhar recursos em grupo;</li> <li>- Saber elaborar projetos em grupo.</li> </ul>
Saber transpor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber transpor conhecimentos do ensino fundamental, médio e de enfermagem;</li> <li>- Saber transpor conhecimentos de outras áreas, além da enfermagem;</li> <li>- Saber transpor habilidades para se posicionar em equipe;</li> <li>- Saber transpor os ideais da Reforma Psiquiátrica;</li> <li>- Saber transpor o cuidar do usuário do serviço de saúde mental ao projeto institucional.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender a fazer experienciando na prática as teorias e técnicas de comunicação terapêutica;</li> <li>- Aprender com as discussões grupais;</li> <li>- Aprender a construir saber/fazer em saúde mental coletivamente;</li> <li>- Aprender a superar o não saber/fazer enfrentando as situações</li> </ul>

Saber aprender a aprender	<p>complexas em equipe;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aprender relações terapêuticas nas relações com os pacientes;</li> <li>- Aprender a desenvolver recursos pessoais;</li> <li>- Aprender a superar o medo e ansiedade do contato com o doente mental entrando em contato;</li> <li>- Aprender no cotidiano da vida pessoal e profissional;</li> <li>- Aprender fazendo terapia;</li> <li>- Aprender na busca de aprimoramento;</li> <li>- Aprender com o paciente fora do ambiente institucional.</li> </ul>
Saber envolver-se	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Saber superar a dificuldade de identidade com a área de saúde mental/psiquiatra;</li> <li>- Saber responsabilizar-se na relação com a equipe;</li> <li>- Saber responsabilizar-se com o usuário do serviço de saúde mental;</li> <li>- Saber promover aprendizagem que respalde atitudes corajosas e responsabilidade na relação com o outro;</li> <li>- Saber promover situações didáticas práticas que coloquem o aprendiz diante do paciente;</li> <li>- Saber reconhecer os próprios sentimentos nas diversas relações com a prática;</li> <li>- Saber comprometer-se com a elaboração e execução do projeto institucional coletivo.</li> </ul>

Os depoentes levantaram saberes pertinentes às ações competentes para atuação em enfermagem em saúde mental, numa proposta inovadora, em concordância com a Reforma Psiquiátrica. Então, o que falta para que o ensino desenvolva e mobilize tais saberes no aprendiz?

Talvez, pelo fato das enfermeiras reconhecerem a importância do desenvolvimento e a aplicação desses saberes, porém, estes foram identificados fora do processo ensino-aprendizagem da graduação. A opinião de que as próprias competências foram constituídas durante a vida profissional, no cotidiano das instituições, nas especializações, nas reuniões de profissionais, nos ambientes informais foi convergente, portanto, não foram objetivadas pelos planos de ensino superior como vêm se reproduzindo.

Nossa última reflexão, visa a sugerir algumas diretrizes ao trabalho por competência no ensino de enfermagem em saúde mental:

- Desconstruir saberes e práticas que não atentem mais às demandas assistenciais e de ensino. Como as práticas excludentes do portador de sofrimento psíquico e

as prescritivas e conteudistas, cerceadoras da criatividade do aluno, fundamentadas pelo modelo da pedagogia tradicional;

- Suprir a necessidade de elaboração, implementação e avaliação de um projeto coletivo, com o compromisso compartilhado entre professores, equipe multiprofissional, instituição formadora e assistencial, objetivando a formação do profissional. Neste caso, maior ênfase poderá ser atribuída ao Programa de Integração Docente Assistencial, pois já representa um grande avanço à Escola estudada, manter um projeto de integração com o campo prático, porém não houve repercussão dessa experiência nas sessões de grupo;
- Promover espaços grupais que privilegiem as discussões entre professores e enfermeiros assistenciais, como os que ocorreram para a coleta de dados desta pesquisa, visando a uma constante renovação do compromisso com a práxis de formar profissionais competentes para que possam atuar em saúde mental;
- Estudar e fazer uma opção por um modelo pedagógico que sustente as práticas transformadoras;
- Atender o princípio do ensino significativo para o aprendiz, valorizando os recursos que ele dispõe, problematizando o objeto a ser estudados apoiado em sua realidade;
- Privilegiar a ação pedagógica interativa, em que o aluno é partícipe tanto como sujeito como organizador do processo ensino-aprendizagem;
- Planejar o ensino, mediante um diagnóstico da realidade em que está inserido, elaborando objetivos comprometidos com a reelaboração e produção de saberes articulados a uma prática;
- Selecionar conteúdos que atendam aos objetivos elaborados e a realidade em questão;

- Utilizar uma metodologia de ensino que priorize o trabalho com resolução de situações-problema, visando à mobilização de recursos para solucioná-los;
- Promover uma discussão reflexiva sobre as situações-problema e suas resoluções. Valorizar uma prática reflexiva;
- Aplicar um processo de avaliação e auto-avaliação contínua e formativa.
- Investir recursos próprios e do meio na ruptura com o paradigma dominante. Superar a crise e transformar.

Plantamura (2003) enfatiza a necessidade de o educador assumir a prática como ponto de partida, na qual emergem inúmeras possibilidades que irão, além de constituir competências técnicas e profissionais, provocar uma sucessão de passos para a construção e reconstrução de si e do mundo.

Por meio desta pesquisa, tivemos a oportunidade de investigar um caminho, possível, de se avançar teoricamente e construir uma prática educativa mais condizente com a realidade de atuação do enfermeiro. Uma linha de pensar e fazer do ensino em enfermagem, potencialmente formador de profissionais críticos, reflexivos, voltado à aplicação do saber e saber/fazer pertinentes às situações vivenciadas.

Em nossa prática é preciso que façamos a inclusão permanente da interação ensino e pesquisa, do estímulo ao saber crítico, do espaço à criatividade. Pensarmos no ensino como um espaço aberto à flexibilização de tempos e modos de aprendizagem, correlacionando a teoria e a prática, superando as dicotomias existentes; para que possamos refletir sobre a interdisciplinaridade na dimensão dos diversos saberes e na atuação interna das equipes de saúde. A proposta de trabalhar competência requer mudanças profundas no perfil do profissional responsável pela formação do enfermeiro.

## ***REFERÊNCIAS***

---

- Acioli A. Reflexões sobre o humano na assistência psiquiátrica. Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica, Ciência, Consciência e Evidência. [online]. São Paulo; 2004. Disponível em: <<http://www.sppc.med.br/Acioli.htm>> (26 mar. 2004).
- Alarcão I. Professores reflexivos em uma escola reflexiva. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 2003. (Coleção Questões da Nossa Época, 103).
- Allessandrini CD. O desenvolvimento de competências e a participação pessoal na construção de um novo modelo educacional. In: Perrenoud P, Thurler MG, Macedo L, Machado N J, Allessandrini, CD. As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Trad. de Cláudia Schilling, Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 157-76.
- Alves R. Biografia. In: Releituras: resumo biográfico e bibliográfico. [online]. Disponível em: <[http://www.releituras.com/rubemalves\\_bio.asp](http://www.releituras.com/rubemalves_bio.asp)> (16 jan. 2005).
- Alves R. A escola com que sempre sonhei sem imaginar que pudesse existir. 7ª ed. Campinas: Papyrus; 2004.
- Amaral R. Mitos dos Orixás do Candomblé Paulista. Texto base do curso “Mitologia e Arte Sacra Afro-brasileiras”. [online]. São Paulo: 2000. Museu de Arqueologia da USP. Disponível em: <<http://geocities.yahoo.com.Br/omonile/mitos.doc>> (17 fev. 2005).
- Amarantes P. Algumas reflexões sobre ética, cidadania e desinstitucionalização na reforma psiquiátrica. Saúde Deb 1994; (45):43-6.
- Anastasiou LGC. Construindo a docência no ensino superior: relação entre saberes pedagógicos e saberes científicos. In: Rosa DEG, Souza VC, organizadores. Didática e práticas de ensino: interfaces com diferentes saberes e lugares formativos. Rio de Janeiro: DP&A; 2002. p. 173-87.
- Aranha e Silva LA, Oliveira MAF. Intervenções com familiares no campo psicossocial. In: Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS). Programa Saúde da Família. Manual de enfermagem. [online]. Brasília; 2001. Disponível em: <[www.ids-saude.org.br/enfermagem](http://www.ids-saude.org.br/enfermagem)> (07 fev 2005).
- Aranha MLA. História da educação. 2ª ed. São Paulo: Moderna; 1996.
- Azevedo JC. A escola cidadã, mercoescola e a reconversão cultural. In: Ferreira MOV, Gugliano AA, organizadores. Fragmentos da globalização na educação: uma perspectiva comparada. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- Barros S, Rolim MA. O ensino de enfermagem psiquiátrica e a lei do exercício profissional da enfermagem. Rev Lat-Am Enferm 1996; 4(1):47-54.
- Barros S, Aranha e Silva LA, Lopérgolo ACD, Pitta AMF. Tentativas inovadoras na prática de ensino e assistência na área de saúde mental –I. Rev Esc Enferm USP 1999; 33(2):192-9.
- Barros S, Aranha e Silva LA, Oliveira MAF. Inclusão social de pessoas com transtornos mentais severos e persistentes: um desafio pedagógicos. Cadernos IPUB 2000; VI(19):171-81.

Barros S, Egry EY. O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem Sub Judice. São Paulo: Cabral; 2001.

Barros S. Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores. [tese livre-docência]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2004.

