

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

O ENSINO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E/OU SAÚDE
MENTAL: avanços, limites e desafios

Ribeirão Preto
2010

Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza

**O ENSINO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E/OU SAÚDE
MENTAL: avanços, limites e desafios**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para inscrição ao Concurso Público de títulos e provas visando à obtenção do título de Professor Livre Docente junto às áreas de conhecimento do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, nos termos do Edital ATAC/SCAPAC 033/2010.

Ribeirão Preto
2010

Ficha Catalográfica

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

Catálogo na Publicação

Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo

Souza, Maria Conceição Bernardo de Mello.

O ensino de Enfermagem Psiquiátrica e/ou Saúde Mental: avanços, limites e desafios/Maria Conceição Bernardo de Mello e Souza; Ribeirão Preto, 2010.

168 f.

Tese (Livre Docência – Área de Concentração: Enfermagem Psiquiátrica, sub-área: Educação Profissional em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

1. Ensino. 2. Saúde Mental. 3. Enfermagem; Psiquiatria. 4. Educação

AGRADECIMENTOS

À minha mãe, Helena, e ao meu pai, João Bernardo, por terem me recebido como filha, nesta jornada.

Aos meus filhos Joanna, Manoel e Pedro, e ao meu esposo, Silvio, por compartilharem comigo a trajetória da vida acadêmica, com paciência e amor.

A todos meus familiares por estarem torcendo por mim e acreditando em meu potencial.

Aos professores que aceitaram participar desta pesquisa e às Universidades Públicas com Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado de São Paulo, pela disponibilidade e pelas informações prestadas.

Às minhas amigas Adriana Katia e Toyoko Saeki, pela colaboração e disposição de ajuda e apoio durante a confecção desta Tese e pelas discussões teóricas realizadas conjuntamente, na área da educação e saúde mental.

Às queridas Maria José Clapis, Maria José Bistafa e Maria Suely Nogueira, pela ajuda e encorajamento nesse caminho.

A querida Marcia Bucchi, eterna orientadora que me introduziu no mundo da pesquisa.

A todos os colegas do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

Aos companheiros do Grupo de Apoio Pedagógico (GAP) do Campus de Ribeirão Preto da USP e aos do Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, companheiros de luta pela qualidade do ensino superior e formação de professores e melhoria da formação de profissionais críticos e reflexivos.

Não poderia deixar de agradecer às companheiras “antigas” da Comissão de Graduação da EERP/USP, unidas pela luta a favor da mudança curricular. Juntas, enfrentamos conflitos, resistências, movimentos constantes de mudanças que têm nos ensinado a remar com mais cautela.

Aos alunos de Graduação e de Pós-Graduação, meus orientados, atores fundamentais do processo ensino-aprendizagem.

À Cheila e Edilene pela ajuda técnica na coleta de dados e confecção do memorial e Tese.

À Magali e Tauana Boemer pela revisão segundo as Normas da Nova Ortografia da Língua Portuguesa

A todos os novos amigos que vão se agregando na luta pela qualidade do ensino e assistência, que, graças a Deus, por serem tantos, não teria como citá-los todos.

RESUMO

SOUZA, M.C.B.M. **O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e/ou Saúde Mental: avanços, limites e desafios.** 2010. 168 f. Tese (Livre Docência)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

O ensino de Enfermagem Psiquiátrica e /ou Saúde Mental tem sido estudado por vários pesquisadores da área no país. A maior parte das investigações procurou retratar o cotidiano do ensino de enfermagem psiquiátrica na busca por melhorar a prática profissional. No entanto, as novas propostas de mudanças curriculares - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB/96) e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DNCENF/2001), instituindo diretrizes curriculares nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, têm exigido outros olhares para o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. O presente estudo justifica-se por sua proposta de investigar o ensino de enfermagem psiquiátrica a partir da legislação e diretrizes anteriormente citadas e de focar a forma como o professor encontra-se inserido no processo de ensino-aprendizagem nesse contexto de mudanças. Teve como objetivos analisar como ocorre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental nos cursos públicos de graduação em enfermagem existentes no estado de São Paulo, além de investigar e analisar a prática pedagógica de professores de disciplinas de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental, envolvendo os conteúdos abordados, métodos de ensino utilizados, processos de avaliação, cenários de aprendizagem nos serviços de saúde e as práticas formativas dos professores envolvidos. Foi realizada uma revisão da literatura, compondo alguns elementos do quadro teórico, com a intenção de visualizar o que tem sido pesquisado sobre essa temática. Também foram realizados alguns apontamentos sobre a construção do currículo, projeto pedagógico, tendências pedagógicas, avaliação e formação de professores, os quais subsidiaram a análise dos resultados emergentes desta pesquisa. Os sujeitos deste estudo foram os professores da área de saúde mental/enfermagem psiquiátrica, vinculados às Instituições de Ensino Superior (IES) públicas do Estado de São Paulo, com cursos de bacharelado em enfermagem. A pesquisa foi conduzida segundo a metodologia qualitativa e as técnicas de coleta de dados selecionadas foram entrevistas semiestruturadas e análise documental. As categorias temáticas emergentes foram: O professor como sujeito inserido em um curso de graduação em enfermagem; A atuação do professor no ensino de saúde mental e Construindo-se como docente. A análise dos programas das disciplinas, articulada aos relatos dos professores, evidenciou avanços, limites e desafios, enfrentados no processo de construção dos projetos pedagógicos dos cursos, na atuação do professor enquanto docente na área de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental e na formação pedagógica dos professores. Um dos grandes desafios emergentes desta pesquisa foi a formação pedagógica de professores universitários, considerada presumível na universidade, além das relações interpessoais permeadas pelo individualismo e disputa de poderes, fatores geradores de conflitos e resistências, constituindo-se, muitas vezes, em impeditivos de avanços.

Palavras-chave: Ensino; Saúde Mental; Enfermagem; Psiquiatria; Educação

ABSTRACT

SOUZA, M.C.B.M. **Psychiatric nursing and/or Mental Health teaching: advances, limits and challenges.** 2010. 168 f. Dissertation (Free Lectureship) - University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing, Ribeirão Preto, 2010.

Psychiatric nursing and/or mental health teaching has been studied by many researchers of the area in Brazil. Most of the investigations aimed to picture the day-to-day of the psychiatric nursing teaching in order to enhance the professional practice. However, the new proposals for curriculum changes – Brazilian Law of Guidelines and Bases for National Education (LDB/96) and the National Curricular Guidelines of the Nursing Undergraduate Course (DNCENF/2001), which establish national curricular guidelines to the undergraduate nursing programs, have demanded other perspectives for the psychiatric nursing and mental health teaching. This qualitative study proposed to investigate the psychiatric nursing teaching, based on the legislation and guidelines cited above, and to broaden the focus to how professors are inserted in the teaching-learning process, in this context of changes. The study aimed to analyze how the mental health and psychiatric nursing teaching occurs in public undergraduate nursing programs in the state of São Paulo and to investigate and analyze the pedagogical practice of professors of psychiatric nursing and/or mental health courses concerning the approached contents; the teaching methods used; the evaluation process; the learning scenarios in health services and the formative practices of the involved professors. A literature review was carried out, composing some elements of the theoretical board, aiming to view what has been researched on psychiatric nursing and/or mental health teaching; some notes on curriculum construction, pedagogical project, pedagogical tendencies; evaluation and formation of professors supported the analysis of the results that rose from this research. The subjects to this study were professors in the area of mental health/psychiatric nursing, linked to public Higher Education Institutions (HEI) of the state of São Paulo, with bachelor nursing programs. Data collection was carried out using semi structured interviews and documental analysis. The following theme categories emerged: Professor as a subject inserted in a nursing undergraduate program; The role of the professor in mental health teaching and Building oneself as a professor. From the analysis of the course programs along with the reports from professors, advances, limits and challenges are noticed, faced in the process of the courses' pedagogical projects development, in the role of professors as faculty in the area of psychiatric nursing and/or mental health and in the pedagogical training of professors. One of the great challenges raised from this research was the pedagogical training of university professors which is taken as certain at the university, besides the interpersonal relations that are permeated by individualism and power struggle, factors that cause conflicts and resistances, many times blocking advances.

Key-words: Teaching; Mental Health; Nursing; Psychiatry; Education

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1: Mapa das Regiões do Estado de São Paulo.....	46
Quadro 1: Caracterização das disciplinas da área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental dos cursos em estudo, 2008-2009	52

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	01
2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO.....	07
3 OBJETIVOS.....	13
3.1 Objetivo Geral.....	14
3.2 Objetivo Especifico	14
4 REVISÃO DA LITERATURA	15
4.1 O Ensino de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental: panorama dos últimos anos	16
4.2 Construção do currículo, projeto pedagógico, tendências pedagógicas, avaliação do processo ensino-aprendizagem e formação de professores	28
5 METODOLOGIA	39
6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	44
6.1 Contexto Institucional de Ensino	45
6.2 Professores Sujeitos deste Estudo.....	50
6.3 As Disciplinas da área de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental: a partir de seus programas.....	51
6.4 As Entrevistas.....	67
6.4.1 O Professor como sujeito inserido em um curso de graduação em enfermagem	67
6.4.2 A atuação do professor no ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.....	86
6.4.3 Construindo-se como docente.....	127
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	136
REFERÊNCIAS.....	144
APÊNDICES	162
ANEXO.....	167

1 INTRODUÇÃO

O estudo sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental tem ocorrido desde há algumas décadas, com trabalhos realizados por FERNANDES (1959), MINZONI (1966), ARANTES (1973), FERNANDES (1982), BARROS (1996), BRAGA (1993); BRAGA (1998), KANTORSKI (1998), ALENCASTRE et al. (2000), MAFTUM (2004), MUNARI; GODOY e ESPERIDIÃO (2006), VILLELA (2009a), entre outros. A maior parte dos estudos procurou retratar o cotidiano do ensino de enfermagem psiquiátrica na busca por melhorar a prática profissional. No entanto, as novas propostas de mudanças curriculares - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional, e as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem-Resolução nº 3, de 07 de novembro de 2001, do Conselho Nacional de Educação e Câmara de Educação Superior (CNE/CES) 2001, que institui diretrizes curriculares nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem, têm exigido outros olhares para o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental (BRASIL, 1996; BRASIL, 2001a).

O presente estudo justifica-se por sua proposta de investigar o ensino de enfermagem psiquiátrica a partir da legislação e diretrizes anteriormente citadas e de ampliar o olhar de forma que, nesse contexto de mudanças, o professor esteja inserido no processo de ensino-aprendizagem.

A motivação para sua realização relaciona-se à minha trajetória profissional e acadêmica. Após a conclusão do curso de bacharelado em enfermagem, em 1984, trabalhei como enfermeira em hospitais psiquiátricos; posteriormente, como professora na área de enfermagem psiquiátrica e, mais recentemente, inserida na área de educação profissional em enfermagem. Esta aproximação entre a assistência psiquiátrica e o ensino/ formação de profissionais de saúde sempre me inquietou.

No hospital psiquiátrico em que atuava no início da carreira profissional, na década de 80, era membro de uma comissão interna que preparava cursos para capacitação de atendentes e auxiliares de enfermagem, no próprio ambiente de trabalho, com a finalidade de melhorar o atendimento aos doentes internados. Neste mesmo local, participei do Projeto Larga Escala, o qual nasceu de um acordo entre Ministério da Saúde e de Educação, cujo intuito era qualificar pessoas de nível médio e elementar, atuantes em serviços públicos de saúde, e que, até então, não haviam tido oportunidades de escolarização.

Nessa mesma época, colaborava na supervisão de alunos do Curso de Especialização em Enfermagem Psiquiátrica e também de estudantes do 3º ano de graduação, que vivenciavam a disciplina Enfermagem Psiquiátrica, nas atividades práticas desenvolvidas nas dependências do hospital. Ambos os cursos eram

oferecidos pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), pela qual fui contratada na condição de docente, em 1989.

Na universidade, meu envolvimento com a área de ensino de graduação e, nos últimos anos, com as discussões relacionadas às mudanças curriculares, foi sempre crescente.

A estrutura curricular do curso de bacharelado em enfermagem da EERP/USP, em 1989, passava por transformações decorrentes, principalmente, da implantação de um novo currículo que privilegiava a formação de enfermeiros generalistas, retirando-se as Habilitações em Enfermagem de Saúde Pública e Médico-Cirúrgica, as quais eram oferecidas no último ano do curso. Assim, as propostas de modificações tinham por objetivo incluir novas disciplinas, com enfoque mais humanístico, de forma a enriquecer a formação do estudante, alterar a carga horária, rever as nomenclaturas de disciplinas já existentes, entre outras.

Em 1998, as propostas do currículo mínimo, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB/96) e as questões colocadas pela Universidade de São Paulo, entre outras, novamente levaram a mudanças na estrutura curricular.

No ano de 1995, em meu mestrado, realizei um estudo sobre a evolução da enfermagem psiquiátrica no Brasil, no período de 1932 a 1993, o qual possibilitou a compreensão das origens da enfermagem psiquiátrica e as diretrizes que sinalizavam para o contexto da área (SOUZA, 1995). Durante o doutorado, concluído em 1999, ainda preocupada com a formação de profissionais enfermeiros, busquei caracterizar aqueles que atuavam em instituições psiquiátricas na cidade de Ribeirão Preto, focalizando sua formação e quais ações de enfermagem realizavam em seu local de trabalho, relacionando-as à formação, à prática e ao conhecimento considerado específico pelos mesmos (SOUZA, 1999).

Nos últimos dez anos tive uma participação significativa na Comissão de Graduação da EERP/USP, onde atuei como membro efetivo da Comissão; Vice-Presidente; Coordenador de Curso do Bacharelado e Presidente, atuações que muito colaboraram em meu processo de formação, durante minha carreira docente.

Em 2005, a Escola passou por uma reestruturação curricular, com mudança no Projeto Pedagógico do Curso de Bacharelado e a implantação do Curso de Licenciatura em Enfermagem. Em ambos os cursos, o projeto político pedagógico procurava responder às mudanças exigidas pela demanda interna da instituição, assim como às externas que, articuladas, fomentaram a sua implementação, desde 2002 (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2004 a).

Quanto às demandas internas, cabe destacar as avaliações do ensino de graduação, realizadas pela Comissão de Graduação da EERP/USP, as quais sinalizavam para insatisfações de docentes e estudantes quanto ao ensino predominantemente tradicional e para a necessidade de formar sujeitos críticos, com condições de responder às demandas do complexo cotidiano em saúde. Em relação às demandas externas, um novo olhar para a formação dos graduandos de enfermagem era necessário face à recente aprovação, em 2001, das Diretrizes Curriculares para as áreas da saúde. É ultrapassada a lógica de currículo mínimo, abrindo espaço para a construção de projetos inovadores que considerem as especificidades regionais, tendo, como ponto fundamental, que “a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais de saúde, com ênfase no SUS, e assegurar a integralidade da atenção e a humanização do atendimento” (BRASIL, 2001a).

Em 2002, mantendo o foco no ensino de graduação e diante da possibilidade de refletir sobre o papel do professor como formador de futuros profissionais da área da saúde, ingressei, como membro efetivo, no Grupo de Apoio Pedagógico do Campus de Ribeirão Preto (GAP-RP). Esse grupo foi idealizado pelos presidentes das Comissões de Graduação das unidades de ensino do campus da USP de Ribeirão Preto e contou com a participação de professores de todos cursos oferecidos. Inicialmente sua constituição foi motivada pela preocupação e envolvimento de alguns docentes com a melhoria do ensino de graduação, compreendendo que a formação dos profissionais deve não apenas desenvolver competência científica e técnica para atuação em área específica, mas, também, reconhecendo a necessidade de competências nas esferas pedagógica, política, ética e humana que favoreçam a inserção crítica no contexto de trabalho e o exercício da cidadania na sociedade. Este espaço tem propiciado a reflexão, entre outras questões, sobre a formação do professor universitário.

Em abril de 2004, foi instituída a Portaria Interna Pró-G, número 04/2004, que dispõe sobre as principais ações de apoio pedagógico aos docentes da Universidade de São Paulo, a qual veio consolidar a existência do grupo de apoio pedagógico, considerando a necessidade de valorização das atividades de graduação; construção de espaços permanentes de aperfeiçoamento do docente e apoio ao docente no cumprimento dos objetivos e diretrizes nacionais da graduação (UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO, 2004 b).

Ainda com relação ao meu envolvimento no ensino tanto de graduação como de pós-graduação, desde 1991 participo como componente do Grupo de Estudos em

Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, o qual tem, como um de seus objetivos, investigar o ensino na área de Saúde Mental.

O Grupo de Estudos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental está vinculado ao Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP/USP. Em meados da década de 90, definiu-se que os eixos norteadores de estudos seriam Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Formação de Profissionais na Área de Saúde Mental e Políticas e Práticas em Saúde Mental, como possibilidades para o desenvolvimento de futuras pesquisas.

Assim, o investimento do grupo nas discussões sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica resultou em um estudo publicado sob forma de livro: “Estudos sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil”, consistindo de um levantamento da situação do ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no país, com a intenção de caracterizar os diferentes cursos de graduação em enfermagem e compreender como ocorria o ensino nessa área, além de buscar formas de operar em conjunto para fortalecer e ampliar o campo de atuação (ALENCASTRE et al.,2000).

Hoje, dez anos após a coleta dos dados, é notório que propostas significativas de mudanças vêm ocorrendo nos currículos dos cursos de bacharelado em enfermagem, de forma a responder às demandas da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB- (Brasil, 1996), e das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem – DCNENF - (Brasil, 2001a), além da implantação de novos cursos em várias regiões do país.

Além disso, há mudanças nas políticas de saúde mental que favorecem a transição de um modelo assistencial hospitalocêntrico, que retira o sujeito de seu convívio familiar e social, para outro, de inclusão cidadã, que visa a participação do usuário dos serviços de saúde mental em programas de convivência e integração comunitária (JORGE; ALENCAR; BELMONTE; REIS,2005).

Frente a essas questões, o grupo tem, atualmente, a intenção de realizar um novo estudo, com o objetivo de investigar e caracterizar o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental nas diferentes regiões do país, identificando quais cenários de práticas são utilizados para o ensino de graduação e a relação com os conteúdos oferecidos nas disciplinas, considerando as atuais propostas de mudanças no ensino de graduação e nas políticas públicas de saúde mental.

Como membro integrante do grupo, sendo, inclusive, uma de suas coordenadoras, optei, para o desenvolvimento desta tese, por realizar um recorte nos cursos que serão estudados pelo grupo, direcionando o olhar para as Escolas Públicas do Estado de São Paulo que oferecem o Curso de Bacharelado em Enfermagem.

Deste modo, no decorrer dos capítulos, passo a apresentar como se encontra estruturada a presente investigação. No capítulo I, realizo a construção do objeto de estudo e os objetivos do estudo; no capítulo II, apresento o referencial teórico que subsidiará a análise e a discussão dos dados; no capítulo III, discorro sobre o caminho metodológico percorrido durante a pesquisa; no capítulo IV, apresento e analiso os dados (contexto institucional, caracterização dos sujeitos, análise documental das disciplinas e análise das entrevistas) e, no capítulo V, traço algumas considerações sobre os avanços, limites e desafios referentes ao ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental em cursos de graduação de instituições públicas do estado de São Paulo, apontados por este estudo.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O presente estudo tem, como temática, o ensino de enfermagem psiquiátrica e/ ou saúde mental nas universidades públicas do Estado de São Paulo no contexto atual, quando propostas significativas de mudanças vêm ocorrendo nos currículos dos cursos de bacharelado em enfermagem. Com as indicativas de mudanças nos currículos de graduação para formação de profissionais da área de saúde e, especificamente, da enfermagem, orientados pela LDB/96 e pelas DCNENF/2001, juntamente com as demandas advindas de cada curso, muito tem sido dito sobre a necessidade de mudar o ensino para transformar a assistência.

Atualmente, vários cursos de formação de profissionais de saúde vêm discutindo e refletindo sobre mudanças curriculares. Vivemos um processo de esgotamento do modelo tradicional de formação e observamos que nos vários espaços onde se discute a formação dos profissionais de saúde são apontadas necessidades de mudanças. Neste momento, parece ser fundamental que os atores sociais que poderão cumprir o papel positivo nesse processo sejam acionados. Para Lampert (2002), o modelo tradicional de ensinar nas escolas médicas é caracterizado pelo predomínio das aulas teóricas, com enfoque na doença, segundo conhecimento fragmentado em disciplinas, tendo o professor como centro do processo ensino aprendizagem; há predominância da prática em hospitais e a capacitação docente centra-se unicamente na competência técnico científica. Esse modelo enfatiza as especializações precocemente, ainda na graduação, dificultando a formação de profissionais com perfil generalista. Creio que, de modo geral, ocorre o mesmo em outros cursos da área de enfermagem. No entanto, compreendo que não se trata de mudanças simples, mas amplas e complexas, envolvendo os modos de pensar o ensino que tangenciam discussões de paradigmas como modelos teóricos que fundamentam a formação.

Entendo serem necessárias diferentes estratégias para sensibilizar e mobilizar todos os que precisam estar envolvidos na construção da mudança, pois são muitos os caminhos e as portas que podem levar à reflexão crítica. Neste sentido, Chaves (2000:11) refere que a transição paradigmática não é uma tarefa fácil, pois trata-se de uma “desconstrução e reconstrução a serem feitas sincronicamente; é como reformar uma casa que continua sendo habitada”.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem, de maneira geral, sugerem a formação de um enfermeiro generalista, humanista, crítico e reflexivo, capacitado para atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor de saúde integral do ser humano.

Hoje, em qualquer área, formar profissionais com perfil adequado às necessidades sociais implica propiciar a capacidade de trabalhar em equipe, comunicar-se e ter agilidade diante das situações vivenciadas (FEURWERKER, 2000).

Estas características tornam-se necessárias à formação de profissionais do futuro e não se coadunam com o modelo de ensino segundo a concepção pedagógica tradicional, na qual o ensino se fundamenta em um tipo de currículo marcado pela passividade, submissão à dominação, falta de participação e de atitude crítica do aprendiz (PEREIRA, 2003).

Nesta lógica, as universidades são convidadas a rever seus métodos de ensino, desafios inspirados na adoção de metodologias que favoreçam o desenvolvimento do espírito crítico, da capacidade de reflexão que estimule a participação ativa dos estudantes na construção do conhecimento.

Nas várias áreas profissionais há movimentos mais ou menos organizados de mudança da formação de graduação. Na enfermagem, desde a década de 90, tem-se investido nas propostas de inovação de conteúdos e metodologias que são implementadas em todo país (ALENCASTRE et al. 2000).

Conforme Feuerwerker; Costa; Rangel, (2000: 19),

(...) contra a concepção hegemônica tradicional, busca-se construir o conhecimento a partir da problematização da realidade, da articulação teoria-prática, da interdisciplinaridade e da participação ativa do estudante no processo de ensino-aprendizagem, além de reconhecer o processo de construção social da saúde, apoiada no fortalecimento do cuidado, na ação intersetorial e na crescente autonomia das populações em relação à sua própria saúde.

No Brasil, vêm ocorrendo iniciativas de mudanças curriculares nos cursos da área da saúde, aprovadas por projetos maiores, ou de iniciativas próprias, como por exemplo, Universidade Federal de Londrina, Faculdade de Medicina de Marília, Universidade Federal de Minas Gerais, entre outros.