Becker F. Epistemologia do professor: o cotidiano da escola. 5ª ed. Petrópolis: Vozes; 1997.

Becker F. O que é construtivismo?. São Paulo: FDE; 1993. (Idéias, n. 20).

Bottomore T. Dicionário do pensamento Marxista. Trad. de Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Jorge Zahar; 2001.

Braga VAB, Rodrigues ARF. A disciplina enfermagem psiquiátrica: expectativas da aluna. Semina Biol Saúde 1994; 15(2):181-7.

Brasil. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício profissional da Enfermagem e dá outras providências. [online]. Brasília; 1986. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/leis.html>> (06 fev 2005).

Brasil. Ministério da Educação e Desportos. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. [online]. Brasília; 1996. Disponível em: <<http://www.mec.gov.br/legis/pdf/LDB.pdf>> (4 maio 2005).

Cambi F. História da pedagogia. Trad. de Álvaro Lorencini. São Paulo: UNESP; 1999.

Canesin MT. A fertilidade de produção sociológica de Bourdieu para ciências sociais e educação. In: Rosa DEG, Souza VC, organizadores. Didática e práticas de ensino: interfaces com diferentes saberes e lugares formativos. Rio de Janeiro: DP&A; 2002. p. 85-101.

Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise de discurso. In: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). A classificação internacional das práticas de enfermagem. Brasília; 1999. p. 348-55. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

Carretero M. Construtivismo e educação. Trad. de Jussara Haubert Rodrigues. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

Chauí MS. O que é ideologia. 2ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2001.

Cheptulin A. A dialética materialista: categorias e leis da dialética. Trad. de Leda Rita Cintra Ferraz. São Paulo: Alfa-Omega; 1982.

Chiesa AM, Ciampone MHT. Princípios gerais para a abordagem de variáveis qualitativas e o emprego da metodologia de grupos focais. In: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN). A classificação internacional das práticas de enfermagem. Brasília; 1999. p. 306-24. (Série Didática: Enfermagem no SUS).

Colvero LA. O significado do “ser enfermeiro” em ambulatório de saúde mental. [dissertação] São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 1994.

Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Diário Oficial da União, Brasília, 9 nov. 2001. Seção 1, p. 37.

Conselho Nacional de Enfermagem de São Paulo COREN-SP. Decisão DIR/008/1999. Normatiza a Implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde, no âmbito do Estado de São Paulo. [online]. São Paulo; 1999. Disponível em: <<http://www.corensp.org.br/resolucoes/decisoes.html>> (06 fev 2005).

Costa H. Os CAPS e a democratização do acesso em saúde mental. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2004.

Cruz ICF. Diagnóstico de enfermagem: qual a abordagem no novo currículo? [online]. Disponível em: <<http://www.uff.br/nepae/curriculodiagnosticoenfermagem.doc>> . (02 fev 2005).

Damasceno RN. Relacionamento aluno-paciente: do senso comum a uma compreensão crítica. Rio de Janeiro: Renovar; 1991.

Delgado PGG. Reforma Psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. Saúde Deb 1992; (35):80-4.

Delgado PGG. Perspectiva da psiquiatria pós-asilar no Brasil: com um apêndice sobre a questão dos crônicos. In: Tundis AS, Costa R. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000. Cap.V, p. 171-202.

Deslandes SF, Assis SG. Abordagens qualitativas em saúde: o diálogo das diferenças. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002. p. 195-223.

Duarte N. As pedagogias do “aprender a aprender” e algumas ilusões da assim chamada sociedade do conhecimento. Rev Bras Educ 2001; 18:35-40.

Faustino RLH, Egry EY. A formação da enfermeira na perspectiva da educação- reflexões e desafios para o futuro. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(4):332-7.

Felli VEA, Kurcgant P. A saúde do trabalhador de enfermagem: um estudo no enfoque do materialismo histórico e dialético. Rev Paul Enferm 2000; 19(3):41-8.

Fernandes JD. A enfermagem no contexto da saúde mental. Rev Baiana Enferm 1981; 1(nº esp):7-23.

Fernandes JD. O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil.[dissertação]. Salvador (BA): Universidade Federal da Bahia; 1982.

Fernandes JD, Ferreira SL, Albergaria, AK, Conceição FM. Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. Rev. Lat-Am. Enferm 2002; 10(2):199-206.

Fiorin JL. Linguagem e ideologia. 7ª ed. São Paulo: Ática; 2001.

Fiorin JL. Teoria e metodologia nos estudos discursivos de tradição francesa. In: Silva DEG, Vieira JA, organizadores. Análise do discurso: percursos teóricos e metodológicos. Brasília: Plano; 2002. p. 39-73.

Fiorin JL, Savioli FP. Para entender um texto. 16ª ed. São Paulo: Ática; 2002.

Fraga MNO. A prática de enfermagem psiquiátrica: subordinação e resistência. São Paulo: Cortez; 1993.



- Freire P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 11ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
- Frigotto G. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: Fazenda I. *Metodologia da pesquisa educacional*. 4ª ed. São Paulo: Cortez; 1997. p. 71-90.
- Gadotti M. *Concepção dialética da educação: um estudo introdutório*. São Paulo: Cortez; 2001a.
- Gadotti M. *Pedagogia da práxis*. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2001b.
- Gaskell G. Entrevistas individuais e grupais. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Trad. de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 64-89.
- Gill R. Análise de discurso. In: Bauer MW, Gaskell G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Trad. de Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 244-70
- Gomes JB. *Auto-avaliação: um caminho para a formação do profissional crítico-reflexivo na enfermagem*. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2001.
- Gonçalves AM. A doença mental e a cura: um olhar antropológico. Escola Superior de Enfermagem de Viseu – 30 anos. *Revista da ISPU* 2004; 30 out. Disponível em <<http://www.ipv.pt/millennium/millennium30/13.pdf>> (24 jan 05).
- Gonçalves PFF. Teoria e prática. *Jornal Página da Educação*. [periódico online]. 2004; 13(136):45. Disponível em: <<http://www.apagina.pt/arquivo/Artigo.asp?ID=3290>> (27 jan 05).
- Gross HB, Casagrande LDR. Enfermagem psiquiátrica como disciplina de graduação em enfermagem no Brasil: uma visão de conjunto. *Rev Esc Enferm USP* 1987; 21(3):225-34.
- Gualda DMR, Merighi MAB, Oliveira SMJV. Abordagens qualitativas: sua contribuição para enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 1995; 29(3): 297-309.
- Gussi MA. *Institucionalização da psiquiatria e do ensino de enfermagem no Brasil*. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1987.
- Houaiss A, Villar MS. *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
- Iamamoto M, Carvalho R. *Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 15ª ed. São Paulo: Cortez; 2003.
- Ide CAC, De Domenico EBL. Projetos de formação em enfermagem: representações do vis a ser profissional. In: Ide CAC, De Domenico EBL. *Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar*. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 3-16.
- Jobert G. A profissionalização: entre a competência e reconhecimento social. In: Altet M, Paquay L, Perrenuod P. *A profissionalização dos formadores de professores*. Tard. de Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed; 2003. p. 221-32.
- Jonnaert P, Borghet CV. *Criar condições para aprender: o socioconstrutivismo na formação do professor*. Trad. de Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed; 2002.
- Kantorski LP. *O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e a reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul*. [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1998.

- Konder L. O que é dialética. 20ª ed. São Paulo: Brasiliense; 1989.
- Le Boterf G. Desenvolvendo a competência das profissionais. 3ª ed. Trad. de Patrícia Chittoni Ramos Reuillard. Porto Alegre: Artmed; 2003.
- Lefèbvre H. Lógica formal, lógica dialética. Trad. de Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 1975.
- Libâneo JC. Didática. São Paulo: Cortez; 1990.
- Löwy M. Ideologias e ciência social: elementos para uma análise marxista. 10ª ed. São Paulo: Cortez; 1995.
- Lucchese R. Grupo operativo como estratégia pedagógica em um curso de graduação em enfermagem: um espaço contingente das vivências dos alunos quartanistas. [dissertação]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2000.
- Lucchese R, Barros S. Grupo operativo como estratégia pedagógica em um curso de graduação em enfermagem: um contingente para as vivências dos alunos quartanistas. Rev Esc Enferm USP 2002; 36(1) 66-74.
- Machado NJ. Sobre a idéia de competência. In: Perrenoud P, Thurler MG, Macedo L, Machado NJ, Alessandrini CD. As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Trad. de Cláudia Schilling, Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 137-55.
- Martins RCT, Ide CAC. A inserção do recém-formado no mundo do trabalho: os significados dessa experiência. In: Ide CAC, De Domenico EBL. Ensinando e aprendendo um novo estilo de cuidar. São Paulo: Atheneu; 2001. p. 17-36.
- Masetto MT, Abreu MC. O professor universitário em aula. São Paulo: MG Ed. Associados; 1990.
- Matui J. Construtivismo: teoria construtivista sócio-histórica aplicada ao ensino. São Paulo: Moderna; 1995.
- Macedo L. Situação-problema: forma e recurso de avaliação, desenvolvimento de competências e aprendizagem escolar. In: Perrenoud P, Thurler MG, Macedo L, Machado NJ, Alessandrini CD. As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação. Trad. de Cláudia Schilling, Fátima Murad. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 113-35.
- Meksenas P. Pesquisa social e ação pedagógica: conceitos, métodos e práticas. 10ª ed. São Paulo: Loyola; 2002.
- Mello GN. As necessidades básicas de aprendizagem dos professores: um enfoque útil à formulação de políticas. In: Livro resumo do 3º Seminário Internacional de Educação; 2003 fev 21-22; São Paulo (SP). p. 29-35.
- Minayo MCS. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa. In: Minayo MCS, Deslandes SF, Cruz Neto O, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 1998. p. 9-29.
- Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 1999.

- Minayo MCS. Entre vôos de águia e passos de elefante: caminhos da investigação na atualidade. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002a. p. 17-27.
- Minayo MCS. Hermenêutica-dialética como caminho social. In: Minayo MCS, Deslandes SF, organizadores. Caminhos do pensamento: epistemologia e método. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2002b. p. 83-107.
- Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Coordenação-Geral de Documentação e Informação. Legislação em saúde mental. Brasília; 2000.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Conselho Nacional de Saúde. III Conferência Nacional de Saúde Mental: “cuidar sim, excluir não”: relatório final. Brasília; 2001.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Estratégicas Saúde mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília; 2004.
- Moretto VP. Construtivismo: a produção do conhecimento em aula. 3ª ed. Rio de Janeiro: DP&A; 2003.
- Nascimento ES, Santos GF, Caldeira VP, Teixeira VMN. Formação por competência do enfermeiro: alternância teoria-prática, profissionalização e pensamento complexo. Rev Bras Enferm 2003; 56(4):447-52.
- Neves MACM. A crise dos paradigmas em educação na óptica da psicologia. In: Brandão Z, organizador. A crise dos paradigmas e a educação. 7ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
- Nietzsche EA. As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. In: Saupe R, organizador. Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção. Florianópolis: UFSC; 1998. (Série Enfermagem)
- Nogueira N. Pedagogia dos projetos: uma jornada interdisciplinar rumo ao desenvolvimento das múltiplas inteligências. 3ª ed. São Paulo: Ética; 2002.
- Ogata MN. Contribuição à história da enfermagem psiquiátrica brasileira. [dissertação]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1992.
- Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação. [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP; 1998.
- Perrenoud P. Construindo as competências desde a escola. Trad. de Bruno Charles Magne. Porto Alegre: Artmed; 1999.
- Perrenoud P. Pedagogia diferenciada. Trad. de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artmed; 2000a.
- Perrenoud P. Dez novas competências para ensinar: convite à viagem. Trad. de Patrícia Chittoni Ramos. Porto Alegre: Artmed; 2000b.
- Perrenoud P. Construindo competências: o objetivo agora não é só passar conteúdos, mas preparar – todos – para a vida moderna. [entrevista Paola Gentile e Roberta Bencini]. Site do professor. Nova Escola. [periódico online] 2000c;(135). Disponível em: <[http://www.novaescola.com.br/ed/135\\_set00/html/fala\\_mestre.htm](http://www.novaescola.com.br/ed/135_set00/html/fala_mestre.htm)> (28 maio 2001).

- Perrenuod P. O objetivo da escola não deve ser passar conteúdos, mas preparar todos para a vida numa sociedade moderna: construindo competências. [Entrevista]. [Revista online]. 2001; (4). Disponível em: <<http://www.deb.min-edu.pt/revista4/capa04.htm>> (22 jun 2002).
- Perrenoud P. Procedimento referente ao projeto, pedagogia do projeto [Apresentado no 3º Seminário Internacional de Educação; 2003 fev 21-22; São Paulo (SP)].
- Pichon-Rivière H. O processo grupal. Trad. de Marco Aurélio Fernandes Velosso. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 1986.
- Pimenta SG, Anastasiou LGC. Docência no ensino superior. São Paulo: Cortez; 2002. (Coleção Docência em Formação, 1).
- Pimentel MG. O professor em construção. Campinas: Papirus; 1993.
- Pinheiro VE, Rodrigues ARF. O processo ensino/aprendizagem na enfermagem. *Enferm Rev* 1999; 5(9/10):62-79.
- Plantamura V. Presença histórica, competências e inovação em educação. Petrópolis: Vozes; 2003.
- Quiroga AP. Enfoques y perspectivas en psicología social: desarrollos a partir del pensamiento de Enrique Pichon-Rivière. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1988.
- Resende H. Política de Saúde Mental no Brasil: uma visão histórica. In: Tundis AS, Costa R. Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil. 6ª ed. Petrópolis: Vozes; 2000. Cap.I, p. 15-73.
- Rocha RM. Enfermagem psiquiátrica: que papel é este? [dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Instituto de Medicina Social da UERJ; 1992.
- Rosa SS. Construtivismo e mudança. 8ª ed. São Paulo: Cortez; 2002.
- Santos AF. As lições de uma escola: uma ponte para muito longe... In: Alves R. A escola com que sempre sonhei sem imaginar que pudesse existir. 7ª ed. Campinas: Papirus; 2004. p. 7-24
- Saeki T, Munari DB, Alencastre MB, Souza MCBM. Reflexões sobre o ensino de dinâmica de grupo para alunos de graduação em enfermagem. *Rev Esc Enferm USP* 1999; 33(4):342-7.
- Schön DA. Educando o profissional reflexivo: um novo design para o ensino e a aprendizagem. Porto Alegre: Artmed; 2000.
- Sena RR, Duarte ED. Contribuições para a construção do percurso metodológico do projeto classificação das práticas de enfermagem em saúde coletiva. In: Associação Brasileira de Enfermagem. A classificação internacional das práticas de enfermagem. Brasília; 1999. p. 325-33. (Série Didática: Enfermagem no SUS).
- Sena TJ. O ensino de enfermagem psiquiátrica e sua influência sobre a prática profissional. In: Anais do 37º Congresso Brasileiro de Enfermagem; 1985 nov. 17-22; Olinda/Recife. Olinda: ABEn – seção - PE; 1985. p. 390-4.
- Severino AJ. Filosofia da educação: construindo a cidadania. São Paulo: FTB; 1994.

- Severino AJ. Os embates da cidadania: ensaio de uma abordagem filosófica da nova lei de diretrizes e bases da educação nacional. In: Brzezinski I, organizador. LDB interpretada: diversos olhares se entrecruzam. 2ª ed. São Paulo: Cortez; 1998. p. 57-68.
- Severino AJ, Pimenta SG. Apresentação da coleção. In: Pimenta SG, Anastasiou LGC. Docência no ensino superior. São Paulo: Cortez; 2002. (Coleção Docência em Formação).
- Silva CC. Competências na prática educativa para a constituição da força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores. [tese]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2003.
- Silva DEG. Percursos teóricos e metodológicos em análise de discurso: uma pequena introdução. In: Silva DEG, Vieira JA, organizadores. Análise do discurso: percursos teóricos e metodológicos. Brasília: Plano; 2002. p. 7-19.
- Silveira LC, Braga VB. A equipe de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. Rev Esc Enferm USP 2004; 38(4):429-37.
- Stacciarini JMR, Esperidião E. Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem. Rev Lat-Am Enferm 1999; 7(5):59- 66.
- Stefanelli MC, Rolim MA, Teixeira MB, Barros S, Fukuda IMK, Forcela HT et al. Integração dos conceitos de graduação em enfermagem. Rev Paul Enferm 1996; 15(1/3):51-65.
- Tavares JL. Enfermagem psiquiátrica no Brasil: reflexões sobre o ensino e a prática. Rev Baiana Enferm 1997; 10(1/2):19-29.
- Tavares J, Alarcão I. Paradigmas de formação e investigação no ensino superior no terceiro milênio. In: Alarcão I, organizador. Escola reflexiva e nova racionalidade. Porto Alegre: Artemed, 2001.
- Tarcia RML. Docente do ensino superior: a importância da formação pedagógica para a qualidade do ensino. Rev Ciências Educ 2000; 3(4):158.
- Teixeira JVC. A pós-modernidade e seus processos. Rev Educa AEC 1993; 22(82):39-54.
- Wachowicz LA. O método dialético na didática. 3ª ed. Campinas: Papirus; 1995.
- Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto; 1998.
- Vaie S. A vivência do estudante de enfermagem cursando a disciplina enfermagem psiquiátrica: “divisor de águas”. [mestrado]. São Paulo (SP): Escola de Enfermagem da USP; 2002.
- Vasconcelos EM. Pós-modernidade, complexidade e estratégias epistemológicas para a prática interdisciplinares e interparadigmáticas em saúde mental. In: Venâncio ATA, Cavalcanti MT, organizadores. Saúde mental: campo, saberes e discursos. Rio de Janeiro: IPUB/CUCA; 2001. p. 127-71.
- Vigotski LS. A formação social da mente. Trad. de José Cipolla Neto, Luís Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes; 2003.
- Victória CG, Facchini LA, Barros FC, Lombard C. Pobreza e saúde: como medir nível sócio-econômico em estudos epidemiológicos de saúde infantil? In: Anais de 1º Congresso Brasileiro de Epidemiologia; 1990 set. 2 - 6; Campinas, SP. Campinas: UNICAMP; 1990. p. 302-15.

Villa EA, Cadete MMM. Portas abertas: novas possibilidades no ensino da enfermagem psiquiátrica. Rev Latino-Am Enferm 2000; 8(6):13-9.

Zabala A. Enfoque globalizador e pensamento complexo: uma proposta para o currículo escolar. Trad. de Ermani Rosa. Porto Alegre: Artmed; 2002.