O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, além de seguir as leis que regem a educação no país, segue também os princípios da reforma psiquiátrica brasileira, qual seja, o de sair do espaço ocupado rotineiramente nos asilos e hospitais psiquiátricos tradicionais para serviços de base comunitária.

A Reforma Psiquiátrica brasileira preconiza a proibição da criação de novos hospitais psiquiátricos, da autorização para credenciamentos de novos leitos; estabelece ainda diminuição de números de leitos nos hospitais psiquiátricos,

substituindo-os pela rede extra-hospitalar e assistência multiprofissional, incluindo leitos psiquiátricos em hospital geral e resgate da cidadania do doente mental, enfocando a promoção de saúde mental, integrando-a a outros programas e serviços de saúde (BRASIL,1987).

Assim, as escolas de enfermagem procuram incluir nos cenários de prática*, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), os Hospitais-Dia, as Unidades de Psiquiatria em Hospitais Geral. Neste sentido, torna-se um desafio para o docente da área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental a formação de profissionais para atuar nestes espaços comunitários, de modo diferente ao que ocorria anteriormente nos hospitais psiquiátricos.

Atualmente, a perspectiva é que a assistência à pessoa portadora de transtorno mental apresente caráter mais humanístico e social, com vistas à construção da cidadania. Isso implica que o doente mental torne-se sujeito no processo saúde/doença, sendo visto como pessoa em sofrimento, o que requer que a doença seja colocada entre parênteses para que se possa ver, ouvir e perceber a pessoa.

As mudanças apontadas refletem-se no ensino e faz-se necessário repensar a formação do profissional de saúde e sua prática nos espaços abertos de atenção à pessoa com transtorno mental e não exclusivamente no âmbito hospitalar. Deslocar o olhar da doença para o sujeito é uma das questões que vem sendo pontuada pelos estudiosos da área de saúde mental (Barros e Rolim, 1996; Braga e Silva, 2000; Kantorski e Silva, 2000; Villa e Cadete, 2000; Guimarães e Medeiros, 2001; Maftum, 2004; Munari; Godoy e Esperidião, 2006; Silva; Fernandes; Teixeira; Silva, 2010, entre outros).

Segundo Amarante (1995), a psiquiatria clássica passa por uma crise tanto teórica quanto prática, detonada, principalmente, pelo fato de ocorrer mudança em seu objeto, que deixa de ser o tratamento da doença mental para ser a promoção da saúde mental. É neste contexto de crise que surgem novas experiências. Para o autor, existem dois grandes períodos nos quais são redimensionados os campos teórico-assistenciais da psiquiatria: um marcado pelo processo de crítica à estrutura asilar, período permeado pela crença de que o manicômio é uma instituição de cura e que necessita, urgentemente, resgatar o caráter positivo da instituição por meio da reforma interna. Inicia-se este período com os movimentos das Comunidades Terapêuticas

* O conceito de cenários de aprendizagem (cenários de prática) utilizado neste estudo, refere-se não somente ao local onde se realizam as práticas, mas também aos sujeitos nelas envolvidos, à natureza e o conteúdo do que se faz, etc., diz respeito à incorporação e à interrelação entre métodos didáticos pedagógicos, áreas de práticas e vivências, utilização de tecnologias e habilidades cognitivas e psicomotoras, além de valorizar os preceitos morais e éticos, orientadores das condutas individuais e coletivas (FEURWERKER; COSTA; RANGEL, 2000).

(Inglaterra; EUA) e da Psicoterapia Institucional (França) e, outro período, marcado pela extensão da psiquiatria para o espaço público, com a intenção de prevenir e promover saúde mental, psiquiatria de setor (França) e psiquiatria comunitária ou preventiva (EUA). Tanto em um período como no outro, a importância atribuída pela psiquiatria tradicional à terapêutica das enfermidades dá lugar ao projeto de promoção de saúde mental, deixando a terapêutica de ser individual para ser coletiva, e de assistencial, para preventiva.

Os serviços abertos são alternativas comunitárias que visam a inclusão e desinstitucionalização do sujeito em sofrimento psíquico. Estes serviços foram instituídos pela Reforma Psiquiátrica brasileira, iniciada no final da década de 70, movimento pelo qual foram buscadas novas formas de assistência a essa clientela (DUARTE,2005).

Importante se faz saber de que forma o ensino das disciplinas de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental vem lidando com essas mudanças em sua prática educacional, pois não basta adicionar novos campos de estágio. Há necessidade de reestruturação dos conteúdos ministrados, dos métodos e processos avaliativos utilizados e do modo como os estudantes são inseridos no mundo do trabalho e instigados a perceber e a contribuir com as transformações ocorridas na área.

Neste sentido, o que tem sido feito? Como a construção dos currículos tem contribuído para atender às políticas de saúde mental? Após a LDB/96 e as DCNENF/2001, além da Reforma Psiquiátrica, o que mudou no ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental? Como os professores vêm trabalhando o tema? Como e em quais cenários estão realizando a prática? Qual tendência pedagógica prevalece no ensino? Quais os conteúdos abordados? Como tem ocorrido a formação pedagógica dos professores?

Todas estas questões sobre formação do profissional e os desdobramentos da LDB/ DCNENF e Reforma Psiquiátrica nos levam a buscar compreender como vem ocorrendo o ensino na área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental no momento atual, compreensão essa fundamental para delinear um panorama estrutural do processo estratégico de mudanças.

Na condição de docente, inserida no contexto da saúde mental, tenho observado um descompasso entre o que é proposto pela Reforma Psiquiátrica e pelas Diretrizes Educacionais para o ensino superior (LDB/DCNENF) e o que, efetivamente, tem sido realizado na prática junto aos estudantes de graduação, tanto nos cenários de prática, quanto nas salas de aula. Nos últimos anos, o ensino de graduação tem focalizado a formação generalista do enfermeiro e, nesse sentido, penso que para

formar um enfermeiro com perfil generalista, crítico-reflexivo, que seja capaz de articular habilidades, conhecimentos e atitudes com a intenção de modificar o mundo do trabalho, há de se repensar o ensino em qualquer área do saber e, para tal, os professores deverão buscar subsídios na área da educação. No entanto, percebo que os professores, de uma maneira geral, não possuem formação pedagógica, desconhecem o Projeto Pedagógico do Curso em que estão inseridos e não têm modificado sua prática pedagógica no sentido de formar um estudante ativo, crítico-reflexivo. Apesar de utilizarem algumas estratégias de ensino, não restritas às aulas expositivas, não articulam áreas de saber e permanecem operando de forma fragmentada e desarticulada do contexto de ensino-aprendizagem.

Assim, delineados os pontos fundamentais necessários à construção do objeto de estudo, explicito-o, como também os objetivos desta pesquisa.

Meu **objeto de estudo** são os avanços, limites e desafios do ensino enfermagem psiquiátrica e saúde mental nas universidades públicas do estado de São Paulo, durante e após a LDB/96 e DCNENF/2001, no contexto dos movimentos de mudanças da formação.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

► Analisar como ocorre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental nos cursos públicos de graduação em enfermagem do estado de São Paulo

3.2 Específicos

► Investigar e analisar a prática pedagógica de professores de disciplinas de enfermagem psiquiátrica e/ ou saúde mental, envolvendo os conteúdos abordados; os métodos de ensino utilizados; os processos de avaliação; os cenários de aprendizagem nos serviços de saúde e as práticas formativas dos professores envolvidos.

A seguir, empreendo uma revisão da literatura, compondo alguns elementos do quadro teórico, com a intenção de visualizar o que tem sido pesquisado sobre a temática ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e alguns apontamentos sobre a construção do currículo, projeto pedagógico, tendências pedagógicas, avaliação e formação de professores, os quais irão subsidiar, posteriormente, a análise dos resultados emergentes desta pesquisa.

4 REVISÃO DA LITERATURA

4.1 O Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental: panorama dos últimos anos

A revisão da literatura sobre o ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil nos remete ao que vem sendo pesquisado e publicado, nos últimos anos, em periódicos nacionais, possibilitando apreender uma visão geral de como a área tem acompanhado as mudanças ocorridas no ensino e na formação de profissionais de saúde e as novas perspectivas.

Maftum e Alencastre (2002), a partir de um estudo reflexivo, resgatam que a profissão de enfermagem teve seu início marcado pela organização da prática e do ensino, no final do século XIX, por Florence Nightingale, na Inglaterra. Em 1890, foi criada a primeira Escola para Enfermeiros, anexa ao Hospício Dom Pedro II, no Rio de Janeiro, fato considerado como a primeira tentativa de sistematização do ensino de enfermagem; no entanto, no curso, não havia uma disciplina denominada enfermagem psiquiátrica. A partir de 1940, esta disciplina passou a ser ministrada por um psiquiatra, responsável pelo conteúdo teórico, enquanto uma enfermeira encarregava-se da parte prática, centrada na administração de medicamentos e no ensino de higiene. Ainda segundo as autoras, foi em 1962 que o ensino de enfermagem configurou-se em um curso de educação superior, com oito disciplinas obrigatórias, dentre elas a Enfermagem Psiquiátrica, com um currículo que privilegiava o modelo biomédico centrado na doença.

Até a década de 40, o ensino de enfermagem psiquiátrica era ministrado por médicos e enfocava a higiene mental, ressaltando as atividades do enfermeiro voltadas para ações sobre como administrar medicamentos, dar banhos, fazer o doente dormir e, ainda, sobre a necessidade do profissional ser compreensivo, ter boa aparência e gestos e maneiras delicadas, como condições fundamentais para despertar a simpatia do doente. Os cuidados ministrados eram a contenção do doente e a praxiterapia, ou seja, o tratamento por meio do trabalho. O enfermeiro era, na época, considerado “auxiliar do médico”. O médico era, portanto, a autoridade máxima e coordenava o “treinamento do enfermeiro”, orientando-o sobre como deveria agir (SOUZA, 1995).

Na década de 60, o modelo curricular estava centrado no paradigma tecnicista e procurava desenhar um modelo padrão de profissional sendo que, até meados de 70, enfatizavam-se as clínicas especializadas, de caráter curativo. Na década de 80, intensificam-se as discussões sobre o processo de formação do profissional enfermeiro, preocupando-se com as necessidades do mercado de trabalho, isto é, com ênfase na técnica, na eficiência e na eficácia de procedimentos.

No final do último século, iniciou-se uma nova discussão, priorizando a formação do enfermeiro generalista, com uma visão holística, para atuar nas áreas de assistência, gerência, ensino e pesquisa (SOUZA, 1995; SCHERER; SCHERER; CARVALHO, 2006).

Kantorski, Silva e Silva (2001), em um resgate sobre os estudos relacionados à evolução do ensino de enfermagem psiquiátrica no Brasil, apontam que, entre 1930 e 1964, a ênfase residia nos aspectos clínicos da doença mental, com terapêuticas biológicas e assistência centrada no hospital. Na segunda metade dos anos 50, os conteúdos teóricos expressavam influência da psicanálise e outras correntes psicológicas. No entanto, os campos de estágios continuavam voltados para os cuidados biológicos. Alguns princípios da psiquiatria preventiva, da assistência de enfermagem e da psicofarmacologia foram inseridos entre 1964 e 1980, porém os estágios ainda concentravam-se nos hospitais.

Assim, o ensino de enfermagem psiquiátrica, no Brasil, nasceu sob a orientação médica, com enfoque na vigilância e punição, deslocando-se para o modelo biomédico, centrado na doença e nos tratamentos hospitalocêntricos. Nos últimos anos, o advento da Reforma Psiquiátrica no país, que privilegia a lógica humanística e social, tem assumido caráter de ruptura de paradigmas, culminando em mudanças político-sociais, com reflexos nos saberes e práticas, exigindo alterações na assistência e, conseqüentemente, no ensino. O que é possível apreender é que o modelo de ensino e as metodologias assumidas nas diferentes épocas se refletem nos movimentos da disciplina enfermagem psiquiátrica, nos diversos contextos e cenários.

Atualmente, a Política de Saúde Mental tem requerido novas posturas frente ao processo saúde-doença, as quais devem contar com atores da transformação da prática e do ensino. O foco da assistência passa a ser o sujeito, considerado capaz de tomar decisões e exercer a cidadania; consideram-se as dimensões interpessoais, subjetivas e sociais.

Retomando os investimentos mais recentes da Política de Saúde Mental, destaca-se que o ano de 2001 foi marcado por dois eventos relevantes para área: Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001b), que dispõe sobre a proteção e direito de pessoas portadoras de transtornos mentais por parte do Estado, redireciona o modelo de assistência, privilegiando os serviços de base comunitária e a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental, com propostas para inovação do modelo assistencial e expansão da rede de serviços alternativos. Com a aprovação da Lei e a realização da conferência, instaura-se uma nova linha de atuação: as Residências Terapêuticas (BORGES; BAPTISTA, 2008).

No período de 2002 a 2004, normatiza-se o Auxílio Reabilitação Psicossocial, destinado a pessoas que passaram por longas internações em hospitais psiquiátricos e não dispõem de trabalho ou outra fonte de renda, o que vem como proposta para facilitar o processo de inserção social. No mesmo período, foram organizados os Centros de Atenção Psicossocial Infantil (CAPSi), voltados para crianças e adolescentes, e outros, para Álcool e Outras Drogas (CAPSad), direcionados a pessoas com transtornos decorrentes de substâncias psicoativas. Os CAPS (I, II, III) seguem essa classificação de acordo com a área de abrangência populacional e atendem pessoas com transtornos mentais. Todos os tipos de CAPS encontram-se normatizados pela portaria GM nº 336 e, com essas propostas, abre-se espaço para olhar o doente como cidadão, portador de história, e para buscar o cuidado, ao invés da cura (BORGES; BAPTISTA, 2008).

Em julho de 2010, ocorreu a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, tendo, com tema central, “Saúde Mental: direito e compromisso de todos - consolidar avanços e enfrentar desafios”. O próprio tema já sinaliza a necessidade de ampliação do debate entre os diferentes segmentos da sociedade, não só dos setores envolvidos diretamente, como das políticas públicas. A Conferência propõe investir na promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, inclusão social, educação permanente, produção de conhecimento e intervenção nos determinantes sociais do bem estar e do sofrimento.

A trajetória de mudanças ocorridas no ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil e a produção científica da área, desenvolvida no período de 1996 a 2010, têm mostrado diferentes realidades quanto às estratégias de adequação do processo ensino-aprendizagem à realidade prática, marcada por constantes modificações e contradições pragmáticas nas diversas regiões do país.

Em estudo realizado por Barros e Rolim (1996), as autoras discorrem sobre fóruns de estudos realizados para discussão sobre o ensino da disciplina Enfermagem Psiquiátrica, envolvendo docentes da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, cuja preocupação central era o processo de reorientação curricular da unidade. Nos fóruns, pontos importantes foram levantados, como, por exemplo, a discussão referente aos conteúdos sobre cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, os quais deveriam ser desenvolvidos somente em cursos de especialização; na graduação, o aluno deveria aproximar-se de conteúdos que o habilitassem a manter o relacionamento profissional interpessoal com finalidade terapêutica.

Esses fóruns recomendaram ainda que se ampliassem as discussões em sala de aula em torno das questões sobre as políticas de saúde mental e programas de saúde mental em unidades básicas de saúde; ressaltaram a ausência de

articulação dos temas com as práticas de campo dos alunos e o fato de não ser abordado, na teoria, o trabalho em equipe e que, na prática, os alunos desenvolviam práticas isoladas. Além disso, alertaram sobre o pequeno conteúdo sobre saúde mental, também não desenvolvido na prática. Após o levantamento dos pontos críticos, algumas sugestões emergiram como, por exemplo, integração com outras disciplinas para que, ao longo do curso de graduação, o aluno já pudesse identificar situações de crise ou mesmo de transtorno psiquiátrico; inserir alunos em campos para discussão das políticas de saúde mental, entre outras.

Percebo que já havia, naquele momento, uma preocupação com os conteúdos mais pertinentes, a serem ministrados de forma a preparar enfermeiros segundo uma lógica generalista e não especialista na área de saúde mental. Além disso, foi destacada a necessidade de discutir as políticas de saúde mental e, conseqüentemente, a inserção dos alunos em cenários de prática que possibilitem essa discussão, articulando teoria à prática, e abordando temas sobre trabalho em equipe e integrar-se com outras disciplinas.

Silva (1998), em um relato de experiência sobre as modificações no ensino da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Pará, apresenta, enquanto docente, a preocupação em transmitir aos alunos a possibilidade de um novo paradigma na saúde mental, apesar dos entraves políticos e socioeconômicos. Considerando o processo de mudança referente às atividades interdisciplinares e à implantação de recursos alternativos em saúde mental, iniciou, em 1987, um trabalho com alunos do 8º semestre de enfermagem na referida disciplina. Foram introduzidos conteúdos referentes à saúde mental na prevenção primária por meio de seminários e dramatizações. A Unidade Básica de Saúde passou a ser campo para a prática da disciplina. A sistematização do estágio consistia em um rodízio entre a área hospitalar e comunitária, de 12 em 12 dias, durante três meses, em grupos de seis alunos, totalizando 60 horas de estágio. Além disso, os alunos desenvolviam atividades em uma escola de 1º grau da comunidade. As atividades de estágio contemplavam as áreas de ginecologia, obstetrícia, pediatria, controle de doenças transmissíveis. Segundo a autora, o estágio foi realizado nestes moldes até 1992, quando foi transferido para o ambulatório do Hospital Universitário, mantendo, no entanto, o foco na prevenção primária em saúde mental.

No texto anteriormente descrito, podemos destacar a preocupação e iniciativa em inovar o ensino, enfocando a atenção primária à saúde e o deslocamento do cenário de prática para comunidade, o que vem ao encontro das diretrizes da Reforma Psiquiátrica e às legislações referentes às políticas de saúde mental no Brasil, na tentativa de rever a formação de profissionais de saúde.

Waidman, Stefanelli e Jouclas (1998) realizaram uma investigação na Universidade Estadual de Maringá (PR), objetivando conhecer como ocorria a operacionalização prática do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, desenvolvida em sala de aula, baseada na Teoria de Joyce Travelbee. O estudo, realizado em novembro de 1996, envolvendo alunos e professores da disciplina Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, apontou a dificuldade dos entrevistados em iniciar o relacionamento terapêutico dado o impacto do primeiro contato com a doença, com o doente e com o hospital psiquiátrico; o término deste relacionamento também foi descrito como algo difícil, porém, sem prejuízos aos envolvidos. Os entrevistados referiram-se ao relacionamento terapêutico como uma experiência de aprendizado e possibilidade de mudança. Segundo os docentes, essa abordagem era baseada na associação de várias teorias e autores que trabalham com a temática.

Apesar das autoras do estudo referenciado anteriormente sinalizarem a importância do ensino do relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, embasado em teorias de enfermagem, para que os estudantes possam melhorar suas relações com as pessoas em sofrimento psíquico, não esclarecem quais os cenários de prática em que aqueles desenvolvem suas atividades e nem as dificuldades e limitações teórico-práticas relacionadas à temática.

Saeki; Munari; Alencastre e Souza (1999) descreveram uma experiência de ensino de dinâmica de grupos com graduandos de enfermagem, em uma disciplina específica denominada “Dinâmica das Relações em Grupo na Enfermagem”. A disciplina foi introduzida no currículo do curso com o objetivo de propiciar aos alunos a compreensão de aspectos da dinâmica das relações interpessoais em grupo no desempenho de suas atividades como profissional de enfermagem. As autoras referem que a disciplina era teórico-vivencial e subsidiada por referencial teórico de processos grupais.

Entendo que a temática grupo é relevante para a formação de enfermeiros, possibilitando refletir sobre a relação com o outro, o olhar para si, a capacidade de escuta, além de contribuir para a compreensão e a dinâmica dos trabalhos em equipe nos serviços de saúde.

Barros, Silva, Lopérgolo e Pitta (1999) apresentam a experiência do Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA) em Saúde Mental, na Escola de Enfermagem da USP, como uma estratégia para melhoria do processo de ensino-aprendizagem da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica na Saúde do Adulto II, ministrada no 3º semestre do curso de graduação, tendo, até 1993, como campos de estágio, apenas os hospitais psiquiátricos. Dessa forma, o PIDA foi considerado essencial na busca por convergência entre a instituição formadora e a prestadora de

assistência à saúde mental. Segundo a avaliação dos alunos, tal estratégia, efetivamente, constituiu-se em um facilitador do processo de ensino-aprendizagem e possibilitou a assimilação dos conceitos norteadores do paradigma psicossocial em decorrência do modelo assistencial do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), campo no qual realizavam a prática.

Villa (2000) menciona, em seu estudo, o distanciamento entre o discurso teórico, apresentado no ensino de enfermagem psiquiátrica, e a prática profissional, questionando o que se pretende ensinar e como construir situações de enfermagem frente à Reforma Psiquiátrica de modo a não manter o distanciamento entre teoria e prática. Cita alguns exemplos de mudanças no ensino de enfermagem, como na Universidade Federal de Minas Gerais, onde havia um programa docente-assistencial no qual o docente desenvolvia assistência direta aos usuários e familiares de um serviço de saúde mental, participava das atividades diárias do serviço e mantinha campo de estágio com propostas de atendimento coerentes com as discutidas em sala de aula.

A articulação entre ensino e serviço é de fundamental importância no processo ensino-aprendizagem, pois possibilita um maior período de permanência dos estudantes e professores nos campos de prática, como fator salutar para o ensino e para a educação permanente dos profissionais de saúde, gerando reflexões sobre a prática e possíveis transformações no mundo do trabalho. Além disso, também pode propiciar articulação teoria e prática, desde que os estudantes inseridos no mundo real do trabalho possam ir problematizando as situações vivenciadas e buscando subsídios teóricos para solucionar os problemas levantados.

Villa e Cadete (2000) descrevem uma experiência com ensino de graduação em enfermagem, em cenário de prática aberto, na cidade de Belo Horizonte (MG), e referem-se à necessidade de mudança na formação, cujo predomínio ainda reside nas psicopatologias e sua assistência e de dicotomia teoria e prática. Os estudantes, sujeitos da pesquisa, relataram que puderam vivenciar, no cenário de prática aberto, um atendimento fundamentado em uma nova concepção da loucura, resgatando a cidadania; puderam ainda observar a participação do enfermeiro na assistência. O estudo mostra a possibilidade de um ensino mais próximo da prática, embasado em reflexão coletiva sobre esta.

A saída do campo hospitalar para serviços abertos parece sinalizar para uma possibilidade de articulação entre teoria e prática e para outra lógica de formação de profissionais para área da saúde, mais coerente com a proposta das atuais políticas de saúde mental.

Kantorski e Silva (2000) estudaram o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental a partir dos programas das disciplinas oferecidas em cinco das universidades públicas do Rio Grande do Sul; encontraram que, de uma maneira geral, havia semelhança entre os dados das disciplinas que englobam o normal e o patológico, tendo, como referência, o ciclo vital. Encontraram também que os estágios continuavam a ser realizados em hospitais psiquiátricos, com ênfase nas psicopatologias, acentuando o modelo manicomial.

Braga e Silva (2000) investigaram o ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará e constataram que o ensino ocorria predominantemente em ambiente hospitalar. Nos quatro cursos analisados, foi observada uma homogeneidade relativa ao semestre em que são oferecidas as disciplinas sobre enfermagem psiquiátrica (último, ou penúltimo), carga horária de 150 a 180 horas; conteúdo teórico estruturado por temas ou unidades temáticas, com utilização de aulas expositivas e uma preocupação em preparar os alunos tecnicamente com base nas psicopatologias e relacionamento terapêutico.

Com relação ao ensino de Enfermagem Psiquiátrica no Rio Grande do Norte, Guimarães e Medeiros (2001) desenvolveram um estudo relatando a experiência de reestruturação desta disciplina na Faculdade de Enfermagem da Universidade Regional do Rio Grande do Norte, cujo novo currículo foi efetivado em 1996, sob a ótica da desinstitucionalização, considerando a concepção de determinação social da doença e da enfermagem como prática social; concomitantemente, os campos de estágio também foram redirecionados para outros locais, privilegiando a assistência extra-muros. As autoras realizaram uma análise crítica do processo de ensino-aprendizagem da disciplina, envolvendo seus professores, alunos e profissionais dos serviços de saúde mental que constituíam os campos de estágio, a saber: uma unidade de saúde mental pública estadual e uma clínica psiquiátrica privada conveniada à rede pública. As atividades práticas focavam as consultas de enfermagem, acompanhamento médico, estudo de caso das patologias, envolvendo o contato com os demais profissionais e familiares. Nos resultados, encontraram que a prática dos enfermeiros dos serviços estava centrada na psicofarmacoterapia e na implementação simplificada e fragmentada dos programas de saúde advindos do nível central. Assim, os campos de estágio e as respectivas atividades práticas sistematizadas ao aluno refletiam um enfoque ainda biologicista, embora as docentes tivessem traçado uma abordagem teórica diferenciada.

Com os estudos realizados sobre disciplinas de enfermagem psiquiátrica, nas diferentes regiões do país, conforme descrito anteriormente, percebe-se que na década atual ainda há um hiato entre teoria e prática. Por um lado, o ensino ainda está

centrado nas psicopatologias e, predominantemente, em hospitais psiquiátricos, com ênfase no modelo manicomial. Os conteúdos são abordados em aulas teóricas expositivas, por temas, como por exemplo, transtornos de ansiedade, exame mental, transtornos de personalidade, entre outros. Por outro lado, já se percebe alguns cursos de graduação em enfermagem interessados em rever e ampliar conceitos, atendendo às atuais políticas de saúde mental, apesar de disponibilizarem cenários de prática que ainda operam sob a égide do modelo manicomial.

De acordo com Kantorski; Silva e Silva (2001), embora os saberes e práticas de exclusão da loucura tenham sido combatidos nos discursos sobre ensino, visualiza-se, ainda, uma reprodução fragmentada, dicotômica que, por estar o ensino centrado na instituição psiquiátrica, reforça as práticas excludentes. As características do ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, nas universidades públicas do Rio Grande do Sul, foram explicitadas criticamente por estas autoras em estudo desenvolvido entre 1995 e 1998. Apontaram, nos resultados, que, de modo geral, os conteúdos programáticos eram as psicopatologias, com enfoque centrado na doença, com suas determinações biopsicossociais. Embora o instrumento da intervenção utilizado fosse o relacionamento terapêutico e o discurso enfatizasse a promoção, prevenção, envolvimento da família e comunidade, a operacionalização do ensino mantinha-se voltada para os quadros psicopatológicos, conforme já apontado pelas autoras em trabalho publicado no ano anterior. No mesmo estudo, identificaram descompromisso da universidade para com os serviços que se constituem em espaços de formação, por meio da apropriação destes, geralmente apenas como campo de estágio durante o período letivo, sem a responsabilidade de continuidade das ações.

Cabe ressaltar que, nos últimos anos, tem se destacado um predomínio do enfoque biológico em detrimento do social nas disciplinas da área e os campos de estágio, majoritariamente, encontram-se centrados em hospitais psiquiátricos de grande porte, com ênfase no ensino das psicopatologias e suas determinações psicossociais, sustentando o modelo manicomial.

A identificação da dicotomia entre saberes e práticas tem suscitado discussões por causar repercussões negativas no âmbito assistencial das diversas áreas da enfermagem; portanto, tem sido alvo central nas reestruturações curriculares em prol da superação desta fragmentação.

Monteiro (2003), considerando as condições citadas anteriormente e tomando como base as atuais Diretrizes Curriculares Nacionais e o desenvolvimento de um Projeto Político Pedagógico pelas universidades, realizou, em 2000, estudo visando avaliar a possibilidade da transversalização dos conteúdos de saúde mental

nas disciplinas da graduação de enfermagem, em uma universidade pública do Ceará. Os sujeitos, alunos do 8º e do 9º semestre, responderam a um questionário, com perguntas abertas e fechadas, avaliando a importância da inserção do conteúdo de saúde mental nas disciplinas, a aplicabilidade do conteúdo na aula prática e a opinião dos mesmos quanto à continuidade desta estruturação da disciplina. O estudo apontou adesão, aceitação e envolvimento dos alunos com relação à proposta. Destaca-se que as Diretrizes Curriculares da Universidade objetivam a capacitação dos profissionais visando a integralidade do cuidado; no entanto, permanece a crítica em relação à estruturação curricular em disciplinas fragmentadas, com predomínio da área biomédica. Destarte, a transversalidade de conteúdos nos currículos é considerada primordial para a integralização do cuidado.

Nota-se que, em algumas instituições de ensino, estão presentes a necessidade, o desejo de integração e a articulação de saberes, mas o método tradicional disciplinar presente acaba sendo um obstáculo para possibilidades mais concretas de avanços.

Silva et al. (2004) sinalizam, em seu trabalho, para a necessidade das universidades reorientarem o seu ensino com vistas a formar profissionais capazes de responder às novas demandas de saúde, inclusive da reforma psiquiátrica. As autoras entrevistaram alunos, concluintes de um curso de enfermagem de uma universidade pública do nordeste, sobre as concepções saúde-doença mental. As idéias centrais dos discursos expressam a formação marcada pela reprodução do saber hegemônico da psiquiatria tradicional, impondo limites ao potencial transformador do trabalho nessa área. A concepção saúde-doença mental remete à noção de equilíbrio/desequilíbrio do corpo e mente (normal/patológico). Esta compreensão, segundo as autoras, é influência da disciplina enfermagem psiquiátrica, na qual não observaram mudanças significativas na prática educativa da disciplina que promovessem formação de sujeitos críticos e reflexivos, capazes de interferir na realidade dos serviços. Consideram que o enfoque da psiquiatria tradicional, sem crítica da realidade, permanece sendo eixo para formação dos profissionais.

A concepção do processo saúde/doença mental ainda traduz conceitos embasados no normal e patológico, o que, a nosso ver, é fator limitante para atender às demandas do Sistema Único de Saúde e aos princípios da Reforma Psiquiátrica.

Kantorski, Pinho, Saeki e Souza (2005) traçaram um panorama, em 2004, sobre a inserção da temática do relacionamento terapêutico e da comunicação terapêutica no ensino da disciplina de enfermagem psiquiátrica nas universidades públicas do Estado de São Paulo. O relacionamento terapêutico foi destacado como uma alternativa teórico-metodológica para a assistência de enfermagem humanizada e

centrada na pessoa em sofrimento psíquico, fato decorrente das modificações exigidas pelos moldes de atenção preconizados pela Reforma Psiquiátrica; além disso, é um instrumento que trabalha, potencialmente, com as necessidades do educando-cuidador, permitindo ao aluno conhecer e trabalhar primeiramente suas limitações e potencialidades. Das nove instituições, oito responderam ao questionário aplicado e, destas, uma não aborda a referida temática no conteúdo teórico, mas exerce sua prática de estágio com participação nas atividades da equipe multidisciplinar em serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico. Em contrapartida, outras duas universidades abordam o conteúdo, porém suas práticas se dão apenas em hospitais psiquiátricos. As outras cinco instituições de ensino também abordam a temática em questão, mas três delas ainda realizam a prática de estágio no hospital psiquiátrico, embora também atuem em outros campos como Unidades Básicas de Saúde, Hospitais Gerais e Centro de Atenção Psicossocial. Somente duas destas universidades têm, como campo de estágio, apenas serviços pertencentes ao modo asilar.

No estudo anterior, os autores destacam a importância da utilização do instrumento relacionamento terapêutico para assistência mais humanizada e centrada na pessoa e não na doença, mas apontam que, apesar disso, ainda há uma grande parte das escolas no estado de São Paulo que realiza sua prática em hospitais psiquiátricos.

Silva e Fonseca (2005), por meio de uma reflexão teórica, contribuíram sobremaneira trazendo apontamentos no sentido de preservar a memória da prática da enfermagem no campo psiquiátrico e promover superação, de forma a contribuir para construção do campo psicossocial e subsidiar o ensino nos diversos campos de saber em saúde. Em um resgate histórico, apontam que, até a década de 90, a ação de enfermagem psiquiátrica centrava-se no campo administrativo, no hospital psiquiátrico, de forma burocrática e baseada no modelo biomédico e que, no ensino da área, as referências teóricas privilegiavam autores que admitiam o modelo psiquiátrico tradicional (ação de enfermagem em hospitais psiquiátricos). Nos últimos dez anos, em função das políticas públicas de saúde mental, a ação de enfermagem tem se deslocado para o campo psicossocial. Nesse, a equipe de saúde deve desenvolver pelo menos duas habilidades: atender à população sustentando o vínculo do cuidado e sustentar o vínculo que a clientela estabelece com o serviço. Essa proposta difere daquela visão de mundo do campo médico-psiquiátrico, a qual busca regularidade das ações e dos processos de cuidar. No campo psicossocial, pressupõe ação integrada da equipe; o profissional com formação superior não compete com os demais, mas, ao contrário, é mais um componente da equipe. No ensino, trata-se de consolidar a

aquisição teórica já acumulada, fundamentada na perspectiva crítica da ciência enquanto contribuição dos conceitos da saúde coletiva.

Munari; Godoy e Esperidião (2006) realizaram uma pesquisa sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás e apontaram algumas dificuldades sobre a situação da saúde mental no estado, cujo foco ainda se encontrava voltado para internação integral, com pequenos avanços na implementação de CAPS, os quais ainda não recebiam alunos de graduação em enfermagem, pois não possuíam enfermeiros em suas equipes. Assim, o ensino prático da disciplina ocorria em serviços filantrópicos, com projetos voltados para assistência mais humanizada. Referem que o ensino, até 1996, estava focado na assistência clínica e, com a reforma curricular, ocorreu uma tentativa de parceria com outras disciplinas no sentido de inserir alunos em atividades que incorporem ações de saúde mental em qualquer serviço de saúde, com utilização de metodologias participativas e menos tradicionais.

Tavares (2006) propõe uma reflexão sobre o processo de integração do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental ao SUS, trazendo um relato de sua experiência vivida na Universidade Federal Fluminense, em Niterói (RJ). Aponta as dificuldades encontradas como, por exemplo, número elevado de alunos, poucos docentes, curto período de estágio, desestruturação da rede para receber estagiários, desconhecimento dos profissionais sobre o papel do SUS como ordenador da formação de profissionais da saúde, descrença na parceria serviço de saúde e universidade, indefinição em torno do papel do enfermeiro em saúde mental, demanda crescente das universidades para realizar estágios na rede, entre outros. O quadro apontado expressa a relevância da integração interdisciplinar.

Atualmente, com as políticas de saúde mental, tem ocorrido o deslocamento da atenção na saúde mental para os espaços comunitários; assim, a demanda do atendimento está voltada para o campo psicossocial, que solicita um novo processo de cuidar que há de se articular com os conceitos de saúde pública. Nesse cenário, as universidades precisam repensar o modelo de formação.

A temática álcool e outras drogas desafia os educadores e profissionais da área de saúde, por se tratar de assunto que requer ação ampliada de diferentes saberes e aportes teóricos. Hoje existe uma Política do Ministério da Saúde para álcool e outras drogas, voltada para atenção a usuários, mas ainda é um tema tratado de maneira pontual nos currículos dos cursos da área da saúde. A partir da III Conferência Nacional de Saúde, em 2001, o uso do álcool e de outras drogas foi considerado um problema de saúde pública.

Reinaldo e Pillon (2007) discorreram, em artigo, sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e as atuais mudanças curriculares, apontando a recente inclusão de conteúdos sobre álcool e drogas nos programas para formação de profissionais de saúde. A evolução do tema tem ocorrido face à magnitude do problema na sociedade contemporânea e, nesse sentido, o ensino tem apresentado mudanças que acompanham a evolução histórica. O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº 816/2002, instituiu ao SUS o Plano Nacional de Atenção Comunitária Integrada a Usuários de Álcool e outras Drogas, determinando a implantação dos Centros de Atenção Psicossocial – álcool e drogas (CAPSad), para o atendimento específico de pessoas dependentes de álcool e outras drogas (BRASIL, 2002).

Em estudo mais recente de Silva; Fernandes; Teixeira; Silva (2010), as autoras refletiram sobre a formação em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde mental com interface aos princípios da reforma psiquiátrica, considerando as diretrizes curriculares nacionais dos cursos de graduação em enfermagem; apontaram a necessidade de superar desafios postos nessa área e de implementar mudanças. Referem também que os egressos dos cursos de enfermagem não têm competências necessárias para atuação em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, o que os levam a buscar especialização na área.

Neste sentido, se a proposta emanada das diretrizes curriculares é a de formar um profissional generalista, crítico e reflexivo, capaz de atuar com criatividade frente às situações que emergem do cotidiano do mundo do trabalho, quais profissionais deverão procurar um curso de especialização na área? Quais os conteúdos mínimos de saúde mental necessários para formação de um profissional generalista?

Por outro lado, Silva; Fernandes; Teixeira; Silva (2010) mencionam a falta de flexibilização curricular, a rigidez no papel do professor e aluno e o descompasso do teórico e prático, como questões ainda presentes em muitos cursos. Algumas delas, citadas pelas autoras, também me inquietam, principalmente no que diz respeito à dúvida sobre quais mudanças efetivas vêm ocorrendo nos cursos de graduação em enfermagem no que se refere ao ensino? Quais têm sido as práticas pedagógicas direcionadas para produção de saúde mental no micro e macro espaços?

Com base no exposto, identifica-se a importância de acompanhamento contínuo das mudanças e estratégias que vêm ocorrendo no ensino da enfermagem psiquiátrica e saúde mental, visando a identificação dos avanços e retrocessos a partir das experiências oriundas das diversas regiões do país, pois são estas que se configuram no pano de fundo das transformações político-assistenciais em prol do aprimoramento do cuidado na área. Assim, a proposta deste estudo, focada na análise

de alguns aspectos do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental em escolas públicas do Estado de São Paulo, poderá se constituir em mais uma contribuição.

4.2 Construção do currículo, projeto pedagógico, tendências pedagógicas, avaliação do processo ensino-aprendizagem e formação de professores

Para iniciar este tópico, necessário se faz ressaltar que muitos dos autores aqui citados têm utilizado, como marco referencial em suas reflexões e pesquisas, algumas concepções que se fundamentam no materialismo histórico dialético. Este referencial pode possibilitar a compreensão da realidade da formação e da prática pedagógica de profissionais em perspectiva crítico-reflexiva, que valoriza as relações entre práticas de formação e a organização social, compreendendo os diferentes modos pelo qual os professores, sujeitos desta pesquisa, como sujeitos sociais, colocam-se no processo ensino-aprendizagem.

Os cenários atuais de mudanças na área da saúde e educação tiveram, como disparadores, a Constituição Federal de 1988, que, entre outras coisas, atribui ao Estado a responsabilidade do processo de formação de recursos humanos voltados para demanda do Sistema Único de Saúde (SUS); a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB/96), que institui mudanças no ensino superior, como por exemplo, flexibilização dos currículos, implementação de Projetos Políticos Pedagógicos inovadores, interdisciplinaridade, articulação teoria e prática; e o Fórum de Pró-Reitores das Universidades Brasileiras (FORGRAD,1999), que propõe a implementação, acompanhamento e sistemática avaliação do Plano Nacional para graduação brasileira, instrumento para ações político acadêmicas concernentes a esse nível de ensino no país.

Para atingirmos as novas propostas, anteriormente pontuadas, fazem-se necessárias mudanças de posturas dos profissionais da área da saúde, inovações nos cursos responsáveis pela formação desses profissionais e dos professores inseridos no processo de ensino-aprendizagem, os quais também deverão rever suas práticas pedagógicas.

Os cursos da área da saúde, com as exigências requeridas pelas diretrizes curriculares, têm buscado modificar seus currículos. O currículo de um curso aponta para sua trajetória e suas escolhas. O termo currículo tem assumido vários significados de acordo com o referencial teórico utilizado por cada estudioso sobre o tema.

Cunha e Leite (1996) citam Berstein, com a intenção de compreender a historicidade do processo de decisão curricular nos diferentes períodos: pré-

capitalismo (período colonial e imperial no Brasil); capitalismo empresarial/ competitivo (final do século XIX); capitalismo transicional (século XX) e o reorganizado (Berstein faz uma projeção para o século XXI, considerando que escreveu em 1990).

No período pré-capitalista, a transmissão do conhecimento ocorria na família e não havia relação entre educação e produção. A divisão dos currículos obedecia ao *trivium* (lógica, gramática e retórica) e ao *quadrivium* (aritmética, geometria, astronomia e música), ocorria nos colégios religiosos e o acesso era restrito a poucos.

No capitalismo competitivo (Brasil agrário e industrial), a educação e produção mantêm estreita relação e a ordem é formar trabalhadores para produção. Nesta fase, os currículos são espaços reguladores, normatizadores, para formar força de trabalho dócil e sadia. O acesso à educação é para todos.

No período do capitalismo transicional, as forças de produção (microeletrônica, informática, entre outras), necessitam de educação voltada para gestão e administração, o acesso universaliza-se e a força da classe social faz-se presente com intensidade. Estimula-se o preparo de profissionais para o mercado de trabalho e o elo entre educação e produção é essencial. A idéia central é formar mão de obra para enfrentar competição e os currículos devem apresentar produtos renováveis para o mercado. No entanto, para o século XXI, Berstein previa revolução dos sistemas, controle das comunicações com simplificação da divisão social do trabalho, simplificação dependente da especialização (funções especializadas) - e acreditava que o trabalho manual poderia retornar (CUNHA; LEITE, 1996).

Sob essa lógica, compreendo que os currículos que norteiam os cursos correspondem ao contexto histórico em que estão inseridos; não são autônomos, dependem das relações de poder prescritas na sociedade e, de certa forma, são por elas determinados.

Nessa direção, segundo Moreira e Silva (2001), o currículo não é somente uma área técnica; ele envolve relações de poder, não é atemporal e tem uma história vinculada a formas de organização da sociedade e da educação. Nesse sentido, não se trata de um elemento inocente e neutro de transmissão desinteressada do conhecimento social.

Assim, o currículo de uma escola é baseado na cultura predominante; ele se expressa na linguagem e por códigos culturalmente dominantes. A seleção de conteúdos que constitui o currículo é o resultado de um processo que se reflete nos interesses particulares das classes e dos grupos de poder (SILVA, 1999). No entanto, algumas escolas não assumem, nas propostas curriculares, uma posição epistemológica clara, mas esta, geralmente, é apreendida nas entrelinhas.

Coll (2003) refere que o currículo é um elo entre a declaração de princípios gerais e sua tradução operacional, entre a teoria educacional e a prática pedagógica, entre planejamento e ação e entre aquilo que é prescrito e o que realmente ocorre em sala de aula.

O Currículo viabiliza a execução do processo educacional de uma instituição de ensino, conferindo-lhe referenciais teórico-metodológicos, objetivos, conteúdos, estratégias e avaliação, sendo construído no âmbito do projeto político pedagógico da escola, em um contexto de conflitos e de relação de poder (MAIA, 2004).

O projeto político pedagógico de uma escola, segundo Rios (1992), é o plano de trabalho com uma intenção para o futuro e, neste sentido, para elaborar um projeto é necessário que sejam considerados os limites e possibilidades do contexto escolar, definindo princípios norteadores da ação, determinando onde se quer chegar, estabelecendo caminhos e etapas para o trabalho, distribuindo tarefas para os sujeitos envolvidos e avaliando o processo continuamente. O projeto é sempre provisório.

A construção do projeto pedagógico deve ser coletiva, envolvendo os atores do processo ensino-aprendizagem. Ele aglutina crenças, convicções, conhecimentos dos atores envolvidos da comunidade escolar, do contexto social e científico e precisa ser concebido com base nas diferenças existentes entre professores, alunos, representantes da comunidade, familiares, equipe técnica administrativa. Sendo um processo participativo de decisões, envolve lidar com conflitos, contradições existentes, buscando eliminar competições e relações autoritárias e permitindo as relações horizontais (VEIGA, 2002).

A LDB/96 prevê que os estabelecimentos de ensino têm a incumbência de elaborar e executar sua proposta pedagógica, ou seja, a escola deve assumir, como meta, a reflexão sobre sua intencionalidade educativa. Assim, desde o final da década de 90, os envolvidos com os cursos de graduação vêm construindo seus projetos pedagógicos, marcados por incompreensões, conflitos e, muitas vezes, com propósitos distantes das necessidades sociais, mas também por possibilidades de avanços em propostas mais inovadoras de formação.

Conforme Veiga (2008), o projeto pedagógico pode ser construído embasado em uma visão estratégico-empresarial ou emancipadora. Sob o ponto de vista estratégico-empresarial, é concebido como um instrumento de controle, pois está atrelado a mecanismos operacionais, técnicos e estratégicos que advém de vários centros de decisões e de diferentes pessoas. Essa opção de gestão tipo empresarial opera com a lógica do pensamento separado da ação, o estratégico separado do operacional; há os que pensam e os que fazem. Nessa proposta, a palavra de ordem é “eficiência e custo” e uma desqualificação do magistério. Cabe à escola formalizar o

que já existe, conservando a lógica de funcionamento, e não introduzir inovações significativas. A qualidade deve estar ligada à missão da escola e, para atingir a qualidade total, ela precisa contar com a participação de todos, utilizando-se do mecanismo de cooptação para realização de parcerias. A participação dos professores, alunos e funcionários fica restrita à rotina sob muita pressão e controle. Nesse modelo, há uma separação dos que pensam e dos que fazem, fortalecendo o individualismo e o isolamento e a restrita autonomia. Os professores trabalham isoladamente, dicotomizando teoria da prática, o que inibe a capacidade de estabelecer relações e de analisar a própria prática, produzindo conhecimento desarticulado da realidade.

No entanto, segundo a mesma autora, o projeto pedagógico, concebido sob a ótica emancipadora, é construído coletivamente com os atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem, segundo uma visão de unicidade da teoria e da prática, não havendo primazia de uma sobre a outra. A prática é concebida como ponto de partida para produção de novos conhecimentos; teoria e prática são distintas, mas inseparáveis na construção do projeto. Outro ponto a ser considerado é o diálogo, pois toda instituição que pretenda desenvolver prática participativa deve ter, como foco, o exercício do diálogo e saber lidar com as diferenças. O currículo construído sob essa ótica tem o conhecimento como um processo em permanente construção, interdisciplinar, fruto da ação individual e coletiva dos sujeitos.

O currículo proposto pela LDB/96 é estruturado em disciplinas ou componentes curriculares, atendendo à lógica conservadora que leva à produção de conhecimentos fragmentados. No entanto, Veiga (2008) propõe o rompimento com essa lógica no sentido de construção do currículo de forma integrada e interdisciplinar, de modo a reduzir o isolamento e fragmentação.