## ANEXO I



### UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000  
Fone.: 3066-7548 - Fax.: 280-8213  
C.P. 41633 - CEP 05422-970 - e-mail.: edipesq@usp.br

São Paulo, 15 de setembro de 2003.

Ilm<sup>o</sup> Sr<sup>o</sup>  
**Roselma Lucchese**

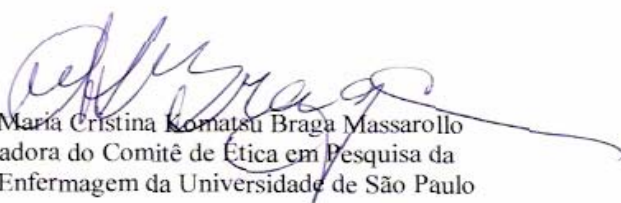
Ref.: Processo nº 327/2003/CEP-EEUSP

Em atenção à solicitação referente à análise do projeto "A EPISTEMOLOGIA DA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL: A NECESSIDADE DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS NA FORMAÇÃO DO ENFERMEIRO", informamos que o mesmo foi considerado aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP).

Analisado sob o aspecto ético-legal, atende às exigências da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Esclarecemos que após o término da pesquisa, os resultados obtidos deverão ser encaminhados ao CEP/EEUSP, para serem anexados ao processo.

Atenciosamente,

  
Profª Drª Maria Cristina Komatsu Braga Massarollo  
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da  
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo



**ANEXO II**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO**

São Paulo, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Prezado Senhor (a),

Eu Roselma Lucchese, RG 16.821.501, aluna regular do Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP) e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP/USP), campus São Paulo, nº USP: 2924088, venho solicitar a V. senhoria autorização para realizar coleta de dados para pesquisa que segue os moldes da pesquisa qualitativa e referencial metodológico a dialética marxista.

A pesquisa a ser desenvolvida destina-se à tese de doutorado, no programa identificado no parágrafo acima, com a finalidade de construir conhecimento sobre competência no ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, baseado no referencial teórico da pedagogia das competências e, para tanto, estabelecemos os seguintes objetivos:

- Identificar a representação sobre competência junto aos sujeitos da pesquisa (docentes e enfermeiros de campo);
- Analisar os conhecimentos necessários e as habilidades que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro para a construção das competências de intervenção no processo saúde-doença, para o ensino da prática de enfermagem psiquiátrica e saúde mental;
- Identificar limites e possibilidades para a construção de competências a partir das representações dos sujeitos trabalhadas nos grupos focais e do referencial teórico “pedagogia das competências”.

Informamos que os sujeitos da pesquisa serão os docentes que ministram o ensino de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, juntamente com enfermeiro que atuam no(s) campo(s) prático(s) utilizados durante o processo ensino aprendizagem. A coleta de dados será realizada por meio de três sessões de grupo focal; Para tanto, necessitaremos da liberação de um espaço físico, nesta instituição, para coleta de dados.

Em anexo segue uma cópia do Projeto da Pesquisa e autorização do Comitê de Ética em Pesquisa da EEUSP.

Contando com vossa compreensão e colaboração, antecipadamente, agradecemos.  
Atenciosamente,

Orientadora: \_\_\_\_\_ / Doutoranda: \_\_\_\_\_

Prof<sup>o</sup> Dr<sup>a</sup> Sônia Barros

Roselma Lucchese

Ilmo(a) Sr.<sup>(a)</sup>  
Prof<sup>o</sup>(a) Dr<sup>o</sup>(a) Ana Maria Kazue Miyadahira  
Diretora da EEUSP

ANEXO III



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - CEP 05403-000  
Tel.: (55) (011) 3066-7505 - Fax: (55) (011) 7505-7506 - E. mail: ee@edu.usp.br  
Caixa postal 41633 - CEP 05422-970 - São Paulo, SP - Brasil

**Of. AAc / 108 / EE / 05.11.2003**

II<sup>ma</sup>. S<sup>ra</sup>.  
Roselma Lucchese  
Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem  
Escola de Enfermagem

*C/ cópia para a Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Sônia Barros*

Prezada Senhora,

Nos termos da documentação contida no processo 2003.1.763.7.6, informamos que a coleta de dados referentes ao projeto de pesquisa *A epistemologia da enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessidade de construção de competências na formação do enfermeiro*, a realizar-se na Escola de Enfermagem, foi autorizada, tendo sido preliminarmente consultada a respeito a Comissão de Pesquisa desta Unidade.

Atenciosamente,

  
Prof.<sup>a</sup> D.<sup>ra</sup> Ana Maria Kazue Miyadahira  
Diretora

ANEXO IV

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Roselma Lucchese, professora da Fundação Educacional de Fernandópolis, enfermeira e doutoranda do Programa Interunidades da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo – EEUSP e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, campus São Paulo, estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e difusão científica cujo título é: “A epistemologia da enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessidade de construção de competência na formação do enfermeiro”.

Sua colaboração será da maior importância para a realização deste trabalho, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes informações:

1 – A pesquisa justifica-se pela necessidade de reflexão da prática do ensino de enfermagem psiquiátrica diante das novas propostas pedagógicas do construtivismo, a abordagem por competência.

2 – A finalidade da pesquisa é de construir conhecimento sobre competência no ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, baseado no referencial teórico da pedagogia das competências e, para tanto, estabelecemos os seguintes objetivos:

- Identificar a representação sobre competência junto aos sujeitos da pesquisa (docentes e enfermeiros de campo);
- Analisar os conhecimentos necessários e as habilidades que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro para a construção das competências de intervenção no processo saúde-doença, para o ensino da prática de enfermagem psiquiátrica e saúde mental;
- Identificar limites e possibilidades para a construção de competências a partir das representações dos sujeitos trabalhadas nos grupos focais e do referencial teórico “pedagogia das competências”.

3 – O referencial metodológico é a dialética marxista, e a coleta de dados compreenderá três sessões de grupo focal, no qual serão realizados nas dependências da EEUSP ou EERP/USP, sendo gravadas.

4 - Asseguramos-lhe que serão respeitados os seus direitos, abaixo relacionados:

4.1 - A garantia de receber informações gerais sobre o significado, justificativa, objetivos e os procedimentos que serão utilizados na pesquisa, bem como o esclarecimento e orientação a qualquer dúvida acerca dos procedimentos, riscos benefícios e outros relacionados ao estudo;

4.2 – A participação é voluntária, tendo o participante a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento deste estudo, sem risco de qualquer penalização;

4.3 – A segurança de que não será identificado(a) e que será mantido o sigilo e o caráter confidencial de informações relacionadas à sua privacidade;

4.4 – A garantia da não existência ou vulnerabilidade a danos e riscos à sua pessoa;

4.5 – A garantia de não haver gastos de sua parte visto, tanto em relação a coleta de dados e confecção do trabalho final.

5 – Caso sinta necessidade de contatar o pesquisador durante e/ou após a coleta de dados, poderá fazê-lo pelo telefone (17) 3463 4792, ou pelo e-mail [roselma@acif.com.br](mailto:roselma@acif.com.br).

6 – As sessões de grupo focal serão gravadas e lhe será permitido ouvi-las, bem como por escrito, se assim desejar.

7 – Ao final da pesquisa, se for de seu interesse, terá livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir junto ao pesquisador.

Você tem plena liberdade para decidir a respeito de sua participação voluntária na pesquisa proposta. Caso concorde em participar, necessitamos que preencha e assine o termo de consentimento.

Agradecemos antecipadamente pela sua atenção e possível participação.

Pesquisadores responsáveis:

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sônia Barros

Doutoranda: Roselma Lucchese

Consentimento:

Levando em consideração as informações e todas as garantias acima mencionadas, eu

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, declaro para os devidos fins que cedo os direitos de minha entrevista coletiva, por meio de grupo focal, que serão gravadas e posteriormente transcritas, para serem utilizadas integralmente ou em partes, sem restrições de citações, podendo inclusive torna-las públicas, para as pesquisadoras Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sônia Barros e Roselma Lucchese.

Assim sendo, declaro o meu consentimento em participar como sujeito desta pesquisa.

\_\_\_\_\_  
Assinatura

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

**ANEXO V**

**CARACTERIZAÇÃO DO ENFERMEIRO**

- Idade: \_\_\_\_\_;
- Sexo: \_\_\_\_\_;
- Formação acadêmica: \_\_\_\_\_. Ano de conclusão: \_\_\_\_\_

- Titulação:

<b>Categoria</b>	<b>Local</b>	<b>Ano de conclusão</b>
Especialista ( )		-
Mestre ( )		-
Doutor ( )		-
Livre Docente( )		-

- Cursos de aperfeiçoamento e/ou aprimoramento:

---

- Ocupação: ( ) ensino ( ) assistência

- Instituição: ( ) ensino ( ) assistência

( ) público ( ) privado

- Responsabilidade de ensino:

Graduação: Teórico ( ) Prático ( )

Pós-graduação: Especialização ( ) Mestrado ( ) Doutorado ( )

Licenciatura ( )

- Tempo de trabalho:

Na instituição atual: \_\_\_\_\_

Em outra(s) instituição(ões): \_\_\_\_\_

- Tempo de atuação na área de Psiquiatria e/ou Saúde Mental: \_\_\_\_\_

---

## ANEXO VI

**Roteiro para elaboração de crônicas com base no relato de uma reunião:**

## **a - CONSIDERAÇÕES QUANTO AO:**

### **Relato**

- O que ocorreu antes de ser dado o enquadre para o início da reunião;
- Como contaria a história do grupo (uma síntese);

### **Grupo**

- Como o tema disparador da reunião foi trabalhado pelo grupo;
- Quais os conteúdos mais relevantes da reunião;

### **Observador**

- Temas que não compreendeu;
- Participantes que incomodaram. Analise o motivo desse incômodo;
- Reações do grupo ao observador. Perceba os efeitos disso no desempenho do papel de observador.