Assim, preocupam-me as direções seguidas por alguns cursos na construção de projetos pedagógicos, os quais, sem uma visão crítico-reflexiva, apenas buscam responder ao que está prescrito na Lei para estarem legalmente em consonância com a mesma.

Assim, as escolhas pedagógicas realizadas pelas instituições de ensino nos remetem ao projeto de formação da instituição, a depender do referencial teórico pedagógico adotado para nortear o ensino.

Libâneo (1984) lembra que toda prática escolar tem, como base, uma concepção de homem e de sociedade que direciona o papel da escola, aprendizagem, relação professor-aluno e modelo pedagógico. O modo como os professores se posicionam e escolhem os conteúdos das disciplinas, os métodos de ensino e avaliação guarda uma relação com o referencial teórico, explícita ou implicitamente.

Mesmo aqueles professores que reproduzem o que seus antigos mestres ou colegas mais velhos “fazem” estão, implicitamente, assumindo posições pedagógicas.

De maneira sintética, aponto algumas das tendências pedagógicas e práticas educativas utilizadas por cursos e professores na atualidade.

Conforme Pereira (2003), algumas tendências pedagógicas são mais dominantes no sistema educacional brasileiro: a tradicional, a renovada ou nova, a tecnicista e a crítica. Para Donato (2009), as teorias educacionais podem ser classificadas em três grupos: teorias não-críticas (tradicional, nova e tecnicista); a teoria crítico-reprodutivista e a teoria crítica.

Na pedagogia tradicional, a escola é um instrumento para resolver o problema da marginalidade, da ignorância; os menos capazes devem lutar para superar suas dificuldades; além disso, a escola tem o papel de transmitir conhecimentos acumulados pela humanidade e as ações de ensino estão centradas no professor. O professor é responsável pela transmissão do conteúdo e é visto como autoridade máxima; os conteúdos são transmitidos aos alunos como “verdades” e são dissociados das suas experiências e das realidades sociais. Há predominância da exposição oral dos conteúdos e a análise é realizada pelo professor. Na relação professor-aluno, prevalece a autoridade do professor que exige passividade do aluno, ou seja, todos devem seguir o mesmo ritmo de trabalho e adquirir os mesmos conhecimentos. A transferência de aprendizagem depende da memorização. As avaliações são realizadas por verificações, utilizando provas orais, escritas, trabalhos, entre outras. Essa tendência ainda está muito presente nos dias atuais (LIBÂNEO, 1984; PEREIRA, 2003; DONATO, 2009; SAVIANI, 2009).

A pedagogia nova ou renovada, não diretiva, representada por Carl Rogers e pelo movimento da escola nova (John Dewey, Montessori, Piaget, entre outros), tem como foco mudar a lógica da pedagogia tradicional. O marginalizado deixa de ser visto como ignorante, passa a ser rejeitado, “anormal”, desadaptado, mas não no sentido pejorativo; ele é simplesmente um diferente, que será readaptado à sociedade, com sentimento de ser aceito pelos demais. Neste sentido, a educação é um instrumento de correção da marginalidade; será respeitada a individualidade. O centro da atividade escolar deixa de ser o professor e os conteúdos e passa ser o aluno; o conhecimento resulta da ação a partir dos interesses e necessidades dos alunos e são mais valorizados os processos mentais e habilidades cognitivas. O método de ensino é o “aprender fazendo”, no qual se valorizam tentativas experimentais, pesquisa, descoberta e o método de solução de problemas. O professor facilita o desenvolvimento livre e espontâneo do aluno, organiza e coordena situações de aprendizagem e estimula, ao máximo, os alunos. Não há predomínio do professor

sobre o aluno na relação. A avaliação escolar perde o sentido, há predomínio da autoavaliação. Nesta metodologia, o professor deve trabalhar com pequenos grupos para dinamizar o processo ensino-aprendizagem (LIBÂNEO, 1984; PEREIRA, 2003; DONATO, 2009; SAVIANI, 2009).

Saviani (2009) critica a nova pedagogia que, com o enfraquecimento da disciplina e a despreocupação com a transmissão de conhecimentos, rebaixou o nível do ensino e agravou a marginalidade.

Na pedagogia tecnicista ou por condicionamento, o marginalizado é tido como incompetente e improdutivo. As principais premissas são eficiência, racionalidade e produtividade. O centro do ensino deixa de ser o professor e o aluno; o centro, agora, é a técnica. Pedagogia inspirada nos behavioristas (Skinner, Bloom, Mager) e abordagem sistêmica do ensino que tem, como premissa, o fato de que o aluno emita as respostas desejadas pelo professor. Os conteúdos priorizados são os princípios científicos, as leis. A matéria de ensino é aquela que pode ser observável e mensurável, eliminando-se qualquer subjetividade; além disso, os materiais didáticos predominantes são os livros didáticos e manuais e o método está centrado nos procedimentos e técnicas; o professor transmite conhecimento, enquanto o aluno recebe e fixa as informações (LIBÂNEO, 1984; PEREIRA, 2003; DONATO, 2009; SAVIANI, 2009).

Para Saviani (2009) e Donato (2009), as teorias crítico-reprodutivistas surgiram no final da década de 70 e expressam a percepção de que a educação, ao contrário das teorias não críticas, sempre reproduz o sistema social onde está inserida e também as desigualdades sociais. São chamadas de crítico-reprodutivistas pois, apesar de perceberem a determinação social da educação crítica, consideram que esta mantém, com a sociedade, uma relação de dependência total (reprodutivistas). Não possuem uma proposta pedagógica e limitam-se às análises profundas da determinação social da educação. As teorias que tiveram maior repercussão são: “Teoria do Sistema de ensino enquanto violência simbólica” (Bourdieu e Passeron); “Teoria da escola enquanto aparelho ideológico do estado” (Althusser) e “Teoria da escola dualista (Baudelot e Establet).

Na década de 80, surgem, no cenário educacional, as pedagogias críticas a serviço das transformações sociais, econômicas e políticas (pedagogia libertadora e crítico-social). Na Libertadora, professores e alunos, mediados pela realidade que apreendem, extraem os conteúdos de aprendizagem. Na área da saúde, esta pedagogia possibilita uma prática mais participativa, direcionada tanto para população, na educação em saúde, como para os profissionais, na educação continuada. Nessa pedagogia, os temas geradores de conhecimento são extraídos da problematização da

prática do mundo real. O importante não é o conteúdo específico, mas o despertar de novas formas de relação com a experiência vivida. O método é realizado em grupo de discussão e o professor deve “descer” ao nível dos alunos e caminhar junto, intervindo o mínimo, somente quando necessário para fornecer uma informação mais sistematizada. Dispensa os trabalhos escritos, aulas expositivas, como qualquer tipo de verificação direta de aprendizagem. Mantém relação horizontal professor aluno. O inspirador e divulgador desta pedagogia foi Paulo Freire.

Na abordagem crítico-social dos conteúdos, a difusão dos conteúdos é primordial, conteúdos vivos, concretos, indissociáveis da realidade. A educação pode reproduzir injustiças sociais, mas também provocar mudanças. Resgata, da escola tradicional, a importância da dimensão do aprender; da escola nova, a dimensão do aprender a aprender e, da tecnicista, a dimensão do fazer. Os conteúdos bem ensinados ligam, de forma indissociável, a sua significação humana e social. Estimula reflexão e ação na realidade. A relação professor aluno é democrática e ocorre fundamentada no diálogo. Seus principais divulgadores são Saviani, Libanêo e Gadotti (LIBÂNEO, 1984; PEREIRA, 2003; DONATO, 2009; SAVIANI, 2009).

O modo de atuar docente é implicado pelas escolhas de ações no processo de ensinagem¹ na universidade, como, por exemplo, a reflexão sobre a função docente e os fins e valores para a sua existência, assim como a definição do tipo de homem que deseja formar, a partir das vivências efetivadas.

As opções pedagógicas das escolas e dos professores estão relacionadas à visão de mundo e de ciências que determina suas ações.

A prática educativa inclui o planejamento, sua aplicação e avaliação, os quais devem estar estreitamente vinculados, sendo a avaliação uma categoria teórica polêmica, pois afeta a vida das pessoas, abre portas, como também as fecha, submete ou desenvolve; é permeada por contradições (FREITAS; SORDI; MALAVASI; FREITAS, 2009).

Atualmente, a avaliação ainda é vista, por algumas pessoas, somente como instrumento utilizado para avaliar o grau de alcance dos alunos em relação a determinados objetivos, previstos nos programas de disciplinas. Nesta lógica, os sujeitos da avaliação são apenas os alunos e os objetos de aprendizagens. No entanto, são muitos os estudos que propõem outras formas de compreender a avaliação, as quais não estão restritas à valorização dos resultados obtidos pelos

¹ O termo “ensinagem”, originalmente foi criado por José Bleger (1998:59) para indicar momentos em que ensino e aprendizagem, passos dialéticos e inseparáveis, se fundem gerando um processo único em permanente movimento. Termo utilizado também por Anastasiou (2007:20) para indicar “ uma prática social complexa, realizada entre os sujeitos, professor e aluno, englobando tanto a ação de ensinar, como a de apreender, em um processo contratual, de parceria para enfrentamento na construção do conhecimento escolar, decorrente de ações efetivadas na sala de aula e fora dela”.

alunos. Considerando que toda intervenção educativa se articula em torno de alguns processos de ensino-aprendizagem, podem ser analisados diferentes pontos de vista sobre como o aluno aprende e como o professor ensina; assim, temos dois sujeitos da avaliação: professor e aluno (ZABALA, 1998).

Romão (2005) classifica, de maneira geral, a avaliação em dois grupos, com concepções antagônicas de educação; uma, com base no positivismo e, outra, na dialética. Na abordagem positivista, encara-se a vida como algo dado; na dialética, como processo. Na primeira abordagem, a avaliação está baseada no julgamento de erro e acertos, o que leva a prêmios ou castigos e, na segunda, em uma concepção avaliadora de desempenhos em situação específica; os sucessos são importantes para escolha das alternativas subsequentes. A educação e a avaliação positivistas enfatizam a permanência, o estático, o produto; as construtivistas reforçam a mudança, a dinâmica e o processo. Na perspectiva positivista, a ciência é compreendida como verdade absoluta, pronta, acabada, com definições, conceitos e leis aplicáveis ao conhecimento de parcela da realidade. Na perspectiva dialética, a ciência é vista como processo, não é um estoque de saber “irremovível”, mas processo de inovação. O conjunto de afirmações sobre um problema não constitui um quadro pronto, acabado, mas sim que tem relação com condições histórico-sociais de quem os formula. Tem influência da subjetividade, não há verdades absolutas e universais, não há neutralidade do cientista.

Segundo Romanowski e Wachowicz (2007), uma das possibilidades da avaliação, não como produto, é a avaliação formativa. A avaliação formativa tem como proposta praticar a avaliação no processo, ajustar critérios à ação, incluir os alunos junto com os professores a assumirem as decisões tomadas (co-responsabilizar). Nesse sentido, professores e alunos realizam esforços de superação do não conhecido para produzirem aprendizagem.

Os mesmos autores apontam que, por um lado, no modelo pedagógico tradicional, a avaliação baseia-se na verificação dos alunos por meio dos objetivos estabelecidos no planejamento de ensino e as avaliações ocorrem por meio de provas, testes, quando são registrados, quantitativamente, os resultados; os critérios são estabelecidos antes do processo ensino-aprendizagem. São as chamadas avaliações somativas. Por outro lado, a avaliação ocorre continuamente, durante o processo ensino aprendizagem, com finalidade de melhorar as aprendizagens em curso, quando, professores e alunos empenhados, verificam o que sabem; os critérios são ferramentas de trabalho que evoluem e podem ser melhorados. São denominadas avaliações formativas.

Os dois modelos de avaliação estão presentes em nosso cotidiano pedagógico, dependendo, como já apontado anteriormente, de concepções, valores e direções tomadas pelas instituições de ensino e professores em suas práticas educativas.

Luckesi (2005), ao se referir à avaliação, trata-a de uma forma bastante interessante, quando sinaliza que, para avaliar, o professor, antes, precisa acolher. Ao utilizar-se do termo acolher, coloca, no bojo da avaliação, a questão humana, ou seja, deve-se olhar o outro como pessoa, abrir espaço para a relação. Para ele, o ato de acolher “é um ato amoroso” e condição prévia na avaliação. Avaliar implica em acolher os estudantes no estado de formação em que se encontrem para poder auxiliá-los em sua trajetória. Para isso, precisamos ter clareza da teoria que orienta nossas práticas educativas. Avaliar não significa aprovar ou reprovar, mas orientação permanente para o desenvolvimento do aluno.

Vê-se, até então, que compor projetos pedagógicos coletivamente, bem como currículos que melhor articulem conteúdos e teoria-prática, além de imprimir novos modelos para propor métodos de ensino e avaliação, são demandas urgentes no atual contexto da graduação e aqui, especificamente, do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Tais demandas necessariamente tocam na formação dos professores universitários. Ao refletir sobre a formação dos professores universitários, acredito ser prudente lembrar que se vivenciam mudanças na estrutura, nos conteúdos e nas dinâmicas de funcionamento das instituições de ensino superior, com objetivo de colocá-las em condições de enfrentar novos desafios já apontados nesta pesquisa.

Tais mudanças, segundo Zabalza (2004), são as mesmas do âmbito político, econômico ou cultural que afetam qualquer outra instituição social com as quais a universidade convive, ou seja, saúde, função pública, instituições culturais, entre outras.

A palavra formação nos remete a um processo de preparação, às vezes mais específica de uma área, às vezes mais genérica, com a intenção de capacitar as pessoas para realizarem certas atividades. A idéia de formação costuma ser interpretada de forma equivocada, no sentido de modelar, de atender a um perfil desejado, ou no sentido de conformar, ou seja, de modo que o sujeito envolvido aceite e conforme-se com o planejamento de vida e das atividades para o qual foi formado.

No entanto, formação deve servir para qualificar as pessoas. Não basta dar a elas um perfil profissional padrão ou uma determinada bagagem de conhecimentos. É preciso ampliar o repertório de experiências, novas possibilidades de desenvolvimento

pessoal, novos conhecimentos, novas habilidades, atitudes e valores (ZABALZA, 2004).

O professor universitário se constitui historicamente, tendo como base sua profissão (enfermeiro, médico, dentista, entre outros), aquela que exercia no mundo do trabalho. A idéia de que quem sabe fazer, sabe ensinar foi o mote para o recrutamento de professores por longo tempo. Segundo Cunha (2008), compreender a docência como um dom relega os conhecimentos pedagógicos para segundo plano e a desvaloriza. É como se, no exercício da docência, os conhecimentos específicos fossem desnecessários para o professor universitário. Cabe salientar que a docência universitária sofreu influência das ciências modernas, com ênfase na racionalidade técnica. Nesse pressuposto da ciência moderna, o conteúdo específico era mais valorizado do que o conhecimento pedagógico para formação de professores. Porém, os conhecimentos pedagógicos se constituíram longe dos espaços universitários e só mais tarde adquiriram alguma legitimação científica.

A profissionalidade é um termo utilizado nos últimos anos para referir-se à formação profissional do professor, com idéia da profissão em ação, em processo, em movimento, pois o exercício da docência não é estático e permanente; é sempre movimento, processo. Assim, essa idéia vai de encontro àquela em que o professor ensina um corpo de conhecimento legitimado pela ciência e cultura (depositário do saber), sem preocupar-se com o sujeito da aprendizagem e o contexto onde a mesma deveria acontecer.

Sob a ótica atual, o professor se faz nos espaços caracterizados pelas ações humanas; ainda que estejam presentes os processos regulatórios oriundos das políticas e práticas tradicionais, o professor e os alunos resistem a tornarem-se somente objeto da ação que desenvolvem (perspectiva dialética) (CUNHA, 2008).

Assim, a educação permanente do professor, em seu espaço cotidiano nas salas de aula, nas instituições de ensino, faz-se necessária.

Imbernón (2009), ao referir-se à educação permanente de professores, recomenda que esta deva gerar uma nova cultura que produza novos processos na teoria e na prática, introduzindo os professores em novas perspectivas metodológicas, como, por exemplo, relações entre os professores, mudança nas relações de poderes na instituição, o trabalho em equipe e comunicação entre os colegas.

A formação permanente deveria levar ao desenvolvimento profissional, pessoal e institucional, potencializando o trabalho colaborativo com finalidade de transformar a prática. Não basta oferecer aos professores cursos, seminários, jornadas; há de se mudar coletivamente, capacitar para gerar inovações por meio da

prática educativa. Potencializar trocas de experiências entre os pares e com a comunidade (IMBERNÓN, 2009).

A construção do projeto político pedagógico do curso, a opção curricular, as escolhas pedagógicas, o modo de avaliar no processo ensino-aprendizagem, além da compreensão sobre a formação pedagógica dos professores, sinalizam para o desejo político, para qual sociedade a instituição de ensino está atendendo, mesmo que isto não esteja explícito em seus documentos oficiais. Além disso, o modo de atuar docente implica em que tipo de aluno será formado: se compromissado apenas com seus interesses individuais ou se atento às necessidades sociais que emanam cotidianamente em seu trabalho.

5 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo exploratório, de natureza qualitativa, tendo em vista a proposta de investigar e analisar o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental nas escolas públicas de enfermagem do Estado de São Paulo. A escolha da abordagem qualitativa justifica-se pelo fato de que esta possibilita ao pesquisador observar e trabalhar com as significações, motivos, aspirações, atitudes, valores e crenças do objeto investigado (MINAYO, 1996). Para Turato (2003), a pesquisa qualitativa elege a própria experiência humana como “objeto” de investigação, reconhecendo sua complexidade, diversidade e historicidade.

A abordagem qualitativa tem seus estudos orientados nas motivações humanas, incorpora a dimensão subjetiva dos fenômenos; busca a compreensão interpretativa dos fatos. A pesquisa qualitativa tem algumas características. A identificação do problema e sua delimitação pressupõem uma imersão do pesquisador na vida e no contexto, no passado e nas circunstâncias presentes que condicionam o problema; o pesquisador deve assumir uma atitude aberta, sem adiantar explicações nem deixar conduzir-se pelas aparências imediatas para que possa alcançar uma compreensão abrangente (CHIZZOTTI, 2005).

Outro aspecto importante a respeito deste método de investigação é que ele envolve a obtenção de dados descritivos, obtidos pelo pesquisador na situação estudada, e enfatiza mais o processo do que o produto, além de se preocupar em retratar a perspectiva dos participantes (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

O estudo exploratório permite ao pesquisador aumentar sua experiência sobre um tema específico e, em seguida, descrever sobre o mesmo. A pesquisa descritiva possibilita “descrever” com mais pormenores os fatos e fenômenos de uma determinada realidade (TRIVINÕS, 1987).

A pesquisa foi realizada com professores que ministram disciplinas de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental nos cursos de bacharelado em enfermagem das escolas públicas do Estado de São Paulo. Atualmente contamos, no estado, com um número de 13 escolas públicas, sendo duas federais, seis estaduais e cinco municipais. Somente uma delas não participou do estudo, pois não foi possível obter resposta do professor ao nosso convite para participar da pesquisa. Assim, a mesma foi excluída.

A coleta de dados foi realizada utilizando entrevista semiestruturada, seguindo um roteiro previamente elaborado, com questões abrangentes relacionadas aos objetivos e objeto de estudo, porém com abertura para que o sujeito pudesse falar de modo livre no contexto do tema estudado (Apêndice 1) e análise documental dos programas das disciplinas oferecidas pela área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde

Mental, ministradas nos cursos investigados, seguindo um roteiro para o procedimento de análise dos mesmos (Apêndice 2).

A entrevista é uma das técnicas possíveis para serem utilizadas em pesquisa qualitativa. Para este estudo, a escolha foi pela entrevista semiestruturada. A entrevista é uma das principais técnicas para coletar dados em ciências sociais, permitindo a captação imediata de informações, com qualquer tipo de sujeito e sobre tópicos diversos. Nela cria-se uma relação de interação, em uma atmosfera recíproca, com influência entre pesquisador e sujeito entrevistado (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Segundo Minayo (1996), dentre as diferentes formas de entrevistas, resumem-se a “estruturada” e “não estruturada”, entre as quais há várias modalidades que se diferenciam por serem mais ou menos dirigidas. A entrevista semiestruturada e não estruturada diferem apenas em grau, pois, nenhuma interação para finalidade de pesquisa se coloca totalmente aberta. A mesma autora refere ainda que a entrevista estruturada contém perguntas, previamente elaboradas pelo pesquisador; a não estruturada permite que, diante de um tema, o entrevistado possa abordá-lo de maneira livre; já a semiestruturada articula as duas últimas, podendo partir de um roteiro com questões abrangentes que possibilita uma “conversa com finalidades”.

A análise documental se constitui em uma técnica de abordagem de dados qualitativos, seja complementando as informações obtidas por outras técnicas, seja desvelando aspectos novos de um tema ou problema (LUDKE; ANDRÉ, 1986).

Segundo Trivinões (1987), a análise documental é um tipo de estudo descritivo que fornece ao investigador possibilidade de reunir boa quantidade de informação, no caso sobre os programas das disciplinas de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental.

Quanto aos procedimentos éticos, primeiramente o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), tendo sido aprovado, conforme Protocolo nº 0995/2009 (Anexo I). Após aprovação do comitê de ética, entrei contato com cada coordenador de curso, solicitando autorização para realização da pesquisa na instituição de ensino (Apêndice 3) e, no caso da concordância, pedindo que enviasse uma lista com os nomes dos professores responsáveis pelas disciplinas da área saúde mental. De posse desta lista, realizei um sorteio e o sorteado foi convidado, via e-mail, a participar da pesquisa, sendo um de cada curso, totalizando 12 professores. Quando o sujeito sorteado não aceitava participar, realizava um novo sorteio e, assim, sucessivamente. Dos doze sujeitos sorteados, foi necessário realizar novo sorteio somente em duas instituições, por motivos distintos. Conforme relatado anteriormente, uma das instituições autorizou a pesquisa, mas o sujeito a ser

entrevistado (único professor da área de saúde mental) não respondeu a nenhuma das tentativas de contato até o término da última entrevista, realizada em abril de 2010.

Após o aceite, era agendada a entrevista, em local, horário e data previamente estabelecidos. As entrevistas foram realizadas de janeiro de 2009 a abril de 2010.

O tempo das entrevistas variou de 45 minutos a uma hora e todos os professores concordaram com a gravação. As transcrições foram realizadas por uma enfermeira experiente em pesquisa e por mim revisadas .

Algumas dificuldades foram encontradas, como por exemplo, em relação à autorização das universidades para a realização da investigação, com demora nas respostas, apesar do projeto já ter sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP. Em relação ao procedimento de coleta de dados, nove entrevistas foram realizadas presencialmente, em local e horário previamente estabelecidos com os professores, sujeitos da pesquisa; as outras três, pelo fato de não ser possível agendá-las presencialmente por vários motivos, optei por realizá-las via skype (com webcan e microfone), realizando gravação das mesmas com mini gravador, da mesma forma que era realizado com a entrevista presencial. Outra dificuldade encontrada foi relativa ao agendamento das entrevistas com os professores sorteados para tal. Entrei em contato com os mesmos via e-mail e, quando não obtinha respostas, entrava em contato por telefone. Outra dificuldade foi referente à disponibilização dos programas das disciplinas para a análise documental, visto que um curso não os disponibilizou os em tempo hábil.

O sujeito da pesquisa foi informado sobre os objetivos do estudo e, tendo aceitado participar, assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 4), ficando com uma cópia assinada do mesmo. No caso das entrevistas realizadas via skype, encaminhei o TCLE on line e solicitei que o mesmo fosse assinado e enviado para a pesquisadora, por e-mail.

Para preservar o anonimato dos cursos e dos professores, os cursos foram identificados por números de um a doze e os professores por nomes fictícios, utilizando denominações de deuses da mitologia grega, preservando o sexo feminino e o masculino.

Para análise dos dados, foi realizada a Análise Temática. Minayo (1996) afirma que fazer uma análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que estão presentes em uma comunicação e esta presença ou frequência tem um significado para o objetivo analítico visado. A análise temática foi realizada seguindo as seguintes etapas:

Na primeira etapa, os dados foram reunidos, quando realizei um mapeamento de todo material coletado, ou seja, transcrições das entrevistas, releitura do material, organização dos relatos e dos dados provenientes dos programas das disciplinas. Nesse momento, de acordo com os objetivos do estudo, foram definidos a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientam a análise.

Em seguida, efetuei várias leituras do material de forma a deixar-me impregnar por seu conteúdo, do qual emergiram as categorias específicas. E, por fim, a última etapa, na qual procurei estabelecer articulações entre os dados e os referenciais teóricos utilizados, respondendo às questões da pesquisa. Esse processo consiste na retomada da fase exploratória; os procedimentos exploratórios são valorizados neste momento. (MINAYO, 1996; GOMES, 1994).

Os programas de disciplinas foram analisados realizando articulação com as falas dos sujeitos que emergiram das entrevistas, denotando, desta forma, as convergências e divergências entre elas.

6 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1 Contexto Institucional de Ensino

Para apresentar o contexto institucional de ensino dos doze cursos de graduação em enfermagem das universidades públicas do estado de São Paulo, estudados nesta pesquisa, utilizei o censo demográfico do IBGE 2000, informações disponíveis nos sites das Instituições de Ensino Superior (IES) em que os cursos estão inseridos e alguns dados disponibilizados pelos professores, sujeitos do estudo. Inicialmente, apresento alguns dados demográficos do Estado de São Paulo e dos Municípios onde estão localizados os cursos.

Após a Reforma Universitária de 1968, Lei 5540/68, segundo Severino (2008) e Martins (2009), houve uma modernização em parte significativa das universidades federais e em algumas estaduais que passaram a articular atividades de ensino e pesquisa, abolir as cátedras vitalícias, introduzir o regime departamental, institucionalizar a carreira acadêmica, acoplar o ingresso e a progressão docente à titulação acadêmica e a criar uma política nacional de pós-graduação. Por um lado, se a Reforma Universitária produziu efeitos inovadores, por outro, abriu oportunidades para condições do surgimento de um ensino privado em instituições organizadas para transmissão de conhecimentos distanciados da pesquisa, marcadamente direcionados para o mercado de trabalho, ou seja, produção de mão de obra em grande quantidade, pouco contribuindo com a formação de profissionais críticos para análise da sociedade brasileira.

O Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) divulgou no censo educacional que, em 2007, no estado de São Paulo, há 546 escolas de ensino superior, sendo cinco públicas federais; 22 públicas estaduais; 24 públicas municipais e 495 privadas (MEC/INEP 2007). Esses dados confirmam o anteriormente citado por Severino (2008) e Martins (2009).

Dos cursos de graduação em enfermagem estudados, dois localizam-se na cidade de São Paulo, capital do estado, que conta com uma população de 10.405.867 habitantes (censo 2000). Os outros dez cursos estão localizados em cidades do interior do estado (Adamantina, Botucatu, Campinas, Jundiaí, Marília, Ribeirão Preto, Santa Fé do Sul, São Carlos, São José do Rio Preto e Tambaú). Entre essas cidades, a mais populosa é Campinas com 1.039.297 habitantes e, a menos populosa, é Tambaú, com 21.913 habitantes (IBGE, 2007). Encontra-se, a seguir, o mapa do estado de São Paulo, com a demarcação das cidades citadas.

interferências em todos setores da sociedade, incluindo o de educação. Nesse período, emerge a necessidade de uma força de trabalho qualificada e com saúde, necessidade que só se evidenciou na década de 40. Para atender à lógica de produção de serviços de saúde, o Estado propõe o aumento do número de escolas, por meio da Lei n.775/49, a qual torna obrigatória a existência de cursos de enfermagem, anexos às faculdades de medicina já existentes; o ensino estava, então, voltado para área hospitalar. O ensino de enfermagem foi perdendo seu enfoque assistencial preventivo para outro, predominantemente de caráter hospitalar (SILVA; FERNANDES; TEIXEIRA; SILVA, 2010).

Em 1961, foi aprovada a Lei n.4024 que fixou diretrizes e bases para educação nacional, quando o sistema formal de ensino universitário, a partir dela, passou a ser estruturado segundo determinações do Estado. Foi reduzida a carga horária dos cursos de enfermagem, passando a ter duração de três anos e foram excluídas algumas disciplinas do currículo (Enfermagem de Saúde Pública e Ciências Sociais). Com a Lei 5540/68, os currículos mínimos dos cursos superiores têm que ser revisados e, a partir de 1972, com o Parecer 163 da Comissão Central de Revisão de Currículos, o novo currículo passa a ser constituído por tronco pré-profissional, profissional comum e habilitações, permanecendo com uma densa carga horária, concentrada nas disciplinas curativas, mantendo a exclusão da enfermagem em saúde pública do tronco profissional comum e segundo uma concepção predominantemente biológica. Marcos importantes, como a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986; a promulgação da Constituição Brasileira e criação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1988, e outros movimentos que ocorriam na área de educação em enfermagem, disparados pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), subsidiaram o surgimento do Parecer 314/94, do Conselho Federal Educação, homologado pela Portaria n.1721 do Ministério da Educação, no mesmo ano, gerando, assim, um novo currículo para cursos de graduação em enfermagem.

O novo currículo apresenta quatro eixos temáticos: as bases biológicas e sociais da enfermagem, assistência de enfermagem e administração em enfermagem. Esse currículo gerou ainda algumas insatisfações, como, por exemplo, a ausência de disciplinas da área de educação e a delimitação da carga horária, limitando o perfil do profissional generalista (SILVA; FERNANDES; TEIXEIRA; SILVA, 2010).

No contexto atual, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) Lei 9394/96 fundamentando o processo de formação na educação superior por meio de competências e habilidades; do aperfeiçoamento cultural, técnico e científico do cidadão; flexibilização dos currículos e implementação de Projetos Políticos Pedagógicos inovadores são apontadas novas diretrizes para os currículos então

vigentes. Para atender à LDB, foram aprovadas as Diretrizes Curriculares para os cursos de graduação. As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Enfermagem foram aprovadas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 07 de novembro de 2001, que explicitam a necessidade do compromisso com os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, com ênfase no SUS, com vistas à formação de profissionais críticos e reflexivos, inseridos no contexto histórico social. Essas diretrizes sinalizam para uma formação de profissionais comprometidos com atenção à saúde, capazes de articular conhecimentos profissionais com saberes e práticas e aptos a perceberem a complexidade de suas práticas (SILVA; FERNANDES; TEIXEIRA; SILVA, 2010).

É nesse contexto que estão inseridos os cursos de enfermagem investigados na presente pesquisa.

O curso mais antigo é o da Universidade Federal de São Paulo, localizado na cidade de São Paulo, criado em 1939; trata-se do primeiro curso de enfermagem do estado de São Paulo. Inicialmente, recebeu a denominação de Escola de Enfermeiras do Hospital São Paulo, criada por iniciativa de professores médicos da Escola Paulista de Medicina, com ajuda de enfermeiras religiosas francesas, que para cá vieram, seguindo o modelo do curso de enfermagem da escola Anna Nery, do Rio de Janeiro. Em 1968, passou a chamar-se Escola Paulista de Enfermagem e, em 1977, foi incorporada à Escola Paulista de Medicina de modo a se adequar ao processo de federalização. Em 1994, passou a ser Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), com estrutura departamentalizada (UNIFESP, 2010).

O curso de enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EE/USP), localizado na cidade de São Paulo, foi criado em outubro de 1942, anexo à Faculdade de Medicina, pelo Decreto Lei Estadual n.13.040, durante o Estado Novo. Entretanto, as atividades da Escola foram iniciadas em janeiro de 1943, sob a direção de Edith Magalhães Fraenkel, que, então, ocupava o cargo de chefe do serviço de enfermagem do hospital das clínicas (EE/USP, 2010).

Em 1951, foi criado o curso de enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), por meio da Lei Estadual 1467, de 26 de dezembro de 1951, anexo à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP). Na época, a cidade de Ribeirão Preto destacava-se como um dos mais importantes centros educacionais do estado. A Professora Gleite de Alcântara foi convidada pelo então diretor da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para organizar a Escola de Enfermagem, a partir de 1952. No ano de 1960, foi promulgada a Lei Estadual n.5970, estabelecendo a estrutura didático-administrativa da EERP/USP, tornando-a a primeira

escola em todo país a possuir um quadro que a colocou no nível dos estabelecimentos de ensino superior. Em maio de 1964, esta Escola foi desanexada da FMRP/USP, tornando-se um estabelecimento de ensino superior e adquirindo sua autonomia didático-administrativa (EERP/USP, 2010).

Os Estatutos e Regimentos da Universidade de Campinas (UNICAMP) instituíram a Faculdade de Ciências Médicas que teve a incumbência de ministrar os cursos de medicina e enfermagem. O curso de Enfermagem foi autorizado a funcionar em 1978, coordenado pelo professor Luiz Cietto, então diretor da divisão de enfermagem do Hospital das Clínicas. No ano de 1981, formou-se a primeira turma de enfermeiros, sendo reconhecidos os cursos de bacharelado e licenciatura em enfermagem pelo Conselho Estadual de Educação e Cultura (Parecer CEE n. 2038/81 e Portaria n. 322, do Ministério da Educação e Cultura, publicada no Diário Oficial da União, em agosto de 1982 (UNICAMP, 2010).

A Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) foi criada em 1968, tendo sido a primeira, e até hoje única, Universidade Federal do interior do Estado de São Paulo. O curso de Enfermagem da UFSCAR foi criado em novembro de 1976 e seu reconhecimento ocorreu por meio da Portaria MEC/CFE n.237/80. O curso oferece Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem. O departamento de Enfermagem da UFSCAR foi criado em 1986, a partir do desmembramento do antigo departamento de Ciências da Saúde, hoje pertencente ao Centro de Ciências Biológicas da Saúde (UFSCAR, 2010).

A Universidade de Taubaté (UNITAU) é uma instituição municipal de ensino superior, sob forma de autarquia educacional de regime especial, regendo-se pelas disposições legais gerais e específicas de seu Estatuto e pelo Regimento Geral. O curso de Enfermagem da UNITAU forma profissionais generalistas, pela Lei Municipal n.1498 de dezembro de 1974. O curso foi reconhecido pelo Decreto Federal n.78924, de dezembro de 1976 (UNITAU, 2010).

A Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Adamantina, autorizada a funcionar conforme a Lei Municipal n.853, de junho de 1967, e a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia de Adamantina, autorizada a funcionar conforme a Lei Municipal n. 1547, de março de 1980, foram unificadas por meio da Lei Municipal n. 2819, de junho de 1998, passando a denominar-se Faculdades Adamantinenses Integradas (FAI). É constituída como autarquia municipal, tendo, como mantenedora, a Prefeitura Municipal de Adamantina-SP (FAI, 2010).

A Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA) é uma autarquia do Governo do Estado de São Paulo, ligada à Secretaria Estadual de Ensino Superior e, portanto, pública. Oferece cursos de medicina e de enfermagem e, em consonância com os

movimentos para melhoria do ensino superior e redefinição do perfil e papel dos profissionais de saúde, coloca-se como uma Instituição voltada para as necessidades da população, ocupando um importante papel no Município como formadora de recursos humanos. O curso de Enfermagem foi iniciado em 1981 e foi aprovado pelo CEE Processo n.1556/79 e Parecer n.1330/80 (FAMEMA, 2010).

A Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, campus de Botucatu (UNESP), oferece dois cursos de graduação: de medicina e de enfermagem (Faculdade de Medicina de Botucatu). O curso de Enfermagem foi iniciado em 1989, oferecendo 20 vagas anuais, ampliadas para 30, em 1998. Desde o início, sua coordenação solicitou a criação do Departamento de Enfermagem, fato que se concretizou em julho de 1999. Atualmente, o departamento de enfermagem é responsável por todas as disciplinas profissionalizantes do curso de graduação em enfermagem (UNESP, 2010).

Em 1991, foi autorizado o funcionamento do curso de graduação em enfermagem da Faculdade de Medicina de Rio Preto (FAMERP). No período de 1993 a 2001, iniciam-se os estudos de reestruturação da grade curricular e do projeto pedagógico do curso, alterando seu nome para Curso de graduação em Enfermagem. A enfermagem é um departamento do curso de Medicina da FAMERP (FAMERP, 2010).

A Escola Superior de Jundiaí foi criada em 1968; trata-se de uma entidade autárquica do município. Anexo à Faculdade, foi criado o colégio Técnico de Enfermagem pelo Decreto municipal n. 2057/71, mas o curso foi transferido, em 1984, para uma escola estadual. O curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Jundiaí (FMJ) foi criado em 2004 (FMJ, 2010).

As Faculdades Integradas de Santa Fé do Sul (FUNEC) pertencem à Fundação Municipal de Educação e Cultura de Santa Fé do Sul. Atualmente, há dezessete cursos de bacharelado e licenciatura, sendo que o curso de bacharelado em enfermagem possui 50 vagas para cada um dos períodos: diurno e noturno (FUNEC, 2010).

6.2 Professores sujeitos deste estudo

Os sujeitos deste estudo são os professores da área de saúde mental/enfermagem psiquiátrica, vinculados às Instituições de Ensino Superior (IES) públicas do Estado de São Paulo, com cursos de bacharelado em enfermagem.

O grupo pesquisado é composto por doze professores, na faixa etária de 30 a 59 anos de idade, sendo que sete deles são do sexo feminino e cinco do masculino.

Quanto à titulação, sete têm doutorado, três mestrado, um apresenta especialização na área de enfermagem psiquiátrica e outro em enfermagem do trabalho. As Instituições de Ensino Superior onde os sujeitos trabalham são todas públicas, sendo seis de âmbito estadual, quatro municipal e duas federal.

A formação dos docentes tem sua ênfase no doutorado, o que pode ser justificado pelas exigências das atuais diretrizes das universidades públicas que têm, como premissa, contratar professores que tenham, no mínimo, o título de doutor.

Em relação ao tempo de docência, metade dos professores está inserida em atividades de docência de 03 a 13 anos e, a outra metade, de 14 a 35 anos. O tempo maior de ensino/docência pode implicar em maior experiência; por outro lado, o ingresso mais recente de profissionais recém formados nas universidades tem evidenciado a pequena experiência, tanto na prática assistencial quanto na docência. Com as atuais exigências da universidade no que se refere à internacionalização e divulgação de trabalhos publicados em periódicos indexados, há ainda necessidade de boa avaliação dos cursos de pós-graduação, pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Assim, os professores são levados a priorizar estas atividades em detrimento do ensino de graduação. O tempo de trabalho na área de saúde mental é praticamente igual ao período de trabalho no ensino.

A situação trabalhista desses docentes abrange as categorias de professor horista (1), professor com regime de trabalho 20 horas (1) e regime de dedicação exclusiva 40 horas (10). A maioria tem contrato de trabalho em Regime de Dedicação Exclusiva, o que vem ao encontro das normas das universidades públicas que favorecem o desempenho das atividades de ensino, pesquisa e extensão. O que chama atenção é que ainda sejam encontrados, em universidade pública, professores trabalhando em regime de professor horista, o que indica um compromisso apenas pontual.

Quanto ao vínculo dos professores com a área de saúde mental, dez sujeitos são responsáveis por disciplinas, um é coordenador de ano e um é responsável por disciplina e coordenação de área de ensino.

6.3 As disciplinas da área de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental, a partir de seus programas

Com o intuito de tecer algumas considerações sobre as disciplinas da área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, inseridas nas estruturas curriculares dos cursos de enfermagem das universidades públicas do Estado de São Paulo, passo a analisar os dados a partir dos programas das mesmas, além de trazer a contribuição

das falas emergentes das entrevistas com os professores, possibilitando análise com enfoque nas convergências e divergências encontradas entre programas e relatos de professores. Esses dados permitiram a construção do Quadro 1 e as posteriores considerações sobre as disciplinas.

Cursos	Disciplinas	Ano/Semestre	Carga Horária (teórica e prática)	Carga Horária Total
1	Enfermagem em Saúde Mental	3º /5º e 6º.	T=102h P=108h	210h
2	Enfermagem Psiquiátrica	3º /1º	T=83 P=112	195h
3	Enfermagem em Saúde Mental I Processo Cuidar em Enf. Psiq. Enfermagem em Saúde Mental II	1º/2º 3º/5º 2º/4º	T=30h T=45h P=60h T=15h P=45h	195h
4	Enfermagem em Saúde Mental	2º/2º	T=60h P=25h	75h
5	Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica	3º/6º	T=40h P=36h Atv. EC=32h	108h
6	Atenção à Saúde Mental Relação Enf./Paciente		T=30h P=60h T=30h	120h
7	Fundamentos de Psicologia e Semiologia Humana em Enfermagem Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica Relacionamento Terapêutico	1º/2º 3º ano 2º ano	T=90h T=27h P=48h T=30h	195h
8	Cuidados em Saúde Mental Cuidado Integral em Saúde Mental e Enfermagem Psiq	2º/4º 3º/5º	T=45h T=74h P=76h	195h
9	Enfermagem Psiquiátrica Enfermagem em Saúde Mental		T=30h P=60h T=28h P=32h	150h
10	Enf. Em Saúde Mental e Psiq. Na Saúde adulto Ações Interpessoais básicas de Saúde Mental		180h 30h	210h
11	Currículo integrado(não tem disciplinas específicas)			
12	Não disponibilizou			

Quadro 1: Caracterização das disciplinas da área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental dos cursos em estudo, 2008-2009.

As denominações das disciplinas da área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental dos cursos estudados são semelhantes; alguns incluem as duas denominações em uma única disciplina e outros separam enfermagem psiquiátrica de saúde mental. Encontram-se também disciplinas denominadas “Relacionamento Terapêutico”, ou “Relacionamento Humano”, ou “Ações Interpessoais”, além de “Fundamentos de Psicologia e Semiologia Humana em Enfermagem”.

Ao analisar os programas das disciplinas e durante as entrevistas com os professores, pude perceber que os cursos vêm passando por um período de transição, resultado da LDB (1996); das DCNENF (2001) e da atual Política de Saúde Mental.

Nota-se que os cursos têm se mobilizado para dispararem mudanças em sua estrutura e organização após alguns fatos, entre os quais podemos destacar: a promulgação da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996); o Parecer do CNE/CES nº776, de 3 de dezembro de 1997 (Brasil, 1997), o qual apresenta as Diretrizes Curriculares como orientações para a construção dos Projetos Pedagógicos dos cursos que devem ser, necessariamente, adotadas pelas instituições de ensino superior; as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em enfermagem e após o Parecer CNE/CSE nº1.133 de 7 de agosto de 2001(BRASIL, 2001a) que expressa, em seu bojo, as expectativas de mudanças no processo de formação do enfermeiro(a). Importante destacar ainda as atuais diretrizes da Política de Saúde Mental, com as leis e pareceres que têm, como foco, a desospitalização e assistência voltada para serviços abertos como, por exemplo, a Lei 10.216 de 06 de abril de 2001(BRASIL,2001b) que dispõe sobre a proteção e direito de pessoas portadoras de transtornos mentais, por parte do Estado, e redireciona o modelo de assistência, privilegiando os serviços de base comunitária.

Os cursos de enfermagem, na tentativa de alguma mudança, têm elaborado os seus Projetos Políticos Pedagógicos ou reestruturado aqueles já existentes; também apresentam algumas modificações em suas estruturas curriculares, com a intenção de inovar. Entretanto, são mudanças pontuais que não modificam, substancialmente, a estrutura do curso.

Algumas falas de professores expressam indícios do momento de transição, sinalizando a mudança de um modelo de estrutura curricular para outro e, conseqüentemente, alterações no desenho curricular e nas denominações das disciplinas, conforme destacamos nos depoimentos a seguir:

No último currículo, a gente já teve uma proposta de fazer um currículo em módulos, tinha até uma disciplina chamada Integração, que eram momentos da gente discutir os conteúdos desses módulos; então, nós já temos o que seria a

saúde mental em dois momentos: o módulo dois, que era o processo de cuidar.... então, a gente tem uma disciplina que é a Relação enfermeiro-paciente, que é uma disciplina que ocorre concomitante ao processo de cuidar e também a disciplina Família, Atenção à Saúde da Família, que são todas disciplinas que a gente entende como instrumentalização para o cuidado (Hera).

(...). a Saúde Mental, ela está dentro de uma disciplina interdepartamental e, como um docente do nosso departamento, junto com outros docentes de outro departamento de saúde pública, não me lembro se tem pessoas (do outro departamento) no 2º ano, mas ainda é interdepartamental (Afrodite).

Assim, alguns avanços pontuais são observados no sentido de integrar áreas de saber e não somente modificação nas denominações das disciplinas existentes na área de saúde mental.

Quanto ao número de professores responsáveis pelas disciplinas, é possível evidenciar, em alguns cursos, carência considerável, onde um único professor fica responsável por um numeroso grupo de estudantes, tendo que se responsabilizar por todas as atividades propostas, tanto no que diz respeito ao conteúdo teórico como à supervisão nos cenários de prática. Em outros cursos, ao contrário, o programa prevê a participação de um número elevado de professores; há curso nos quais estão envolvidos nove docentes, possibilitando o trabalho com grupos menores de estudantes durante as imersões nos campos de estágio. Pode ser também observado que, durante as distribuições de conteúdos nos cursos com um número elevado de professores, cada um fica responsável por um tema, o que pode levar a uma fragmentação e desarticulação entre os próprios professores, conforme descrito a seguir:

(...) tem a disciplina e aí, depois, os conteúdos eles são bem divididinhos, cada um fica com a sua aula e .. cada um vai lá e dá a sua aula, mas não conversa com outro professor o que foi dado (Afrodite).

Nossa turma é pequena, né? São 30 alunos ingressantes. No momento, são grupos pequenos que a gente procura fazer e estar discutindo com eles. Então, com 30 alunos, dá para a gente trabalhar bem com eles...até grupo de oito alunos não é grupo tão grande, dá para a gente estar conversando com eles né?....Sim, tem alguns conteúdos que eu ministro e alguns que a professora "x" ministra (Atena).

Análise do programa das disciplinas permite evidenciar que, nos cursos com envolvimento de muitos professores, há facilidade do trabalho em grupos pequenos nos cenários de prática profissional, mas fica clara a fragmentação do conteúdo na própria disciplina, pois cada docente fica responsável por um tema, pontualmente, sem que haja uma articulação com os demais conteúdos.