## **b - ANÁLISE DA REUNIÃO**

### **Abertura**

- Tema de maior ressonância grupal. Como foi vivido pelos participantes;
- Como foi vivido pelo Coordenador;
- O clima da reunião. Havia ou não predisposição para o trabalho previsto.

### **Desenvolvimento**

- Temas que surgiram, indicando pares contraditórios, ansiedades, alianças em subgrupos (entre integrantes, do grupo e em relação ao coordenador);
- Momentos vividos no grupo que indiquem a presença de confusão, dilemas, insights, problematizações;
- Papéis funcionais (voltados à tarefa-objetivos) e disfuncionais (sabotamento ou impostura). Se há presença de bodes expiatórios, focar conteúdo da resistência e o movimento do grupo para evitá-la;
- Vetores presentes na reunião.

### **Encerramento**

- Clima e conteúdo do encerramento da reunião;
- Encerramento proposto pelo Coordenador;
- Encerramento do coordenador pelo tempo esgotado.

## **ANEXO VII**

### **FRASES TEMÁTICAS DO 1º GRUPO FOCAL**

- T. 1 (G 1) O foco tem que ser redirecionado da questão de que outras profissões invadem a área de enfermagem na saúde mental, para o que posso mobilizar para resolver essa situação complexa, situação problema.
- T. 2 (G 1) A enfermagem não tem saberes próprios que dê conta de todas as questões na área de saúde mental, é necessário buscar em outras áreas.
- T. 3 (G 1) Não é uma competência burocrática, administrativa que vai resolver problemas de relacionamento numa equipe multiprofissional.
- T. 4 (G 1) Pensar em construir competências é pensar no ensino e na prática de um cuidar ampliado, voltado para pessoas que muitas vezes têm dificuldades de serem ouvidas, de relacionarem-se com os outros ou de estabelecerem uma ação.
- T. 5 (G 1) Na prática de enfermagem psiquiátrica/saúde mental não existe um “objeto intermediário” concreto, como uma bandeja, material para curativo ou para administração de um injetável. O “objeto intermediário” é a própria pessoa na relação profissional/paciente.
- T. 6 (G 1) Uma competência pode ser tratada como um instrumento burocrático, de caráter setorizado, no qual discrimina funções e rotinas de um profissional ou grupo.
- T. 7 (G 1) Uma competência burocrática não mobiliza saberes e habilidades para resolver situações problemas, não condiz com o conceito de uma competência de abordagem pedagógica, de uma saber construído.
- T. 8 (G 1) Quando um enfermeiro de uma outra especialidade atua em um serviço de saúde mental causa tumulto, pois não consegue organizar o serviço para atender a demanda da área e solicita materiais inúteis para o atendimento.
- T. 9 (G 1) A falta de exigência da especialidade do enfermeiro para atuar na área de saúde mental resulta na limitação da ação e no prejuízo da expressão profissional na equipe multiprofissional.
- T. 10 (G 1) Atualmente a enfermagem em saúde mental passa por um período de transição, está em reforma, enfrenta mudanças no saber e na técnica.
- T. 11 (G 1) A definição de competência é ampla, inclui saber, informação, atitude, valor, e nos leva a questionar se é uma atribuição da academia ou da prática.
- T. 12 (G 1) Tanto a prática e quanto o ensino direcionam-se por referenciais distintos.
- T. 13 (G 1) A enfermagem saúde mental é uma construção contínua e coletiva.
- T. 14 (G 1) As funções, normas e rotinas de um serviço em saúde mental devem ser construídas em conjunto com auxiliares de enfermagem e todas a equipe multiprofissional.
- T. 15 (G 1) Os profissionais também têm sentimentos que podem interferir em sua ação, determinando sua competência naquele momento.
- T. 16 (G 1) Os alunos mistificam algumas técnicas terapêuticas.
- T. 17 (G 1) Há uma dificuldade de identidade da equipe de enfermagem (auxiliares, técnicos e enfermeiros) com a área da psiquiatria/saúde mental.
- T. 18 (G 1) Na área de enfermagem psiquiátrica é preciso estar atento ao paciente como um todo, identificando e providenciando cuidados também as alterações físicas.
- T. 19 (G 1) As vivências com pacientes durante atividades fora das instituições são ricas e nos faz repensar a prática. São momentos que dispensamos mais atenção para enfermo e percebemos detalhes que no cotidiano das instituições não é possível.
- T. 20 (G 1) As atividades práticas com pacientes fora das instituições de saúde mental promovem situações que fogem do cotidiano institucional. O enfermeiro deve estar atento a tais situações que deixam o paciente mais vulnerável e requer mais atenção, mais diálogo.
- T. 21 (G 1) Ser competente em grupo vai além de estar diante de uma situação complexa e real, problematiza-la com as pessoas envolvidas e mobilizar em cada uma delas recursos para solucionar-la, é “sentir-se autorizado a mexer com aquele problema e tentar resolver”.

- T. 22 (G 1) Lutar contra as limitações do enfermeiro numa equipe é buscar saber, disponibilizar-se a aprender continuamente, especializar-se, investir tempo e recursos financeiros.
- T. 23 (G 1) A enfermagem psiquiátrica não tem um posicionamento definido, objetivo na equipe multiprofissional.
- T. 24 (G 1) São confusas as relações profissionais dentro das instituições da área de saúde mental, as funções de cada categoria não estão definidas claramente, um adentra na profissão do outro.
- T. 25 (G 1) Quando a atuação e o conceito de enfermagem psiquiátrica e saúde mental não estão claros para a equipe multiprofissional, os demais profissionais tentam ditar normas e delegar funções para enfermeiros e auxiliares de enfermagem.
- T. 26 (G 1) A enfermagem vem perdendo suas funções dentro de uma equipe, justamente por delimitá-la e não posicionar-se: "... se não tomarmos cuidado, vamos acabar carregando a comadre...".
- T. 27 (G 1) Desmistificar as técnicas terapêuticas é esclarecer para os alunos que o ocorrido na prática é a implementação da comunicação terapêutica, do relacionamento interpessoal; isso se consegue quando nos permitimos entrar em contato com a pessoa que esta em crise.
- T. 28 (G 1) Duas formas de não ser competente:
- É evitar entrar em contato com o não saber;
  - Certificar-se dos limites profissionais e não nos disponibilizarmos para as responsabilizações.
- T. 29 (G 1) Na saúde mental as dificuldades de relacionamento entre os profissionais de uma equipe ficam expostos, "escancarados".
- T. 30 (G 1) Para resolver um problema complexo contamos com alguns capitais culturais que nos permite o fazer.
- T. 31 (G 1) Ações efetivas de enfermagem inclui a comunicação não verbal no olhar e posicionamento, o verbal no diálogo e no ouvir, e o toque do pegar na mão e fazer massagem.
- T. 32 (G 1) ser confiável na relação com o paciente em saúde mental demanda uma enorme responsabilização, difícil de ser desenvolvida num curto espaço de tempo referente ao período de estágio.
- T. 33 (G 1) Na saúde mental muitas vezes nos deparamos com o não saber fazer diante de situações reais. Um não saber fazer que nos em contato com a situação e convoca a construção coletiva de novas possibilidades.
- T. 34 (G 1) Construir coletivamente o saber fazer em enfermagem psiquiátrica e saúde mental é uma via possível para desenvolver autonomia profissional.
- T. 35 (G 1) Situações complexas são:
- Estar diante da agressividade do paciente;
  - Estar diante de usuário que já passaram por vários tipos de tratamento sem sucesso;
  - Estar diante da angústia, ansiedade de quem sofre mentalmente;
  - Estar diante do choro, da dor, do abandono da pessoa.
- T. 36 (G 1) Ser competente em enfermagem psiquiátrica/saúde mental é:
- Adequar as ações à realidade local;
  - Estar junto da pessoa que tem um transtorno mental acompanhá-la;
  - Saber ouvir atentamente;
  - Usar terapêuticamente o silêncio;
  - Envolver-se, responsabilizar-se pelo relacionamento terapêutico;
  - Discutir o sentimento de medo.
- T. 37 (G 1) O educador precisa dar oportunidade para que o aluno vivencie a relação com o doente mental, sem perdê-lo de vista.
- T. 38 (G 1) As discussões grupais são momentos ricos para aprendizagem e interação entre professores e alunos, enfermeiros e equipe.
- T. 39 (G 1) Partimos de um conjunto de saber e conhecimento, de nossos sentidos para que possamos intervir sem pedir autorização para tanto.
- T. 40 (G 1) É necessário ensinar menos conteúdos e voltar o ensino para o que seja necessário para mobilização de responsabilização, de tomar para si alguma coisa, e não o que o outro tenha decidido na terapêutica.