Em relação à localização das disciplinas nas respectivas estruturas curriculares, ela ocorre praticamente segundo a mesma lógica em todos os cursos, ou

seja, disciplinas teóricas que instrumentalizam os estudantes para o cuidado à pessoa com transtorno psíquico, sempre antecedendo aquelas que dizem respeito ao cuidado em si, ao conhecimento da doença e dos “sinais e sintomas”, além de entrarem em contato com os principais modelos terapêuticos. Assim, as denominadas “saúde mental”; “relacionamento terapêutico”, “semiologia humana e enfermagem” são ministradas no segundo ano do curso e, as que dizem respeito à enfermagem psiquiátrica e ao contato com o indivíduo doente, no terceiro ano, momento em que os estudantes se dirigem para os campos de prática hospitalar ou para outros serviços da área da saúde mental. Isso fica mais evidente quando se atenta para os objetivos de algumas delas, como destaco a seguir:

“Proporcionar contato inicial com conceitos, princípios e instrumentos básicos de Saúde Mental” [disciplina Enfermagem em Saúde Mental-2º ano] (Curso 3).

“Estimular o aluno fazer uso consciente das estratégias de comunicação; definir os conceitos básicos de relacionamento interpessoal terapêutico e comunicação terapêutica, com base nas diferentes concepções de ser humano” [disciplina Relacionamento Terapêutico- 2º ano] (Curso 7).

“Conhecer os conceitos básicos de relacionamento interpessoal e comunicação terapêutica” [disciplina Ações Interpessoais Básicas em Saúde Mental - 2º ano] (Curso 10).

Os depoimentos de alguns professores confirmam a ideia de que primeiro deve-se, antes de sua ida aos campos de prática, instrumentalizar os estudantes:

(...) a primeira disciplina, que é só teórica, não tem nem laboratório e nem estágio, então é onde eles aprendem os instrumentos do cuidado de enfermagem psiquiátrica, os instrumentos básicos, comunicação, relacionamento interpessoal, relacionamento subjetivo? (Apolo).

É por disciplina; no primeiro ano, são as disciplinas mais básicas voltadas também para o aluno, nesse sentido do foco humanístico, então, por exemplo, as disciplinas de Semiologia, Humanas, mesmo a própria Psicologia... as mais assim, voltadas para o auto conhecimento para o aluno. Para depois, a partir do segundo ano... que inicia algo assim, para fora, para o paciente, aí, no segundo ano, tem as disciplinas de Relacionamento Terapêutico (Artemis).

Primeiro eu dou as questões de Saúde Mental, para depois entrar na área da questão psiquiátrica especificamente né. (Alceste).

No relato seguinte, há exemplo típico do modelo fragmentado de ensino, no qual todas as disciplinas básicas ocorrem desvinculadas das profissionalizantes, além da separação entre a atenção básica e hospitalar, sendo que, ao final do curso, os estudantes têm, por si só, que realizar as articulações no momento em que estão nos estágios curriculares, no hospital, ou na atenção básica:

O 1º ano são as disciplinas básicas, Fisiologia, Anatomia, o de sempre, né e eles têm duas disciplinas de enfermagem que fala da História, e uma que fala já numa primeira aproximação com a enfermagem, é de Semiologia e Semiotécnica, mas é um conteúdo bem pequeno ainda, né, no 2º ano, no 1º semestre, eles têm, na metade do tempo voltado ainda para as disciplinas básicas que não terminaram e já começa as disciplinas da área de Saúde Coletiva; então, o currículo, ele ficou assim, básicas 1º ano total, 2º ano você tem só Saúde Coletiva, então vai ver o indivíduo entre aspas, sadio, na verdade isso não acontece porque eles vão para campo de estágio onde pega doente, mas eles ficam só com o campo da saúde coletiva, todas as áreas e aí que entra a saúde mental, no 3º ano, eles só vão para área hospitalar, então eles vão ter toda a prestação de assistência de enfermagem voltada para área secundária, para área hospitalar. No 4º ano, eles têm as específicas da área hospitalar, mais pesadas, que a gente chama que é UTI, Administração a carga é grande e aí eles têm o estágio curricular supervisionado que são 400 horas no hospital mais 400 horas, sendo 300 em Saúde Coletiva, PSF e 100 em UBS (Hermes).

No processo de formação dos profissionais de saúde, a dissociação entre o ciclo básico e o profissionalizante, de maneira geral, ainda é tratada como tema atual, apesar de teoricamente ter sido abolido das estruturas curriculares. Silva (2004) cita a existência de vários fatores que interferem na articulação desses ciclos como, por exemplo, falta de integração do pessoal docente; objetivos dissociados; deficiência de orientação pedagógica; desconhecimento, por parte dos professores, do processo de formação integral, entre outros. Cabe ressaltar que a dicotomia entre os dois ciclos dificulta a integração, comprometendo, assim, a qualidade da formação; não havendo integração, os docentes têm a impressão que a carga horária para sua disciplina é ineficiente (SORDI, 1993).

Em um dos programas analisados, consta que a disciplina “proporciona ao estudante o desenvolvimento de atributos para realização de ações voltadas ao cuidado integral, às necessidades individuais, coletivas e à gestão do cuidado em saúde/enfermagem e de serviços ao indivíduo em sofrimento mental”. Os cenários de ensino aprendizagem são CAPS/hospital/ambulatório de saúde mental.

No entanto, é possível observar que, apesar da proposta da disciplina no programa oficial estar direcionada para o cuidado integral à saúde individual e coletiva, identificando necessidades de saúde de pessoas em sofrimento mental, com a intenção de que o estudante, entre outras atividades, “colete dados, formule e elabore problemas de saúde, agrupando, comparando, levantando hipóteses, relacionando

dados, estabelecendo prioridades e traçando planos de cuidado de maneira participativa”, o que ocorre, na prática, segundo o relato do professor envolvido nesta disciplina, não condiz com o que oficialmente está proposto, evidenciando um ensino voltado para conteúdos biologicistas, conforme revelam as falas:

É o relacionamento interpessoal com uma aula e aí ...ela é dividida em conteúdos dados em aulas.../Relacionamento interpessoal; Exame do estado mental; os transtornos psiquiátricos, o transtorno do pensamento, o transtorno de ansiedade, transtorno de personalidade, transtorno afetivo (TAB)... e é só de transtornos, mas a aula de psicofármacos e mais a aula de álcool e drogas. Ok só isso aí (Afrodite).

Assim, apesar de haver um programa oficial da instituição, há outro, “oculto”, que direciona o *modo operandi* dos docentes, embasado sob outra lógica.

Acredito que a estrutura organizacional da universidade em departamentos pode favorecer a fragmentação do ensino; além disso, os desenhos curriculares permitem autonomia aos docentes para escolha de conteúdos e modo de operar em suas disciplinas.

Segundo Gordan (2004), de maneira geral, os currículos ainda vigentes nos cursos da área da saúde possibilitam que os docentes escolham os conteúdos, a metodologia e o modo de avaliar, permitindo uma liberalização das atividades educacionais.

As disciplinas, cujos focos sejam o indivíduo doente, geralmente estão inseridas no terceiro ano do curso quando os estudantes têm, muitas vezes, contato com os cenários de prática pela primeira vez. Nos programas das disciplinas, podemos observar objetivos voltados ao cuidado de indivíduos em sofrimento psíquico, às políticas de saúde mental vigentes no país, à história da psiquiatria e, principalmente, às psicopatologias, conforme destacado nos objetivos definidos para essas disciplinas:

“Desenvolver o processo de cuidar em enfermagem psiquiátrica com sujeitos em sofrimento psíquico” [disciplina - Processo de cuidar em Enfermagem Psiquiátrica - 3º ano] (Curso 3).

“Conhecer a evolução histórica da psiquiatria; estabelecer diagnóstico de enfermagem a pacientes com transtorno mental; reconhecer sintomatologia psicopatológica; identificar e exercer a competência do enfermeiro nas terapias somáticas e psicossociais; atuar nas emergências psiquiátricas” [disciplina-enfermagem Psiquiátrica - 3º ano] (Curso 9).

A seguir, apresento algumas falas de professores que corroboram com os objetivos prescritos nas disciplinas:

(...) então, a gente dá a abordagem do paciente, comunicação terapêutica, alguns quadros psicopatológicos e psicofármacos, isso é o básico que a gente dá para ele poder ir para o hospital e lá, no hospital, temas mais específicos como suicídio, contenção física, emergências psiquiátricas, uso de álcool e drogas (Hermes).

Isso eu coloco tanto de drogas, paciente etilista. Eu coloco muito assim, por exemplo, de personalidade psicopata...é.... assim.... a maioria filmes que ajudam eles entenderem a parte de patologias (Dafne).

Há um programa de disciplina cuja proposta é articular-se a outra disciplina, com o intuito de “subsidiar o conhecimento e a compreensão do indivíduo normal, seus comportamentos e suas condutas determinadas por influências biopsico-sociais, com a intenção de que, com esse conhecimento, o aluno possa formular e identificar problemas para planejar o cuidado, visando contribuir com a saúde mental da pessoa, família e comunidade” [disciplina Cuidados em Saúde Mental - 2º ano] (Curso 8) .

No entanto, entrevista com o professor inserido neste curso revela que isso não ocorre na prática:

(...) tem um espaço lá para Saúde Mental, tanto é que tem o docente lá nessa disciplinaé eu entendo que essa disciplina Integralidade do Cuidado, onde a Saúde Mental está, junto né, ela tinha que ter um isso eu penso...ela tinha que ter uma conversa com os docentes ...tem que fazer link uma coisa com a outra. Então, assim, se vai para UBS para ver vacina, então a Saúde Mental tinha que estar ali junto para ver como é que pode integrar conteúdo de Saúde Mental lá ..., como o aluno pode ter clareza que uma coisa pode puxar a outra Dá para fazer isso Né? Eu não sei como é que foi a conversa, mas assim, tem uma docente nossa da psiquiatria, lá do departamento que está nessa disciplina, e aí...eu sei que assim, o docente ele não está junto com os outros, no meu entendimento ele não está junto fazendo uma conversa legal com os outros, na minha cabeça isso não está acontecendo, tanto é que esse docente, ele fica na Escola, ele dá mais aula na Escola, faz a discussão dos casos que aparece lá na UBS, então os alunos trazem e ele faz o olhar da saúde mental. Faz a discussão dos casos que os alunos viram e tal... isso é legal porque o docente está ali para...mas eu ainda fico pensando se o docente não podia estar junto lá, no cenário de prática.....porque no cenário de prática a gente vê coisas que o aluno precisa que a gente estar ali junto para estar discutindo...eu acho que ficaria mais rico se a enfermagem, se a saúde mental ela estivesse mais presente, mas mais presente não é só de corpo é... eu estou lá com os alunos na UBS, mas presente também em vários momentos de discussão, como é que podedar um conteúdo para o 2º ano, que haja essa(Afrodite).

Assim, emerge a dificuldade de articulação com áreas diferentes e a compreensão de que não bastam mudanças curriculares, com alterações nas “grades curriculares”; são necessárias mudanças mais amplas, por parte dos professores, nas relações pessoais e na compreensão da interdisciplinaridade e da criatividade.

Segundo Maia (2004:126), as demandas dos cursos, no sentido de “adaptar os currículos às novas diretrizes curriculares” e de “estudar o que existe em outras escolas e modificar um novo currículo” podem resultar em modificações pontuais e

não condizentes com a realidade do curso, apenas importando um modelo para modernizar.

Ao olhar para os conteúdos descritos nos programas, é possível apreender sua abrangência e sua coerência com os propósitos das disciplinas. As que têm, como foco, instrumentalizar os estudantes para o cuidado dos indivíduos portadores de transtorno mental, apresentam conteúdos relativos ao relacionamento interpessoal; comunicação terapêutica; relação enfermeiro-paciente; acolhimento e escuta; políticas públicas de saúde mental; legislação em saúde mental; serviços substitutivos; história da psiquiatria; entre outros. Nas disciplinas voltadas para o cuidado do indivíduo com transtorno mental, internado em hospitais psiquiátricos ou em outros serviços de saúde mental, são priorizados os seguintes conteúdos: funções mentais; assistência de enfermagem psiquiátrica aos diferentes transtornos mentais; psicofármacos; psicopatologias (sinais e sintomas); emergência psiquiátrica; trabalho em equipe; reabilitação psicossocial e família.

No entanto, cursos que têm uma única disciplina na área de saúde mental agregam os conteúdos acima relacionados em um semestre ou no decorrer do ano específico onde a disciplina se situa.

Em um dos cursos estudados, o qual opera com currículo integrado, não há disciplinas estanques; assim, também não disponibilizam programas de disciplinas, mas cadernos das séries. A estrutura curricular é anual, organizada em séries, por Unidade de Prática Profissional (UPP) e Unidade Educacional Sistematizada (UES).

O propósito da UPP e da UES é “desenvolver recursos cognitivos, afetivos e psicomotores que possam ser mobilizados e integrados para a realização de tarefas. Estas visam à identificação de necessidades de saúde do indivíduo, da família e do coletivo para o conhecimento da organização e gestão do trabalho em saúde e para o desenvolvimento de competência profissional em vigilância à saúde (promoção, prevenção, cura, recuperação e reabilitação). Propõe-se a articulação entre UPP e UES por meio de tarefas que serão realizadas no cenário de prática (UPP), subsidiadas por construção e reflexão teórica, discutidas em situações-problema (UES)” (cadernos do 1º ano- Curso11).

Na primeira série deste curso, os estudantes iniciam contatos com pessoas, famílias e serviços de um determinado território e têm, entre outras tarefas, a realização do exame físico e mental dos indivíduos, caracterizando o funcionamento do estado mental da pessoa, com ênfase em orientação, atenção, memória, linguagem, afeto, humor.

No relato a seguir, podem ser observadas a dinâmica e a proposta do curso:

Não, nós trabalhamos no 1º e 2º ano com duas grandes unidades: a unidade de prática profissional, que nós chamamos de UPP; nessa unidade, desde o início do 1º ano, os alunos, eles vão pra campo nas Unidades de Saúde da Família já pra iniciar o contato com o paciente, lógico que, como são alunos do 1º ano, o trabalho é maior, o investimento maior é na anamnese, é na comunicação, em como se relacionar com o paciente, exame físico geral, questão mais de observação. Paralelo a isso, corre o que nós chamamos de unidade educacional sistematizada, onde acontecem as sessões de tutoria e essa unidade sistematizada, ela é desenvolvida, ela é organizada com o objetivo de dar um suporte teórico pra unidade de prática profissional; então, esta unidade, ela tem descrita algumas tarefas, algumas temáticas que o aluno deve discutir no decorrer da série, sempre baseado em problema, problemas que um grupo escreve, com objetivos, com uma direcionalidade pré-estabelecida, então é uma unidade, digamos assim, semi-estruturada, que apesar de acontecer um desenho, quando o tutor, quando o professor ele entra com o seu grupo de alunos pra desenvolver a unidade sistematizada, ele tem, vamos dizer assim, um script que nós chamamos lá de guia do tutor, mas o grupo ele é dinâmico, o grupo ele é independente, de repente aquilo que você programou, o aluno ele pode ultrapassar ou, às vezes, ele pode ficar abaixo daquilo que é esperado ou ter uma abordagem um pouco diferente né, mas, de certa forma, nós temos um controle em relação à unidade sistematizada porque esse script é trabalhado com todos os tutores. A UPP, ela já fica mais aberta, porque cada grupo vivencia uma unidade, hoje nós trabalhamos com doze unidades de Saúde da Família, cada unidade dessa recebe um grupo de UPP, cada grupo de UPP é composto por 4 alunos da Enfermagem, 8 alunos da Medicina e 1 facilitador médico e um facilitador enfermeiro, sempre essa dupla de facilitadores, sempre vai ter um profissional que é da Escola e um profissional que é do serviço, então, se o enfermeiro for da Escola, o médico é do serviço, e vice-versa, numa tentativa de realmente aproximar o aluno da realidade de trabalho porque a idéia é que o ensino aconteça a partir do trabalho. Então, nesse desenho, nós não temos descrito quais são as disciplinas, é lógico que quando você lê, você consegue identificar anatomia, fisiologia, consegue identificar bioquímica, mas isso não vem um desenho curricular tradicional que cada disciplina coloca lá, quais são suas aulas, quais os objetivos gerais e específicos, isso não existe mais em nenhuma das séries. A partir da 3ª e da 4ª série, aonde os cursos se separam porque até a 1ª e 2ª série eles vêm juntos, na 3ª série então, a Medicina, ela envereda para o lado da especificidade da Medicina, e a Enfermagem, para a especificidade da Enfermagem, então a partir do 3º ano, nós só trabalhamos com a UPP, a 3ª série é mais voltada pro hospital então é o primeiro contato que o nosso aluno tem com o hospital e ele desenvolve atividades nas clínicas médica, médico-cirúrgica, pediátrica e gineco-obstétrica, não com a idéia da especialidade, mas, com a idéia do cuidar, todo ele voltado pro cuidar. Na 4ª série, metade do tempo, os alunos eles estão na rede, a outra metade no hospital mas, com enfoque maior no gerenciamento da assistência. Eles ficam um semestre no hospital e um semestre nas unidades, sempre com a visão assistencial, mas, principalmente, a questão gerencial daquela unidade. Na 3ª série esses alunos são acompanhados por docentes, junto também com os enfermeiros das unidades onde eles estão desenvolvendo o serviço. Na 4ª série o docente ele tem uma função de supervisão, então, durante a semana, no dia a dia, esse aluno é acompanhado pelo gerente da unidade onde ele está inserido e, o nosso docente, ele vai semanalmente pra fazer uma supervisão do trabalho desse aluno e também ele aproveita pra se inserir na dinâmica do serviço, então participa de reunião de equipe, participa das atividades que são mais gerenciais naquela unidade. A unidade hospitalar não tem esse enfoque da equipe como um todo, mas aí o docente e enfermeiro nosso se insere dentro da equipe de enfermagem nas atividades que são específicas da equipe de enfermagem. Na Unidade de Saúde da Família, como o trabalho é em equipe, ele entra na equipe de trabalho daquela determinada unidade (Hércules).

No depoimento abaixo, o professor, que atua no curso anteriormente citado, aponta alguns indicativos de saúde mental que podem ser trabalhados, nos cenários

de prática, com os estudantes inseridos nos serviços e em contato com as famílias e com as pessoas que residem na comunidade, durante o processo ensino-aprendizagem:

Existem alguns indicativos que falam da Saúde Mental, então, dentro dos nossos dias, dos nossos problemas, nós encontramos lá descrito a comunicação, que teoricamente é da Saúde Mental, mas que é uma questão maior de todos os profissionais, nós encontramos alguma coisa relacionada ao desenvolvimento da personalidade, nós encontramos alguma coisa relacionado a mecanismos de defesa, dependência de uma forma geral, depressão de uma forma geral, não voltado pra Enfermagem Psiquiátrica porque? Como a unidade é sistematizada, ela tem como objetivos dá um suporte para a UPP, no caso das dependências, no caso da depressão, é muito comum o nosso aluno encontrar essas situações quando ele vai no lar, então, por isso que a unidade se preocupa em proporcionar a possibilidade dos alunos discutirem essas temáticas, assim é importante quando ele vai numa casa, tem crianças das diversas idades, idoso, tem hora que ele consegue perceber que cada um, que cada fase do desenvolvimento tem uma característica, é importante para que ele possa qualificar e conhecer a sua clientela. Então, nesse sentido, nós encontramos no programa algumas descrições, mas, como as outras disciplinas, não existe uma coisa específica, um espaço específico da Saúde Mental ou da Enfermagem Psiquiátrica dentro do programa proposto pra cada série (Hércules).

Em relação aos conteúdos trabalhados nas disciplinas, com a ampliação dos cenários de prática para serviços abertos, ou seja, CAPS, Oficinas terapêuticas, Ambulatórios de Saúde Mental, entre outros, têm sido introduzidos outros temas, com menor ênfase de conteúdos específicos das psicopatologias. Estudos realizados anteriormente, analisando o ensino de enfermagem psiquiátrica em diferentes regiões do país, mostravam outro panorama do ensino.

Barros (1996) analisou o ensino de enfermagem psiquiátrica no estado de São Paulo, revelando que, na época, embora este priorizasse o relacionamento terapêutico enfermeiro-paciente, a prática de estágio era prioritariamente realizada em hospitais psiquiátricos, locais pouco ou nada terapêuticos, e que as escolas reproduziam a ideologia dominante das políticas sociais. Percebeu, nos discursos dos docentes, falas ideológicas e reprodutoras de concepções e práticas assistenciais hegemônicas.

Kantorski (1998), ao analisar disciplinas de enfermagem psiquiátrica oferecidas nos cursos de enfermagem no Rio Grande do Sul, na década de 90, evidenciou a presença de um discurso preventivista nas disciplinas da área, mesmo as que se ocupavam, especificamente, das psicopatologias do adulto. Refere ainda que o direcionamento dos conteúdos e da prática mantinha algumas influências da psicanálise, mas prevalecia o enfoque psicodinâmico; os conceitos de reforma psiquiátrica não surgiram nas disciplinas oferecidas.

Braga (1998) pesquisou o ensino de enfermagem psiquiátrica no estado do Ceará e encontrou, na década de 90, que as disciplinas apresentavam conteúdos com ênfase na transmissão de conhecimentos relativos à clínica-psiquiátrica, com enfoque no hospital psiquiátrico, com objetivo de preparar os estudantes para atuação nas necessidades terapêuticas dos portadores de transtornos mentais e de controle e proteção do doente.

O estudo de Maftum (2004), ao analisar o ensino de enfermagem psiquiátrica no Paraná, sinalizou para uma mudança impulsionada pelo momento de transição dos currículos de cursos de graduação, motivados pela LDB/96. Refere ainda que, analisando os programas de disciplinas, encontrou temas referentes ao relacionamento terapêutico, comunicação, políticas de saúde mental, reforma psiquiátrica, com enfoque nas alternativas de tratamento extra-hospitalar e menor ênfase nos sintomas e psicopatologias.

Assim, percebo que o ensino vem avançando em alguns aspectos na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no que tange à mudança de foco, isto é, um distanciamento do hospital psiquiátrico, priorizando espaços abertos e comunitários de atenção ao portador de transtorno mental; no entanto, em alguns casos, ainda é possível perceber a presença de conteúdos mais centrados nas psicopatologias e terapêuticas medicamentosas.

Quanto à carga horária disponível nos programas, no que se refere à área de saúde mental, geralmente, as disciplinas de natureza somente teórica têm uma carga que varia de 30 a 60 horas e, as teóricas-práticas, entre 210 e 75 horas. De maneira geral, há um equilíbrio entre o conteúdo teórico e prático, sendo que, quase sempre, os mesmos estão desarticulados, ou seja, os alunos têm um bloco/módulo teórico e, apenas posteriormente, dirigem-se para os campos de prática. As falas de alguns professores revelam essa situação:

Módulo teórico, porque como a gente tem rotatividade com outra disciplina, não tem essa possibilidade do aluno ir e voltar. Nós temos três períodos na semana que a gente tem que dar essa parte teórica, porque, quando chega na parte prática, todos têm que estar na parte prática, então, a gente tem que estar caminhando todo mundo junto, as três disciplinas (Atena).

Não, eles têm um bloco teórico antes de ir para o campo, eles terminam o bloco teórico, na semana seguinte a gente começa o bloco teórico-prático e aí vai até o fim do semestre (Hermes).

Pelos relatos apresentados, é possível apreender que a prática é vista como uma aplicação da teoria. Para Maia (2004:126), as instituições de ensino superior na área de saúde têm procurado efetuar mudanças em seus projetos políticos

pedagógicos na intenção de replanejar seus currículos e abolir alguns vícios existentes nos antigos currículos como, por exemplo,

“a supervalorização do teórico sobre o que é prático. Os conteúdos predominam sobre as experiências. Ao final, a insistência excessiva nas teorias acaba repercutindo nas possibilidades de construir novos conhecimentos que constituam aportes reais para melhoria das atuações docentes”.

A modernidade supervalorizou a teoria e deixou subentendido que ela seria a referência da prática, ideia ainda presente nos currículos escolares universitários. Só é considerado conhecimento válido aquele que passou pelo crivo científico, segundo, muitas vezes, uma única concepção de ciência. A ruptura com essa ideia e reorganização dessa relação assume que a dúvida epistemológica é que atribui sentido à teoria. Ela nasce da leitura da realidade. Assim, a prática social é condição de problematização do conhecimento que os estudantes precisam produzir. A prática, nesse sentido, não significa a aplicação da teoria, mas sua fonte (CUNHA, 2008).

Em relação ao método de ensino utilizado nas disciplinas, a análise dos seus programas mostra predominância de metodologia tradicional, cujo ensino ainda está centrado no professor; no entanto, os entrevistados procuram utilizar várias estratégias de ensino, como discussão em grupos, seminários, visitas com discussões posteriores, filmes, dramatizações, discussão de casos e aulas expositivas dialogadas.

Um dos cursos apresenta um programa oficial, com proposta de utilização de ciclo pedagógico, por meio de “inserção do aluno na realidade; registro das atividades realizadas individualmente em uma folha; em subgrupo, realizando leitura, discussão e sínteses dos relatos, chegando à uma questão de aprendizagem; a partir de então, os alunos fazem busca de informações em fontes científicas variadas que subsidiem a compreensão das questões de aprendizagem, elaborando uma síntese do material pesquisado (individualmente) e, a seguir, compartilhando com os outros colegas, com a intenção de compreender os problemas identificados e reconstruir a prática profissional” [disciplina Enfermagem Psiquiátrica] (Curso 8). Isso não condiz com o cronograma de atividades disponibilizado pelo docente entrevistado e pelos relatos durante a entrevista realizada. No cronograma, constam temas já pré-estabelecidos, permeando os momentos de prática nos serviços de saúde onde são realizados os estágios. A fala docente revela essa situação:

(...) tem umas três aulas no início: relacionamento.....há... que mais.... estado mental....há.... transtorno do pensamento.... e depois esse aluno vai, começa o

estágio. Paralelamente a esse estágio, nós temos aulas teóricas no período da tarde, os estágios, então, acontecem no período da manhã e cada docente fica responsável por um grupo (Afrodite).

Conforme já discutido anteriormente, fica evidente, mais uma vez, a autonomia do professor em desenvolver a disciplina de acordo com sua lógica ou a do departamento em que está inserido.

Em outro curso, o docente, individualmente, tenta, com sua turma, utilizar outro método de ensino:

(...) estão no processo, eu tenho aula que começa desde o relacionamento interpessoal, que faço uma revisão até patologia, psicofármacos, assistência de enfermagem a algumas patologias e isso vai ao longo... e tem intercalado estágios. Então, tem o primeiro encontro que a gente faz o contrato, o contrato é nesse sentido, olha, eu trabalho dessa forma, com essa metodologia, você vai ter que fazer isso, isso e isso e eu vou ter que fazer isso, isso e isso, eu vou ministrar algumas aulas, nós vamos para prática, aí eu falo como que é essa coisa da problematização. Dou um texto para eles também sobre o método e esse faz parte até da bibliografia complementar da disciplina - o texto sobre problematização para eles conhecerem e aí a partir disso a gente trabalha ah, esse primeiro encontro já ...duas práticas, dessas duas práticas o primeiro dia é mais para conhecer, tal, o segundo eles já tão levantando problema...(Apolo).

No curso com currículo integrado é utilizado, como método de ensino, a problematização e Aprendizagem Baseada em problemas (ABP), conforme descrito nos cadernos das séries e confirmado pelo seguinte relato do professor:

Nossa organização curricular se baseia em duas estratégias, a problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas; então, uma das unidades que nós temos que é a unidade de prática profissional que é a unidade aonde os alunos vão para prática, tanto na Saúde da Família, ele se utiliza da problematização, enquanto que o aprendizado baseado em problemas ela é utilizada na unidade sistematizada. A unidade sistematizada acontece no 1º e 2º ano junto com a unidade de prática profissional. A partir do 3º e 4º ano aí desaparece a unidade sistematizada e os alunos ficam só na unidade de prática profissional (Hércules).

A problematização e a aprendizagem baseadas em problemas (ABP) têm sido incorporadas em algumas práticas do ensino superior em saúde. Berbel (1998) lembra que são duas propostas metodológicas diferentes; a problematização pode ser utilizada para ensino de determinados temas de uma disciplina e, a ABP, direciona toda uma organização curricular.

Cyrino e Pereira (2004) referem que são duas metodologias apoiadas na aprendizagem por descoberta e significativa. A problematizadora trabalha com a construção de conhecimentos a partir da vivência de experiências significativas, os conteúdos não são oferecidos aos estudantes de forma acabada, mas sob forma de problemas, cujas relações devem ser descobertas e construídas por eles. O professor

tem a tarefa de mobilizar e instigar para que tal aprendizagem ocorra. No caso da ABP, é uma proposta que se utiliza de tema de estudo prévio que será transformado em problema para ser discutido em um grupo tutorial; o problema será apresentado a um grupo pelo professor-tutor, o qual deve incentivar o levantamento de hipóteses para explicá-lo e, a partir daí, objetivos serão traçados para melhor estudá-lo; pesquisas e estudos serão propostos e, em nova discussão em grupo, será realizada a síntese e aplicação do novo conhecimento.

As duas propostas têm referenciais teóricos pedagógicos distintos. A problematização insere-se em uma concepção crítica de educação e a ABP, inspirada na Escola Nova, propõe-se a preparar o aluno cognitivamente para resolver problemas relativos a temas específicos do ensino da profissão (CYRINO; PEREIRA, 2004).

Em relação à avaliação dos estudantes, constam, nos programas, que são realizadas avaliações escritas e/ou testes e estudos clínicos. Uma avaliação é aplicada, geralmente, no meio da disciplina e, outra, ao final. Nas disciplinas que têm parte prática, consta a avaliação dos estudantes nos estágios, utilizando a observação das atividades, envolvimento e apresentação de relatórios ou estudos de caso. Uma das disciplinas faz referência à utilização de portfólio do estudante como instrumento para sua avaliação e, outras, referem o uso da autoavaliação; em nenhum caso foi possível ter, em mãos, o modelo dos instrumentos utilizados.

Nos fragmentos de falas apresentados a seguir, algumas dessas situações descritas são visualizadas:

Então, a Atenção em Saúde Mental tem os relatórios, tem duas provas, esse ano a gente diminuiu os relatórios porque eram três visitas e três relatórios e aconteceu que descobriram que tinha aluno que copiava relatório, entendeu? (Hera).

(...) nós temos um instrumento de avaliação e é uma avaliação que ele tem dois momentos, a gente faz uma avaliação no meio da disciplina e aí tem os itens lá; são itens que têm valores e eu tenho uma auto-avaliação e uma avaliação do professor, então eles fazem uma auto-avaliação para cada item, é que eu não tenho para te mostrar agora, eu não tenho, tenho de outra disciplina que não é da saúde mental. A gente faz a avaliação com o aluno, avaliação formal de dar nota mesmo e é processual, a nota que conta não é a do meio, é a última, então não é média dessas duas, é a nota final, é processual então a gente faz o que tem que melhorar, onde precisa melhorar...(Apolo).

(...) eu tenho utilizado o portfólio que na verdade vai permitindo que você perceba o crescimento do aluno no dia a dia né?(Atena).

Quanto à avaliação dos estudantes, um dos programas analisados propõe “avaliação formativa, que terá como referência os desempenhos esperados para disciplina; será realizada de forma sistemática, com registro e ciência do estudante. Constarão da avaliação o desempenho do estudante no pequeno grupo e no cenário

de prática, exercício de avaliação cognitiva e o portfólio reflexivo construído pelo estudante” [disciplina – Enfermagem Psiquiátrica - 3º ano] (Curso 8).

Entretanto, na entrevista, o professor refere-se à avaliação, segundo a fala:

A avaliação do primeiro grupo foi feita uma prova. Uma prova com questões abertas e tinha questão fechada também. Isso, porque no ano anterior os alunos acharam... fizeram a reivindicação, aí no primeiro grupo, nós fizemos a prova, corrigimos, mas, para o segundo grupo, resolveram que ...por queixa dos alunos, nas questões da prova, ficou muito claro que não havia integração do conteúdo. Isso ficou claro na prova teórica, os próprios alunos falaram que as questões estavam desarticuladas - Do segundo, não teve a prova. Nós..... no primeiro grupo usamos também a apresentação de estudo de caso né no final (Afrodite).

Assim, há alguma incoerência entre o proposto na disciplina e a fala do professor; também é possível apreender insegurança na forma de avaliar o estudante no processo ensino-aprendizagem.

O curso que apresenta currículo integrado propõe avaliação cognitiva, autoavaliação e avaliação do professor tutor; as séries trabalham com instrumentos pré-definidos para cada um desses momentos.

“A avaliação constitui-se em um ato dinâmico, de natureza processual, que precisa ser programado pelos envolvidos, favorecendo o processo de ensino aprendizagem. Ocorre de modo dialogado, no qual o professor e o estudante, cada qual assumindo seu papel, comprometem-se com a construção do conhecimento e com a formação de um profissional competente. A avaliação do estudante é referenciada em critérios. Isso significa que um padrão, considerado apropriado, é utilizado para comparação com os desempenhos de cada estudante, ao longo do curso.” [caderno 1ª série] (Curso 11).

Para Luckesi (2001), provas e exames têm, por finalidade, verificar a aprendizagem dos estudantes em relação a determinado conteúdo e classificá-la em termos de aprovação ou reprovação, ou notas, que variam de zero a dez, tratando-se de uma prática seletiva. O mesmo autor refere que a avaliação deve ser um “ato amoroso”, no sentido de que seu objetivo é diagnosticar e incluir o estudante no processo avaliativo; afirma que todos precisam de acolhimento por parte de nós mesmos e dos outros.

As referências bibliográficas indicadas pelos programas expressam coerência em relação às propostas das disciplinas anteriormente discutidas e, de maneira geral, estão atualizadas.

6.4 As entrevistas

Neste tópico serão enfocados os dados coletados por meio de entrevistas com os professores, sujeitos desta pesquisa, e analisados à luz da revisão da literatura que consta no capítulo II desta tese. Durante o processo de análise, emergiram as seguintes categorias temáticas: **O professor como sujeito inserido em um curso de graduação em enfermagem; A atuação do professor no ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e Construindo-se como docente.**

Cabe ressaltar que na apresentação dos resultados estão presentes, implícita ou explicitamente, diferentes concepções de mundo, de homem, de aprendizagem, conhecimento, sociedade e cultura dos sujeitos participantes. Essas diferentes concepções implicam em escolhas, tanto de abordagens pedagógicas como teóricas, as quais subsidiam o ensino em saúde mental.

6.4.1 O professor como sujeito inserido em um curso de graduação em enfermagem

Para melhor apresentação e organização dos dados, nesta categoria serão trabalhadas as questões referentes às condições dos cursos onde os professores, sujeitos da presente investigação, estão inseridos, no tocante à Construção do Projeto Político Pedagógico do curso, entendendo que tal construção se reflete nos eixos pedagógicos e eixos relacionados à visão sobre saúde, na estrutura curricular, perfil do aluno e diretrizes do projeto.

- Construção do Projeto Político Pedagógico

O Projeto Político Pedagógico é um desafio para os cursos de graduação no sentido de que, por ele, podem ser indicados novos caminhos e novos rumos para as escolas. Segundo Veiga (2002:25), há vários caminhos para construção do Projeto Pedagógico de um curso, os quais devem ser marcados por momentos distintos e interdependentes: *o ato situacional*, no qual se descreve a realidade e se desenvolve a ação pedagógica (“desvelamento da realidade sociopolítica, econômica, educacional e ocupacional”); *opção pelo referencial teórico* a ser seguido; quais concepções são necessárias para transformação da realidade (perfil dos alunos, formar para qual sociedade) e *o ato operacional*, ou seja, como realizar a ação (tipo de gestão, relação entre pedagógico e administrativo, organização do trabalho pedagógico) e avaliação do processo.

Segundo Veiga (2008), nos últimos anos temos vivenciado uma demanda de ampliação dos compromissos das escolas para responder a novos desafios advindos de pressões, tanto de ordem externa, como por exemplo, fatores social, econômico-cultural, científico e tecnológico, como interna, relacionados ao desenvolvimento do conhecimento sobre o processo educativo.

A partir da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, concretiza-se o Parecer do CNE/CES, nº 776, de 03 de dezembro de 1997 e é apresentado o entendimento sobre as Diretrizes Curriculares como orientações para elaboração dos Projetos Pedagógicos em todas as instituições de ensino superior. Além desse Parecer, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem (DCENF) têm, como referência, o Parecer do CNE/CES nº 1.133, de agosto de 2001, que sinaliza para concepção de saúde voltada aos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1996; BRASIL, 1997; BRASIL, 2001a).

Para atender a essas exigências legais, as escolas iniciam a discussão e construção de seus projetos pedagógicos. Cabe destacar que o projeto político pedagógico de uma escola difere do seu plano diretor, composto por um conjunto de metas, objetivos e procedimentos; isto tudo faz parte do projeto da escola, mas não é todo o seu projeto. O plano fica no campo do instituído. O projeto pedagógico não nega o instituído, ou seja, o contexto histórico da escola, o currículo, métodos e seu modo de vida, mas confronta o instituído com o instituinte. Ele sempre tem uma direção política e é um processo contínuo. Em uma gestão democrática, o projeto pedagógico é construído coletivamente, ou seja, por todos os atores envolvidos com o processo educativo (GADOTTI, 1994).

Conforme Veiga (2002), a proposta pedagógica é a organização do trabalho pedagógico da escola e compete aos professores, ao coordenador pedagógico, ao diretor e aos funcionários elaborar e cumprir seu plano de trabalho, ou seja, seu plano de ensino. O projeto pedagógico, ao se constituir em processo participativo de decisões, instaura um processo de trabalho que desvela conflitos e contradições, buscando lidar com relações competitivas e autoritárias. A construção do projeto pedagógico demanda tempo, estudo, reflexão e aprendizagem de trabalho em grupo.

Porém, nas entrevistas com os professores, percebo que nem sempre a participação na construção do projeto é coletiva. Em alguns momentos, eles, atores do processo educativo, sentem-se inseguros em afirmar que conhecem o projeto pedagógico do curso em que estão envolvidos:

Eu sei que existe o Projeto Pedagógico, já até tive em mãos esse Projeto Pedagógico, é..., só que, por exemplo, eu olhei tal, tive em mãos e sei inclusive que ele está passando por alterações. Eu sei que existir ele existe, inclusive pelo contato que eu tenho com o coordenador, a gente conversa, eu sei que está sendo reestruturado..... Só que se você perguntar para mim: ah, fale aí sobre o Projeto Pedagógico, eu não vou conseguir te falar com muita certeza, entendeu?... (Apolo).

Na realidade, a gente já teve várias discussões sobre o Projeto Pedagógico, pelo fato da faculdade, nesse período que eu estou lá, ter passado por reformulações do currículo. Então assim, vez por outra, em discussões, reuniões, é falado sobre o Projeto Pedagógico, embora eu, particularmente não domine. Quando eu entrei não foi apresentado (o projeto pedagógico), eu senti certa dificuldade nesse sentido. Depois, conforme foram tendo essas discussões que eu fui me interagindo... mas, a princípio...(Artemis).

No entanto, a participação coletiva na construção do projeto está descrita como um dos parâmetros gerais das DCENF; assim, algumas das escolas, para responderem às diretrizes, envolvem seus professores no processo de construção mesmo que eles ainda não tenham clareza sobre a finalidade do Projeto Político Pedagógico:

Então, ter o projeto em mãos eu até ajudei a construir, na verdade assim, a gente construiu quando foi obrigatório pela questão da.....ajudei a construir, mas, de uma forma geral, assim, eu sei o que se espera do enfermeiro, mas assim, se você perguntar hoje isso detalhadamente eu não saberia te responder...(Atena).

Sim, sim. De maneira geral, né? Não o específico nosso (Hermes).

Dos entrevistados, apenas um refere conhecer, com certeza, o projeto e menciona a participação dos docentes na sua construção:

Conheço. Dizer especificamente para você agora!!, eu não tenho em mãos, mas eu participei do Projeto Pedagógico (...) nós professores participamos dessa construção (Alceste).

Veiga (2008) faz referência à construção do projeto pedagógico sob dois pontos de vista distintos - o estratégico-empresarial e o emancipador. Segundo essa autora, uma concepção de projeto de escola ,regido sob o ponto de vista estratégico empresarial, implica em uma escola submissa aos valores do mercado “mercoescola”, direcionada à formação de clientes e consumidores, privatista e excludente. Nessa concepção, o desafio é garantir qualidade formal de modo a aumentar o desempenho da escola por meio do planejamento eficaz. Nesta lógica, os pressupostos são: pensamento dicotomizado da ação; estratégia separada do operacional; os pensadores separados dos concretizadores. Acresce-se que a gestão é regida em processo autoritário de tomada de decisões e relações verticalizadas.

Sob o ponto de vista emancipatório, a escola é emancipadora e cidadã; estatal, quanto ao funcionamento; democrática, quanto à gestão; pública, quanto à destinação e inclusiva. O desafio é garantir qualidade técnica e política para todos. Seus pressupostos são: articulação teoria-prática; ação consciente e organizada; participação efetiva da comunidade escolar e trabalho coletivo; articulação entre a escola, família e comunidade. O tipo de gestão é democrática para construir melhoria na qualidade do ensino e a mesma é construída em colaboração voluntária.

Assim, é possível perceber, com os relatos dos professores, especificamente aqueles que dizem respeito à construção dos projetos pedagógicos, que os mesmos estão permeados pelas duas lógicas: ora mais na lógica estratégico-empresarial, ora na emancipadora.

A construção, implementação e concretização de um projeto político pedagógico, segundo Pinheiro (2002), não se constitui em tarefa fácil nem rápida; ao contrário, exige tempo e compreensão para a necessidade de mudanças e, principalmente, disposição para o rompimento com práticas já sedimentadas nas ações pedagógicas.

Gadotti (1994) refere que a construção de projetos requer tempo para amadurecer as ideias, necessita ser discutido e isso demanda tempo. O autor lembra que só os projetos burocráticos são impostos.

A questão do tempo requerido para a construção dos projetos de seus cursos surge nas falas de alguns professores:

*(...) são 10 anos discutindo o PP, ele saiu pronto (Hera).
(...) eu acho que faz uns dez anos que vem sendo construído (Atena).*

Entendo que para construção de projetos há de se ter paciência, persistência, saber negociar e aprender a lidar com as diferenças e conflitos, sempre presentes nos processos de mudanças, além de compreender que o projeto pedagógico de um curso estará sempre em construção e nunca totalmente finalizado.

Outros professores fazem referências às revisões às quais são submetidos os projetos de cursos em que estão inseridos:

Ele foi reconstruído agora, em 2008, nós fizemos a revisão porque ele era de 1999, quando nós iniciamos a proposta de mudança curricular e, agora, no ano de 2008, nós fizemos a revisão (Hércules).

Na verdade, a gente dá uma revisão todos os anos, esse ano eu ainda não revi porque eu estava afastada de licença médica, mas ele (PPP) é revisado todo ano...(Alceste).

Para Gadotti (1994), um projeto pressupõe constante avaliação e, nesse sentido, requer acompanhamento rigoroso e avaliação.

Outros sujeitos mencionaram a existência de grupos criados nas instituições de ensino para coordenar as discussões do projeto; outros depoimentos apontam para divisão de tarefas, ou seja, um grupo fica responsável por construir o projeto, outro para discutir. Ainda referem que recebem o projeto pronto e realizam modificações quando são autorizados:

(...) tirou agora também esse grupo gestor, a nova coordenação, quer dizer, nós começamos a discutir (Hera).

(...) eu acho que é importante também ter essa participação, mas como a gente se dividiu, acho que isso também é um ponto que tem que ser visto, como a gente divide em, tipo assim: esse grupo fica com o PP, esse grupo vai discutir...(Apolo).

Olha...Isso daí já foi desenvolvido e isso foi passando de gestão para gestão... como a gente tem as renovações do curso e, às vezes, quando eles dão autorização para gente...para a gente fazer uma alteração de grade né... do projeto pedagógico, isso cabe à direção atual e à coordenação, quer dizer a...ao próprio departamento de enfermagem é quem está responsável tanto pela parte teórica, como pela parte prática.. então, nós temos essa liberdade de estar fazendo essa alteração.E, depois que a gente faz essas alterações, a gente manda para o conselho. Então, se o conselho aprovar, ótimo....(Dafne).

Conforme já referido, a construção do projeto, alicerçada em uma lógica estratégico-empresarial, separa os “pensadores dos concretizadores”, ou seja, provoca uma cisão entre os que pensam e os que executam, fortalecendo, assim, o individualismo e o isolamento, geradores do trabalho docente fragmentado, isolado e desarticulado.

Em outros relatos, é possível apreender que os docentes, mesmo que não tenham participado da construção inicial do projeto político pedagógico, sentem-se contemplados e escutados pelos seus pares nos momentos de discussões grupais em oficinas ou em espaços oficiais, onde são compartilhadas as ideias do projeto elaborado por um grupo. Nesses espaços, as propostas são discutidas pela comunidade escolar e geram encaminhamentos para elaboração ou revisão do projeto:

Essa revisão foi feita pelo grupo gestor do curso, então o coordenador do curso, os quatro responsáveis pelas séries e mais o responsável pela unidade de prática profissional que é uma unidade de ensino que nós temos lá. E esse projeto ele foi desenhado por esse grupo, mas, discutido com toda comunidade docente, então esse grupo, ele construía, ele elaborava as idéias e levava para o conjunto dos docentes para concordância ou discordância eventuais em relação à proposta curricular, então eu tive uma participação durante todo esse processo (Hércules).

Houve várias oficinas...eles mostraram toda construção do projeto político pedagógico ao longo de um tempo, porque houve toda uma negociação para que isso acontecesse e efetivamente ele acontece a partir de 2005 (Atena).

A gente não ajudou a construir, mas todos nós conhecemos, a gente estudou o PP, inclusive né tem dois porque a grade mudou, então a gente tem dois PPs, um com uma grade e outro com outra, todo mundo estudou, a gente sentou no começo do ano pra estudar e tal (Dionísio).

Ao refletir sobre as falas dos professores no que diz respeito à construção do PPP, parece que os mesmos o abordam somente como um documento estanque, que deve ficar no papel, e não com a ideia de um processo contínuo, estabelecendo uma visão de que sua construção e implantação se constituem em elementos suficientes para sua instalação definitiva. Assim, segundo essa concepção, o que deveria ser entendido como processo em construção reduz-se a procedimentos desconectados de trabalho.