- T. 41 (G 1) Cuidar do doente mental deve fazer parte do projeto institucional, não é problema específico da enfermagem.
- T. 42 (G 1) Quando um serviço não tem um projeto institucional que respalde e sustente as ações dos profissionais causa angustia nos enfermeiros de campo.
- T. 43 (G 1) Quando a instituição tem um projeto institucional claro, objetivo e construído coletivamente, a tendência é reduzir os conflitos de papéis e funções entre os profissionais.
- T. 44 (G 1) Pensar em um projeto institucional é pensar no bem comum, é abordar o coletivo.
- T. 45 (G 1) O projeto institucional da universidade permite criar novas dimensões no ensino, na pesquisa e na extensão universitária, sempre dentro de um certo direcionamento.
- T. 46 (G 1) A prática que proporciona situações problemas complexas para serem desenvolvidas as competências.
- T. 47(G 1) Ensinar a seguir prescrições médicas não faz parte do discurso das disciplinas e das escolas de enfermagem, mas na prática é isso que é observado.
- T. 48 (G 1) Os alunos de enfermagem são ensinados a seguir prescrições médicas e quando passam pela disciplina de enfermagem saúde mental sofrem um impacto porque não encontram a mesma abordagem de ensino.
- T. 49 (G 1) Os alunos de enfermagem têm dificuldades de serem confiáveis na relação com o doente mental por sentirem medo de serem referencia para o paciente.
- T. 50 (G 1) O aluno de enfermagem busca um saber pronto, descrito em uma cartilha que siga prescrições médicas. Essa necessidade também é refletida na vida profissional.
- T. 51 (G 1) Os primeiros contatos com o campo de saúde mental causam medo e ansiedade nos alunos. Com o passar do tempo tais dificuldades vão sendo superadas, e os aprendizes aproximam-se mais dos pacientes.
- T. 52 (G 1) O ensino de enfermagem reproduz o ensino médio e fundamental, uma vez que prioriza um imenso conteúdo.
- T. 53 (G 1) A dificuldade de responsabilizar-se não é especificidade da enfermagem, vem sendo tema de discussão e preocupação em diversas áreas, principalmente quando se fala de organização dos serviços.
- T. 54 (G 1) A formação de enfermeiro não respalda atitudes corajosas de colocar-se hábil e responsável nas relações.
- T. 55 (G 1) A formação do enfermeiro é trincada, tutelar, compromete a autonomia do aluno que é ensinado a seguir ordens médicas.
- T.56 (G 1) Na saúde mental o responsabilizar-se está vinculado a capacidade pessoal de posicionar-se, pois não existe uma cartilha contendo os passos a serem seguidos nas relações.
- T. 57 (G 1) O aluno, o profissional, o docente, todos têm o direito de se angustiarem diante do sofrimento psíquico.
- T.58 (G 1) Aplicar na prática as teorias e técnicas de comunicação terapêutica e de relacionamento só é possível por meio da disponibilidade de aprender a fazer experimentando.
- T. 59 (G 1) As relações terapêuticas aplicadas na prática, muitas vezes são atribuídas a características pessoais, quando na verdade são tecnologias que se aprende, se desenvolve.
- T. 60 (G 1) Diante de situações reais o aluno não sabe o que fazer e solicita uma formula para agir.
- T. 61 (G 1) A escola não dá conta de todos os elementos para o desenvolvimento da tecnologia para a atenção a pessoa com transtorno mental, é preciso buscar um aprimoramento contínuo, na terapia, na vida, no dia-a-dia.
- T. 62 (G 1) O conhecimento teórico científico respalda o saber fazer.
- T. 63 (G 1) Muitos profissionais não sabem o que fazer na área de enfermagem psiquiátrica, pois não tem as técnicas tradicionais de enfermagem, como administrar injetáveis, curativos.
- T. 64 (G 1) Problematicar situações complexas viabilizando um espaço para discussão e reflexão representa um caminho para soluções e crescimento da equipe de enfermagem.
- T. 65 (G 1) Pensar em competências nos remete às cenas que vivenciamos na prática.

- T. 66 (G 1) Alguns pacientes em tratamento psiquiátrico manipulam o ambiente.
- T. 67 (G 1) O paciente psiquiátrico percebe o medo e a insegurança dos alunos de enfermagem.
- T. 68(G 1) O paciente psiquiátrico sabe reconhecer uma atenção competente, classifica como excelente futuro profissional aquele aluno que fica ao lado, ouve seus sentimentos, suas dores.
- T. 69 (G 1) Pensar que as cenas de violência na saúde mental são cotidianas é um mito.

FRASES TEMÁTICAS DO 2º GRUPO FOCAL

- T.1 (G 2) O que incomoda na definição de competências é a hiper valorização da prática e das coisas úteis da vida, pois não temos claro o que isto seria.
- T.2 (G 2) Aprendemos na escola coisas que nunca iremos aplicar em nossa vida.
- T.3 (G 2) Alguns conhecimentos perdem o valor se buscarmos apenas um sentido útil e mediatista, mas se olharmos de forma ampliada compreenderemos a sua necessidade.
- T.4 (G 2) É difícil imaginar trabalhar por competências com o usuário do serviço de saúde mental.
- T.5 (G 2) O enfermeiro assistencial percebe-se no processo de formação de modo indireto, como um membro de uma equipe.
- T.6 (G 2) O enfermeiro assistencial tem em sua prática a convivência com o paciente e com o serviço de saúde mental, portanto, é capaz de apontar o que seria necessário para a formação de futuros enfermeiros.
- T.7 (G 2) Para atuar efetivamente na área de enfermagem saúde mental é preciso exercitar a flexibilidade, ampliar a visão no sentido de compreender que as diversas disciplinas se complementam e possibilitam o fazer.
- T.8 (G 2) A enfermagem é uma ciência aplicada, que faz uso de vários saberes, principalmente na saúde mental.
- T.9 (G 2) Para falar da prática do outro, precisamos exercitar o estar na posição (condição) do outro.
- T.10 (G 2) Ressoa uma tendência utilitarista pensar que somente diante de uma demanda real, do paciente ou do aluno, é que será disparado em nós um repertório para saber fazer.
- T.11 (G 2) A nossa escola burguesa não é um espaço que se aprende livre e inteligentemente coisas úteis para a vida.
- T.12 (G 2) As escolas que podem estar ensinando livre e inteligentemente coisas úteis para a vida são a escola grega, a indígena, a vida, o mercado...
- T.13 (G 2) A escola burguesa é o modelo de ensino do sistema capitalista.
- T.14 (G 2) A escola burguesa não tem a função social de promover um aprendizado livre e inteligentemente, e sim vem consolidando-se como uma escola teórica de reprodução.
- T.15 (G 2) Nós não conseguimos fazer da escola um espaço para a aprendizagem livre, porque ainda não conseguimos nem criticar o modelo burguês que prevalece no sistema capitalista.
- T.16 (G 2) Precisamos fazer a crítica do mundo em que vivemos.
- T.17 (G 2) As instituições de saúde têm a mesma função estratégica da educação ou da segurança que é a de manter a máquina funcionando.
- T.18 (G 2) Agir de forma satisfatória na realidade que vivemos é manter o modo capitalista de organização social.
- T.19 (G 2) A área da saúde mental abre espaço para a criatividade do cuidar, basta estar disposto para isso.
- T.20 (G 2) Cuidar não tem o mesmo significado que assistência. Assistência satisfatória na nossa organização social é restabelecer a capacidade produtiva das pessoas que adoecem.
- T.21 (G 2) Os loucos estão excluídos no jogo produtivo da sociedade capitalista.
- T.22 (G 2) Pela lógica de produção da sociedade atual, a assistência ao louco sempre será insatisfatória, pois ele não está incluído no processo de produção e não retorna ao trabalho após ser atendido pelo serviço.

- T.23 (G 2) Na área de saúde mental podemos cuidar, acompanhar, acolher, escutar, mas somos impotentes para assistir, nossa assistência é insatisfatória no contexto de produção social.
- T.24 (G 2) Para que o enfermeiro seja competente na saúde mental é necessário que ele saiba que a assistência sempre será insatisfatória no contexto de produção da sociedade que vivemos.
- T.25 (G 2) Diante da divisão social do trabalho assistência dentro da saúde é transformar corpos doentes em corpos saudáveis, produtivos e reprodutivos em função do trabalho.
- T.26 (G 2) Nos sentiremos eficazes ou competentes quando compreendermos que cuidamos e não assistimos o usuário.
- T.27 (G 2) Ao longo de nossa vida profissional percebendo que nossa prática em saúde mental está à margem da assistência como produção social de trabalho.
- T.28 (G 2) Estar marginal à assistência tradicional parece ótimo porque podemos buscar novas perspectivas para a prática. Ao mesmo tempo causa sofrimento por não corresponder às expectativas de uma organização social.
- T.29 (G 2) Não corresponder com as expectativas da sociedade nos dá a sensação de ineficiência e o desejo de ter um roteiro predeterminado do fazer em saúde mental.
- T.30 (G 2) O desejo de uma formatação, de uma receita do fazer está alinhado ao paradigma tradicional que fomos formados.
- T.31 (G 2) Quando temos como objeto de intervenção a pessoa e não a doença, podemos falar de cuidado e não de assistência.
- T.32 (G 2) Fazemos o movimento de tentar superar o paradigma tradicional quando vamos montar a disciplina.
- T.33 (G 2) Não conhecemos uma instituição que tenha superado o paradigma tradicional, o que vemos são movimentos de aproximação ao novo paradigma.
- T.34 (G 2) Comparamos os movimentos de superação do paradigma tradicional como se houvesse um muro em que nós pulamos de um lado para o outro, mas não o derrubamos.
- T.35 (G 2) Os lugares (dentro de sala de aula ou no campo) e o número de alunos interferem na possibilidade de trabalhar com um ou outro paradigma.
- T.36 (G 2) Os alunos têm suas particularidades que determinam um tempo diferenciado para se integrarem na saúde mental.
- T.37 (G 2) As diferenças individuais dos alunos em se integrarem causa uma apreensão na equipe que passa a buscar uma causa.
- T.38 (G 2) Observar o aluno hoje nos remete a refletir sobre a nossa própria formação.
- T.39 (G 2) Trazemos como marca de nossa formação a submissão ao profissional médico, fomos treinados de forma explícita ou sublimar a chamá-lo de doutor e respeitá-lo.
- T.40 (G 2) Somos uma instituição iatrogênica quando formamos profissionais bem treinados a cumprir ordens médicas.
- T.41 (G 2) Permanecer ao lado e conversando com o usuário se fortalece as relações interpessoais, não necessariamente o habilita para uma função social. Aos olhos da nossa organização social isso não tem valor, é perda de tempo.
- T.42 (G 2) No modelo sócio-político cubano os profissionais que lidam com seres humanos são mais valorizados e recebem um salário compatível com a responsabilidade de trabalhar com a vida.
- T.43 (G 2) A vida das pessoas não é igual à vida de um inseto ou tem o mesmo valor da sua conta bancária.
- T.44 (G 2) Para reduzir a angústia, o medo de um empresário que aguarda uma cirurgia ou a de um usuário da saúde mental que vive na rua, sujo e desdentado aplica-se a mesma técnica de intervenção. A diferença está no valor sócio-econômico que tem cada um deles, após a internação o empresário retomará sua função social de produção, o doente mental retornará para as ruas e continuará sujo e desdentado.

- T.45 (G 2) Muitos dos serviços de alta complexidade do SUS são utilizados por pessoas que têm convênio.
- T.46 (G 2) Somos tanto algoz quanto vítimas do sistema sócio-econômico em que vivemos.
- T.47 (G 2) Não está correto justificar suas ações nas precárias condições de trabalho, se a remuneração é ruim faça outra escolha, outro projeto de vida.
- T.48 (G 2) Toda a tecnologia assistencial a ser utilizada deve estar explícita no projeto institucional.
- T.49 (G 2) Romper com o paradigma tradicional requer um trabalho lento, persistente, construído no dia-a-dia.
- T.50 (G 2) Não temos respostas prontas, ainda estamos no movimento de ir e vir entre o modo tradicional de trabalhar e as novas propostas de construir o saber fazer.
- T.51 (G 2) Saber fazer em saúde mental é adequar os instrumentos que incorporamos ao longo da formação e da vida profissional, e nos apropriar de outros para resolver problemas reais.
- T.52 (G 2) Um caminho é utilizar o saber de forma coerente com o que se pensa, com a sua prática.
- T.53 (G 2) Buscar não privilegiar a discussão das psicopatologias e voltar a atenção para as funções psíquicas, e a partir delas construir um saber.
- T.54 (G 2) Não olhar para o usuário como um esquizofrênico, mas compreendê-lo como uma pessoa que tem uma percepção diferente da realidade.
- T.55 (G 2) Sofrer, pensar são fenômenos humanos.
- T.56 (G 2) A relação entre seres humanos tem que acontecer em um espaço possível de troca.
- T.57 (G 2) Pensamos e acreditamos que o ensino deve estar voltado para a pessoa, mas ainda utilizamos grande parte da carga horária para ensinar etiologia das doenças mentais.
- T.58 (G 2) Nos sentimos agentes da transformação do fazer.
- T.59 (G 2) Para romper com o modelo tradicional, para mudar e transformar a prática:
- Não desprezar o conhecimento das psicopatologias, mas não se deter a eles;
  - Mudar o foco da doença para a pessoa;
  - Mexer com os instrumentos cognitivos;
  - Usar a criatividade e a própria condição humana;
  - Não fazer dos clássicos manuais de psiquiatria uma reprodução do modelo tradicional.
- T.60 (G 2) Na graduação a idéia é criar condições para que sujeitos olhem sujeitos em qualquer momento do processo saúde-doença.
- T.61 (G 2) A idéia de que a enfermagem saúde mental/psiquiátrica pode perpassar por outras áreas representa um risco de diluição e perda da identidade da especialidade.
- T.62 (G 2) O modo de olhar, de estar ao lado do paciente feito pelo enfermeiro psiquiátrico é diferenciado, não pode ser nivelado com o fazer de enfermeiros de outras especialidades.
- T.63 (G 2) A aprendizagem ocorre de forma mais intensa nos espaços em que há liberdade para troca, como nas discussões informais, nos finais de aulas, em ambientes sociais.
- T.64 (G 2) O ensino formal não é livre, e sim limitado por um espaço de tempo demonstrado em uma grade curricular, exige avaliação de desempenho e produtividade, existe um padrão e um projeto a ser seguido, prestação de contas a agências financiadoras.
- T.65 (G 2) Não acreditamos na medicalização e na psiquiatrização como estratégia de atenção à saúde mental. Esta postura não é ideológica, ela foi construída diante de nossas experiências.
- T.66 (G 2) O paciente busca no serviço de saúde mental convivência, para reduzir sua dor, sua angústia, seu sofrimento e não um profissional em específico.
- T.67 (G 2) Queremos construir competências para despsiquiatrizar a loucura, utilizando toda uma bagagem de vidas que inclui conhecimento e vivência.

- T.68 (G 2) É complicado e desafiador colocar o aluno diante de sintomas com a alucinação, pois ele é imaturo e conta com pouco repertório de vida.
- T.69 (G 2) O espaço de estar com o outro é construído nas relações entre professor, aluno e usuário.
- T.70 (G 2) A medicação não é o único tratamento, mas é necessário.
- T.71 (G 2) A alucinação é algo angustiante e de difícil enfrentamento, tanto para quem a vivencia quanto para aquele que cuida.
- T.72 (G 2) A medicação é mais fácil de ser oferecida ao usuário do que a convivência.
- T.73 (G 2) A convivência é uma instrumentação possível no ensino e na prática quando compõe a proposta institucional e a dos profissionais.
- T.74 (G 2) Os alunos expressam que estar ao lado e conversando com o usuário é não fazer nada: “\_ Você é enfermeiro aqui e só conversa...”.
- T.75 (G 2) Estar ao lado, conversar, ouvir o usuário é um saber fazer na enfermagem saúde mental.
- T.76 (G 2) Os caminhos são muito e são interligados, a escolha do enfermeiro deve ser coerente com o que o usuário está buscando. Se o seu maior sofrimento é convivência, então é o caminho da convivência que devemos trilhar.
- T.77 (G 2) Ser plástico e estar aberto e a novas possibilidades na assistência, para atender a necessidade do usuário.
- T.78 (G 2) Poder perceber que as possibilidades terapêuticas nas relações são possíveis e variadas.
- T.79 (G 2) Não se limitar aos espaços pré-estabelecidos, e sim ampliar sua visão, ver além do concreto, ser crítico.
- T.80 (G 2) As relações na prática devem refletir humanidade e transparência entre pessoas.
- T.81 (G 2) Capacidade para autoconhecer, fazer a autocrítica e auto-avaliação, questionando sua prática e deixar emergir a alienação do trabalho.

#### FRASES TEMÁTICAS DO 3º GRUPO FOCAL

- T.1 (G 3) Pensar nos movimentos contraditórios entre o tradicional e o inovador, entre a teoria e a prática, e de como esses se comunicam. Foi formando-se um bloco do ensino e um outro da prática.
- T.2 (G 3) Inquietação de estar nos sentindo num momento de transição, ora nos direcionamos para o novo paradigma que é inovador, transformador, ora ainda nos vemos impregnados do conhecimento clássico, tradicional.
- T.3 (G 3) Há uma distância entre a teoria e a prática.
- T.4 (G 3) Buscar uma teoria que se harmonize mais a prática. Muitas coisas da teoria não conseguimos aplicar na prática.
- T.5 (G 3) É complicado conciliar a prática institucional com a produção do conhecimento.
- T.6 (G 3) Os avanços que conseguimos no campo das reformas surgiram da problematização e teorização da prática de serviços e trabalhadores que se dispuseram a mudar, transformar.
- T.7 (G 3) No processo de trabalho do docente há o desgaste intelectual, que é menos mecânico do que o do enfermeiro da prática, que leva a alienação imposta pela repetição.
- T.8 (G 3) A escola e o campo prático aproximam-se quando conseguem estimular o aluno a buscar o saber fazer.
- T.9 (G 3) A representação que temos de escola é aquela formal, traduzido em um prédio e tempo pré-determinado.
- T.10 (G 3) A escola idealizada é aquela que resgata a identidade da pessoa, que se assemelhe a um espaço físico familiar, em que não haveria a necessidade de desprezar o conhecimento clássico, mas sim transformar a aplicabilidade.
- T.11 (G 3) Na escola idealizada a aprendizagem estaria voltada a aprender coisas para usar na vida, por meio de atividades diárias como acender o fogo, e discutir os fatores envolvidos nesse fazer.

- T.12 (G 3) A atenção ao usuário idealizada é oferecer um ambiente familiar, o mais próximo de uma casa.
- T.13 (G 3) A escola tradicional cerceia uma pessoa criativa em função de uma padronização: “\_ Todos saem desenhando uma flor vermelha de caule verde, por que sempre foi pedido para a gente desenhar essa flor”.
- T.14 (G 3) Os novos médicos que se agregam às equipes de saúde mental chegam solicitando um atendimento físico, pautados num modelo biomédico. Fato que dá a sensação de que estamos sempre voltando ao ponto de partida.
- T.15 (G 3) Se concordarmos com o atendimento físico do usuário nos CAPS corremos o risco de descaracterizá-lo, transformá-lo em um local burocrático que atende de tudo, criando micro-serviços.
- T.16 (G 3) COREn tem uma visão biomédica, exige a prescrição de enfermagem, o carrinho de emergência, faz ameaças e acusa os profissionais de omissos e negligentes, sem conhecê-los verdadeiramente.
- T.17 (G 3) Algumas situações vivenciadas nos serviços de saúde mental exigiram atendimento de emergência.
- T.18 (G 3) Mesmo em algumas situações de emergência o usuário procura o serviço de saúde mental que o assiste, o vínculo é mais forte.
- T.19 (G 3) Refletir sobre onde está a falha da assistência ao usuário. Está na ausência de materiais de emergência e médico-hospitalares ou na referência contra-referência ágil dos serviços de saúde.
- T.20 (G 3) Materiais e medicamentos de emergência vencem e deterioram-se sem uso nos ambulatórios de saúde mental.
- T.21 (G 3) Enviam medicamentos para o CAPS que não têm utilidade naquele local.
- T.22 (G 3) Os auxiliares de enfermagem e médicos também têm um desejo latente de cuidar de questões orgânicas por sentirem que num PS não atenderiam bem o usuário da saúde mental.
- T.23 (G 3) Em um CAPS o que deve ser feito nos casos de emergência são os cuidados básicos, como estacar um sangramento, o suporte mais avançado terá que ser realizado em outro serviço.
- T.24 (G 3) Um CAPS deve se parecer com uma casa, e em uma casa não temos material de ressuscitação cardíopulmonar. Se o COREn exige devemos tem que questiona-lo.
- T.25 (G 3) Não existe integração, pois não há diálogo com o COREn. Como explicar para este órgão que acima da Sistematização da Assistência de enfermagem existe um projeto terapêutico integrado com a equipe.
- T.26 (G 3) Temos capacidade de argumentar com o COREn, e eles têm a responsabilidade de responder. O que este órgão quer construir?
- T.27 (G 3) Os profissionais fiscais de COREn foram formados por nós, passaram por esta escola e pelos campos práticos que atuamos, somos responsáveis.
- T.28 (G 3) É dever participar das assembleias do COREn, de preferência em grupo e com argumentações previamente discutidas.
- T.29 (G 3) Uma enfermeira que trabalhe num serviço inovador e propõe práticas inovadoras, fica cerceada pelo COREn.
- T.30 (G 3) O COREn nos deixa em pânico, sem saber o que fazer. É um órgão que teoricamente é protetor, na prática é ameaçador e controlador.
- T.31 (G 3) Somos omissos quando não discutimos o que esta acontecendo na prática.
- T.32 (G 3) A enfermagem tem como missão buscar uma posição mais crítica, menos subalterna a essa uma função contraditória do COREn.
- T.33 (G 3) Como instituição de ensino uma de nossas funções é a de desenvolver a capacidade crítica.
- T.34 (G 3) Precisamos das associações que fazem oposição ao conselho maior.
- T.35 (G 3) Não nos aprofundamos nas discussões sobre o distanciamento do ensino e da prática.

- T.36 (G 3) O ensino não convida os profissionais da prática para participar do planejamento de qualquer curso que acontecerá dentro do CAPS.
- T.37 (G 3) O profissional que cuida do louco também tem um valor social diferente, traduzido numa realidade de má remuneração, no não ser ouvido pelos outros, por cuidar de gente que está excluído do processo de produção.
- T.38 (G 3) O enfermeiro também é desvalorizado socialmente: “\_ ...entra pelas portas dos fundos para fazer o exame admissional, a gente não entra pela mesma porta que o médico...”.
- T.39 (G 3) A desvalorização social-econômica vem da classe profissional, da predominância feminina, da área de saúde mental.
- T.40 (G 3) Na universidade todos os professores doutores têm um cargo horizontal, um mesmo valor econômico que lhe confere um determinado valor social.
- T.41 (G 3) Existe uma hierarquia dentro das unidades da universidade. Ocupam lugares privilegiados as unidades que produzem mais valor social atrelado ao seu valor econômico, por formarem profissionais que produzem mais dinheiro.
- T.42 (G 3) Quando enxergamos os diferentes valores dos diferentes produtos, e sua reprodução social, passamos a ter algumas respostas e a compreender o sistema de organização social.
- T.43 (G 3) O enfermeiro tem que se interrogar, fazer a crítica e descobrir suas competências.
- T.44 (G 3) É um deslocamento de energia ficar se lamentando porque não é reconhecido socialmente.
- T.45 (G 3) Ter competência para ocupar o nosso lugar. Lugar não é aquele que alguém determina, é o que lutamos e conquistamos.
- T.46 (G 3) A desvalorização profissional abrange a todos dos setores públicos. Há uma desvalorização do setor público como um todo.
- T.47 (G 3) Os profissionais da área da saúde vêm questionando sua formação: “\_Eu ouço isso de todos profissionais a toda hora...”.
- T.48 (G 3) Os alunos da enfermagem têm dificuldades de se localizarem numa equipe multidisciplinar, dizem que se sentem pouco à vontade para se expressarem em grupo com alunos de outros cursos.
- T.49 (G 3) O grupo é o lugar certo para falar das dificuldades.
- T.50 (G 3) É muito rico estar em um campo com uma equipe multidisciplinar, e com alunos de diversas áreas.
- T.51 (G 3) Num campo em que tem profissionais e alunos de diversas áreas a discussão é rica não só no sentido de complementação, mas de somatória do saber fazer.
- T.52 (G 3) A enfermeira tem um lugar de destaque numa equipe multidisciplinar, quando ela tem vivência, avalia e atua efetivamente diante de cuidados básicos do usuário, como de higiene e nutrição.
- T.53 (G 3) O enfermeiro deve sair do discurso e lutar pelo seu espaço, não aceitar que os outros profissionais digam o que deverá ser feito.
- T.54 (G 3) No universo da saúde mental o saber fundamentado na teoria da psicanálise confere ao profissional um valor social superior. Mas, pela nossa vivência nem sempre é o que vai resolver.
- T.55 (G 3) Os saberes são construídos a partir de alguma coisa, como o saber da enfermagem que está em construção; nesse processo ela vem se apropriando de outros saberes históricos para constituir um saber próprio.
- T.56 (G 3) Estar filado a uma corrente teórica lhe proporciona uma postura mais confortável para o fazer, seja ela a psicanálise, o psicodrama, a comportamental, hungariano, outros.
- T.57 (G 3) A formação do enfermeiro proporciona um olhar abrangente, transita por diversos conhecimentos, como o da psicanálise, do cognitivismo, do biológico, e como reduzir tudo isto na “assistência de enfermagem e seus manuais”.
- T.58 (G 3) Ouvir as diferentes correntes teóricas nos ajuda a expressar melhor diante das pessoas.

- T.59 (G 3) A enfermagem aborda diferentes linhas teóricas, mas o profissional enfermeiro, o aluno, o professor há de ter uma escolha.
- T.60 (G 3) A competência, em meio desta pluralidade de linhas teóricas é fazer a escolha, e adquirir tranquilidade de falar melhor de um determinado lugar.
- T.61 (G 3) O aluno precisa, porque ele vai optar de acordo com sua visão de mundo.
- T.62 (G 3) Ter claro que essa variedade de linhas teóricas é necessária para a sustentação das práticas, e não significa que enfermagem seja a mistura de tudo isso.
- T.63 (G 3) Na universidade vivenciamos uma diversidade de linhas de pesquisa.
- T.64 (G 3) Nos contrapomos com aquele aluno que acredita e quer trabalhar com diagnóstico de enfermagem dentro da saúde mental, e não podemos cecear-lo.
- T.65 (G 3) Trabalhar com o diagnóstico de enfermagem é um modo formalizado e pré-estabelecida do fazer. Às vezes deseja-se esses manuais.
- T.66 (G 3) Explicar para os alunos que na disciplina não trabalhamos o diagnóstico de enfermagem, e que isso não é uma proibição para a vida.
- T.67(G 3) Os alunos aprendem fazer o diagnóstico de enfermagem para todas as especialidades em uma única disciplina, e vão para os campos munidos de fixas para consulta.
- T.68 (G 3) A sistematização da assistência pautada no diagnóstico de enfermagem reforça o modelo biológico, biomédico.
- T.69 (G 3) O pessoal acredita que a sistematização da assistência de enfermagem norteada pelo diagnóstico de enfermagem é um saber próprio, e que nos diferencia das outras profissões.
- T.70 (G 3) Os profissionais que estão praticando o diagnóstico de enfermagem nos serviços de saúde foram nossos alunos, somos co-participantes desse processo.
- T.71 (G 3) Não acreditamos, não pretendemos usar a sistematização da assistência de enfermagem norteada pelo diagnóstico de enfermagem.
- T.72 (G 3) A contradição está em não acreditarmos no diagnóstico de enfermagem, porém, adotamos para a disciplina um livro que traz o diagnóstico de enfermagem.
- T.73 (G 3) Escrever sobre saúde mental, por meio de pesquisas.
- T.74 (G 3) Os órgãos financiadores de pesquisa ditam regras, padronizam normas.