O processo de construção do projeto pedagógico é dinâmico e exige esforço coletivo e comprometimento; não se restringe apenas à elaboração de um documento, escrito por algumas pessoas, para cumprir formalidade (VEIGA, 2002).

Em relação ao perfil profissional desejado para os estudantes inseridos nos cursos, as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem enfatizam a formação de profissional generalista, atento às questões humanísticas, crítico e reflexivo (BRASIL, 2001a). Além do contexto da reforma educacional, há de se considerar também o Movimento da Reforma Sanitária, culminando com a consolidação do SUS, em 1988, impulsionando para um novo modelo assistencial de saúde que demanda formação de profissionais de saúde com outro perfil. Esse novo modelo requer profissionais capazes de reconhecer a amplitude necessária de atuação, visando um atendimento às necessidades sociais, que imprimem qualidade aos serviços de saúde (LANA; BARBIERI; BOCARDI, 2006).

Os Cursos de Enfermagem investigados neste estudo, com intuito de atenderem às DCENF, iniciam mudanças em seus currículos e propõem, em seus projetos políticos pedagógicos, a formação de um profissional generalista, conforme mostram os depoimentos:

(...) o objetivo final é formar o enfermeiro, no caso generalista, com uma visão integrada, holística (Artemis).

É enfermeiro generalista, com uma visão crítica da sociedade, toda aquela questão que foi colocada no primeiro momento para ser discutido nas escolas...está embasando nosso projeto (Atena).

(...) ele é voltado para formação do enfermeiro generalista que possa atuar na rede hospitalar, mas, sobretudo, na Saúde Coletiva (Dionísio).

Um dos entrevistados refere que na descrição do PPP de seu curso, o perfil esperado do profissional egresso é o de alguém que atenda às demandas de assistência do cuidado de uma forma adequada e consiga fazer o gerenciamento. Ressalta que, na prática, o gerenciamento sobrepõe-se à assistência:

(...) quando você lê o Projeto, o perfil seria estar formando um enfermeiro que consiga prestar bem a assistência e consiga fazer o gerenciamento, mas, na prática, o gerenciamento ganha uma porção maior aí de ênfase (Hermes).

O perfil generalista, apesar de estar descrito nos projetos pedagógicos dos cursos, parece ainda não estar sendo contemplado em sua totalidade, principalmente quando se atenta para as estruturas curriculares herméticas, disciplinares e fragmentadas, mais propícias para atenderem à lógica das especialidades.

Em relação às diretrizes e/ ou eixos norteadores que regem os projetos pedagógicos dos cursos investigados, há aspectos, referentes aos eixos, que dizem respeito à visão de saúde/ cuidado em saúde e aos eixos pedagógicos do curso, explicitados em sua estrutura curricular.

Ao buscar pela definição de diretrizes no dicionário da língua portuguesa, encontrei em Ferreira (1986: 594) “(...) uma linha reguladora do traçado de um caminho ou de uma estrada; conjunto de instruções ou indicações para retratar e levar a termo um plano, uma ação, um negócio (...)”. Nesta perspectiva, as diretrizes do projeto político pedagógico devem ser compreendidas como a orientação geral sobre qual marco referencial, filosófico, conceitual e estrutural o projeto irá seguir, indicando, assim, qual será o norte político e pedagógico do curso.

As Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem têm sido o ponto de partida para o processo de construção dos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem, os quais devem nortear a formação de profissionais competentes, críticos e comprometidos com a saúde da população (FERNANDES, 2006). Nas Diretrizes, estão apontados alguns princípios educacionais para possibilitar a flexibilidade dos currículos, tais como: aluno e professores, enquanto sujeitos ativos do processo ensino aprendizagem; articulação entre teoria e prática; pesquisa integrada ao ensino e à extensão, utilização de metodologias ativas; currículos fundamentados na humanização, avaliação formativa e educação orientada aos problemas reais da sociedade. Para atender a esses princípios, as escolas terão a preocupação em formar sujeitos críticos-reflexivos, inovadores e flexíveis, além de atenderem às demandas do Sistema Único de Saúde (SUS) e compreenderem seus princípios norteadores.

Alguns dos sujeitos, quando questionados sobre as diretrizes e/ou eixos norteadores dos projetos políticos pedagógicos de seus cursos, citam as diretrizes que lhes são mais significativas ou aquelas mais enfocadas em cada curso em particular, muito embora todas as citadas estejam descritas nas Diretrizes Curriculares para Cursos de Graduação em Enfermagem, como pode ser visualizado:

É... quais as diretrizes... As diretrizes eu estou me lembrando... É tem o eixo, o eixo como é que fala.... tem o eixo da Atenção Primária, tem outro eixo que é das Competências, o referencial das competências, o eixo também, deixo ver se estou lembrando....Atenção Primária, Competências....tem a Interdisciplinaridade... (Afrodite).

É, na realidade, houve uma mudança para voltar mais o currículo para o aspecto humanístico lá na Faculdade (Artemis).

Na realidade, assim, se você olhar o PP e o currículo, embora ele diga que é voltado para assistência e gerência, gerenciamento da assistência de enfermagem, eu vejo que ele é muito mais focado no gerenciamento (Hermes).

Cabe ressaltar que, embora em algumas falas relativas aos eixos norteadores do Projeto Político Pedagógico os professores tenham verbalizado que atuaram na construção do mesmo, ao mesmo tempo não se lembram dos eixos que o norteiam. Cabe, então, perguntar: eles compartilharam, efetivamente, dos eixos propostos? Compreendem-os, ou só utilizam jargões, palavras soltas, porque estão no linguajar atual?

No que diz respeito aos eixos sobre a visão da saúde, as Diretrizes Curriculares (Brasil, 2001a) propõem: “a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento”. Além disso, também explicitam, como uma das competências gerais, que: “os profissionais devem estar aptos a fazer o gerenciamento e administração, tanto da força de trabalho, dos recursos físicos e materiais e de informação, da mesma forma que devem estar aptos a serem gestores, empregadores ou lideranças na equipe de saúde”.

Neste sentido, as falas dos docentes evidenciam que os projetos pedagógicos têm apresentado, como um dos eixos norteadores, a Atenção Primária à Saúde e os princípios do SUS:

Atenção Primária, Competências....tem a interdisciplinaridade...é...eu não lembro se inserção em cenários de prática... é em cenários de prática, como que fala... eu não sei se é prioridade a palavra, que tem esse link com o SUS (Afrodite).

Princípios do SUS, toda diretriz nossa é baseada neles, a idéia é formar profissionais generalistas para o trabalho no SUS (Hércules).

(...) 2005 que lá na faculdade começaram a discutir a mudança do curso que deveria ser voltado mais para área da Saúde Coletiva e era muito centrado no hospital né?... (Iris).

Os elementos norteadores das práticas em saúde têm sido a visão integrada, intersetorial, ampliação da estratégia de promoção e responsabilidade sanitária. A declaração de Alma Ata (1978) proclamava “saúde para todos no ano 2000”. Foi um marco político de âmbito mundial que visou almejar a atenção primária à saúde para todos. Outro marco foi a Conferência de Otawa (1986), propondo promoção de saúde e qualidade de vida, identificação dos determinantes da saúde situados no biológico e, além dele, no estilo de vida e no meio ambiente. No Brasil, há de se pontuar a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986) e o Movimento da Reforma Sanitária como dois marcos históricos fundamentais para saúde (LAMPERT, 2002).

A Constituição de 1988 declara, em seu bojo, que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo, mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para uma promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). A Lei Orgânica da Saúde - Lei nº 8080, de 1990, trata das condições para promoção e recuperação da saúde, bem como da organização e funcionamento dos serviços correspondentes. É o que define a estrutura geral do sistema de saúde brasileiro (PINTO et al., 2009)

O momento vivido no setor saúde desde então e, após a convocatória da 12ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, reafirma a necessidade de prosseguir a reflexão sobre a construção e consolidação dos pressupostos do SUS, com base nos pressupostos da Reforma Sanitária Brasileira, particularmente com o resgate do papel dos gestores dos três níveis de governo, da sociedade civil e das instituições formadoras de profissionais de saúde. Lançado este desafio, torna-se mais premente a necessidade das instituições de ensino, formadoras de profissionais da área da saúde, repensarem seus currículos de modo a atender às demandas que estão colocadas (OLIVEIRA; KOIFMAN, 2006).

Outros docentes mencionam que a Saúde Mental e Saúde Coletiva integram-se para discutir questões relativas ao SUS:

Na verdade, só dentro da própria disciplina mesmo que a gente discute a questão da Saúde Mental dentro do Sistema Único de Saúde, acho que é o único laço que existe, a integração é com a Saúde Coletiva que a gente discute bem a questão dos conteúdos coletivos (Dionísio).

(...) existe uma proposta de nós inserirmos no 4º semestre também, que é o semestre da Atenção Básica, é um semestre inteiro só de Atenção Básica, então,

todas as ações, mulher, criança, mental vão ser desenvolvidas na Atenção Básica, é esse olhar da especialidade para a Atenção Básica não é? (Perseu).

No Brasil, a formação de profissionais da área da saúde, voltada para área social, vem se estruturando já alguns anos. A própria constituição brasileira estabelece que uma das ações do SUS é ordenar a formação de recursos humanos na área da saúde. Assim, os cursos de formação na área deverão considerar as necessidades emanadas pelo modelo de assistência à saúde praticado pelo SUS. No entanto, na prática docente, nem sempre os docentes envolvidos na formação estão inseridos no SUS, encontrando-se distanciados da lógica e da dinâmica do sistema, o que dificulta o aprendizado do estudante.

O estudo de Kantorski e Silva (2000), abordando o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental nas universidades públicas do Rio Grande do Sul, evidenciou a relevância de uma disciplina da área de saúde mental integrar-se a uma da saúde pública, por possibilitar fecundas discussões sobre a assistência de enfermagem à família, grupos e comunidade, nos três níveis de prevenção, enfocando a saúde mental comunitária e sua relação com a cultura local.

Em relação aos eixos pedagógicos que norteiam o projeto, há professores que apontam as opções dos cursos sobre método de ensino para o desenvolvimento de suas ações pedagógicas no processo ensino aprendizagem. Segundo suas falas, as opções consideraram as atuais exigências para o ensino de graduação em enfermagem e as demandas advindas do mundo do trabalho em saúde:

É...a principal diretriz talvez seja o ensino através de metodologias ativas. Nós trabalhamos com a idéia da competência do aluno, do trabalho por competência através das metodologias ativas, toda nossa prática, todo nosso projeto, ele busca que o aluno entre em contato com a prática e com as competências do futuro profissional desde o primeiro ano. Todo o nosso curso é estruturado em metodologias ativas. Na unidade de prática profissional, uma das unidades, nós trabalhamos com a problematização e na unidade sistematizada nós trabalhamos com o PBL (Hércules).

(...) Integralizar os alunos, fazer a correlação entre as disciplinas, agora, de cabeça, assim, eu não me lembro perfeitamente mas eu atuei nas diretrizes, formar o perfil cidadão, inter-relacionar com as outras áreas, não é? (Alceste).

No tópico de organização do curso citado nas DCENF (Brasil, 2001a) consta que

“a aprendizagem deve ser interpretada como um caminho que possibilita ao sujeito social transformar-se e transformar seu contexto. Ela deve ser orientada pelo princípio metodológico geral, que pode ser traduzido pela ação-reflexão-ação e que aponta à

resolução de situações problema como uma das estratégias didáticas”.

As metodologias ativas, embasadas na concepção pedagógica crítico-reflexiva, possibilitam a efetiva participação dos sujeitos envolvidos no processo ensino-aprendizagem (FERNANDES, 2006).

A estrutura curricular de um curso sinaliza para a lógica a que ele se direciona, segundo qual visão de ciência, de conhecimento e de homem.

Sob a visão moderna da ciência, a organização curricular é realizada por um conjunto de disciplinas, rigidamente determinadas, e os cursos apresentam um período básico e outro profissionalizante, fragmentando teoria da prática. Os estágios ocorrem ao final do currículo escolar. Muitos cursos ainda seguem esse modelo, apresentando um currículo com configuração de coleção, agrupando as disciplinas por semestre ou por ano, com um docente responsável pela disciplina, atuando individualmente, desvinculado dos demais professores. No entanto, algumas escolas têm tentado modificar seu currículo, porém ainda sem alterar a sua lógica, mas com professores esforçados no sentido de integrar o processo de ensino, o que tem sido chamado por Anastasiou (2007), “de transformações por aproximações sucessivas”.

Os esforços para construção de projetos pedagógicos em uma direção integrativa são decorrentes de uma visão da ciência pós-moderna, ou seja, o conhecimento não mais é constituído em torno de disciplinas, mas de temas; a fragmentação pós-moderna é uma fragmentação temática e não mais disciplinar, entendendo-se temas como galerias por onde os conhecimentos progridem ao encontro uns dos outros (ANASTASIOU, 2007; OLIVEIRA, 2006).

Neste sentido, as entrevistas realizadas com os sujeitos desta investigação revelam que alguns cursos tentam modificar sua estrutura curricular de acordo com as mudanças realizadas em seus projetos pedagógicos.

Em algumas instituições de ensino, encontram-se mudanças ainda incipientes em seus currículos; em outras, há avanços mais consistentes:

Eu acho que hoje a grande inovação do nosso currículo é a questão integradora né, e nessa questão integradora a Enfermagem de Saúde Mental ela se insere, ainda que pontual mas, a gente consegue já se inserir nesta integração que é vindo como que(...) desde o 1º ano ele já vai para prática, para o contexto social, então ele reconhece necessidades. No 2º semestre, ele vai implementar então as ações em cima daquelas necessidades que eles identificaram, no 3º semestre ele vai conhecer, vai buscar ferramentas para atuação nessas necessidades e, assim, sucessivamente. Acho que isso é um ponto importante... essa integração... apesar de não ser fácil, foi o que a gente conseguiu nesse momento(...) essa disciplina integradora agrega professores das várias especialidades e dos vários departamentos, então a gente está tendo a 1ª experiência agora e apesar de ter

participado da formulação dessa proposta pelo fato de sermos um número reduzido (Perseu).

(...) o novo currículo do ano que vem já vai ser com a proposta inovadora, centrado na prática, integralidade, sem disciplinas, com integração, embora todo mundo esteja começando a discutir isso e não sabe como é que vai ser isso (Hera).

As mudanças que ocorrem no mundo do trabalho têm interferido nos processos de produção de conhecimento e na formação de profissionais na área da saúde. A articulação entre formação e empregabilidade exige novos perfis de profissionais, apontando para a necessidade de reformulação nos processos de formação. As Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em saúde requerem flexibilização curricular e interdisciplinaridade, o que tem provocado movimentos de mudanças curriculares nos cursos (MAIA, 2004).

Assim, percebe-se que as mudanças na educação dos profissionais de saúde são necessárias, mas trata-se de um mundo complexo, exigindo aprofundamento e um debate não usual no campo da saúde: o político-conceitual. Nas escolas, as discussões residem em torno da missão e do perfil do profissional a ser formado. A concepção de saúde, muitas vezes, fica implícita, assim como a concepção de conhecimento, educação, entre outros, apresentando um currículo por sucessão de disciplinas (FEUERWERKER, 2006).

Nas falas a seguir é possível apreender preocupação com um ensino diferenciado, mais integrado; entretanto, os professores ainda parecem desarticulados, sem saber como fazer a integração e promover o possível diálogo entre as atuais disciplinas de um currículo, cujo desenho permanece disciplinar:

(...) mas eu ainda fico pensando se o docente não podia estar junto, lá no cenário de prática.....porque no cenário de prática a gente vê coisas que o aluno precisa que a gente estar ali junto para estar discutindo...eu acho que ficaria mais rico se a enfermagem, se a saúde mental ela estivesse mais presente, mas mais presente não é só de corpo é... eu estou lá com os alunos na UBS, mas presente também em vários momentos de discussão, como é que podedar um conteúdo para o 2º ano, que haja essa(Afrodite).

A discussão era para trabalhar articulado e o que aconteceu? A gente até tentou montar um trabalho articulado e em um ano não deu certo, por quê? Geralmente, pela dificuldade não nossa, em fazer parceria, mas dificuldade das outras disciplinas... então, qual que era proposta? A gente ter aluno, mas com a participação dos docentes das duas áreas, da médico-cirúrgica e do atendimento ao doente mental para ver todos os aspectos, os aspectos clínicos somáticos, fisiológicos e psicológicos da saúde mental, o pessoal não quis, aí eu não sei se por medo, não quis, não estavam preparados para atender doente mental, cria toda uma questão, com o tempo a gente conseguiu dar sequência na disciplina, tendo um conteúdo de saúde mental inserida nessa disciplina de cuidados críticos, só que com o tempo, a gente nunca conseguiu fazer um trabalho totalmente em conjunto.... aí era como se fosse uma disciplina dentro da outra, era uma ilha

porque estava muito pesado, aí chegou o momento nós tivemos uma reestruturação, nós tivemos que ceder uma carga horária para o estágio supervisionado do último ano, então nós cedemos uma parte (Apolo).

(...) a proposta inicial era realmente fazer uma coisa, na época, que a gente pudesse ver o doente como um ser humano de uma forma mais integralizada, dentro das diversas áreas, trabalhando em conjunto, mas aí a gente percebeu que era uma tentativa que não dava certo, as pessoas não queriam fazer isso, então realmente houve essa desconexão (Apolo).

Para Lück (2006), a prática individualista e competitiva, muitas vezes expressa de forma não tão explícita, evidencia-se como negativa para consecução de objetivos organizacionais e sociais na educação.

Observa-se esta ação competitiva dos professores na luta pelo espaço de poder, isolando-os em nome de sua autonomia didática com sua turma de alunos ou sua matéria (disciplina), sem esforço para se integrarem aos demais colegas, desconsiderando a necessidade do trabalho coletivo para que a ação docente seja efetiva.

Para aqueles habituados ao currículo tradicional, com horários rígidos, disciplinas estanques, conteúdos e atividades pré-estabelecidas, parece difícil localizar-se ou aceitar participar de uma proposta diferente, na qual conteúdos e atividades possam ser integrados. Para Gordan (2004), a formação conteúdo-específica, ou seja, a subespecialização cria uma barreira para compreensão do processo ensino aprendizagem e para o planejamento das atividades docentes que exigem visão global e integrada dos conteúdos e da metodologia. Professores especialistas “concursados” em uma área específica revelam indisponibilidade para exercerem atividades que julgam estar fora de sua especialidade. Assim, a necessidade de integrar conhecimentos e a participação em atividades interdisciplinares tornam difícil o processo de difícil aceitação.

(...) a gente chegou a essa conclusão, se a gente não consegue fazer uma coisa institucionalizada por conta do currículo, o currículo são as pessoas, né, quem faz o currículo são as pessoas! Se não tiver vontade das pessoas, não é o currículo que vai fazer a pessoa mudar, é o contrário, quem muda o currículo é a pessoa, então vai da cabeça de cada um, então a gente achou legal até fazer essa parceria, já que nós estamos nas duas, eu estou nas duas, acho que consigo fazer, tanto é que uma das disciplinas da Saúde Coletiva, que é onde a gente trabalha com equipamentos sociais e não com Unidade, Centro de Saúde, hospital, são equipamentos sociais e eu faço estágio com os alunos no Núcleo de Oficina Terapêutica e aí a gente trabalha conteúdo de Vigilância Sanitária, Oficina de Nutrição, então a gente trabalha conteúdo de Vigilância Sanitária, nas oficinas tipo de vitral, elas fazem vitral, saúde dos trabalhadores, vê equipamentos de proteção individual, então a gente faz essa conexão por conta (Apolo).

Um dos entrevistados menciona a estrutura de um curso que funciona sob as diretrizes do currículo integrado, descrevendo sua dinâmica:

Nós trabalhamos no 1º e 2º ano com duas grandes unidades a unidade de prática profissional que nós chamamos de UPP, nessa unidade, desde o início do 1º ano, os alunos eles vão para campo nas Unidades de Saúde da Família já para iniciar o contato com o paciente. A unidade educacional sistematizada, onde acontecem as sessões de tutoria e essa unidade sistematizada, ela é desenvolvida, ela é organizada com o objetivo de dar um suporte teórico pra unidade de prática profissional, então esta unidade, ela tem descrita algumas tarefas, algumas temáticas que o aluno deve discutir no decorrer da série, sempre baseado em problema, problemas que um grupo escreve, com objetivos, com uma direcionalidade pré-estabelecida então é uma unidade, digamos assim, semi-estruturada, que apesar de acontecer um desenho quando o tutor, quando o professor ele entra com o seu grupo de alunos para desenvolver a unidade sistematizada ele tem, vamos dizer assim, um “script” que nós chamamos lá de guia do tutor, mas o grupo ele é dinâmico, o grupo ele é independente, de repente aquilo que você programou, o aluno ele pode ultrapassar ou, às vezes, ele pode ficar abaixo daquilo que é esperado ou ter uma abordagem um pouco diferente né, mas, de certa forma, nós temos um controle em relação a unidade sistematizada porque esse “script” é trabalhado com todos os tutores. Então, nesse desenho nós não temos descrito quais são as disciplinas, é lógico quando você lê, você consegue identificar anatomia, fisiologia, consegue identificar bioquímica, mas isso não vem um desenho curricular tradicional que cada disciplina coloca lá, quais são suas aulas, quais os objetivos gerais e específicos, isso não existe mais em nenhuma das séries. A partir do 3º ano, nós só trabalhamos com a UPP, a 3ª série é mais voltada para o hospital então é o primeiro contato que o nosso aluno tem com o hospital e ele desenvolve atividades nas clínicas médica, médico-cirúrgica, pediátrica e gineco-obstétrica, não com a idéia da especialidade, mas, com a idéia do cuidar, todo ele voltado para o cuidar. Na 4ª série, metade do tempo, os alunos eles estão na rede, a outra metade no hospital mas, com enfoque maior no gerenciamento da assistência. Eles ficam um semestre no hospital e um semestre nas unidades, sempre com a visão assistencial, mas principalmente a questão gerencial daquela unidade. Na 4ª série, o docente ele tem uma função de supervisão, então durante a semana, no dia a dia, esse aluno é acompanhado pelo gerente da unidade onde ele está inserido e o nosso docente ele vai semanalmente para fazer uma supervisão do trabalho desse aluno e também ele aproveita para se inserir na dinâmica do serviço, então participa de reunião de equipe, participa das atividades que são mais gerenciais naquela unidade. A unidade hospitalar não tem esse enfoque da equipe como um todo mas aí o docente e enfermeiro nosso se insere dentro da equipe de enfermagem nas atividades que são específicas da equipe de enfermagem (Hércules).

Segundo afirmação de Sacristán (2000:17), o currículo não é um conceito, mas uma construção cultural. “É uma opção historicamente configurada que se sedimentou dentro de uma determinada trama cultural, política, social e escolar, está carregado, portanto, de valores e pressupostos que é preciso decifrar”.

Assim, as diferentes formas de aprender e ensinar geram estruturas nas quais o currículo será organizado. Davini (1994) cita algumas das possíveis organizações de currículos: formal, por assuntos ou temas, e o integrado. O formal organiza-se por disciplinas isoladas, as quais compõem os campos de conhecimentos específicos, estanques, correm por semestre, ou ano. Por assuntos ou temas

,entende-se o modo utilizado para superar o currículo formal; é formado por unidades de ensino-aprendizagem em torno de assuntos selecionados interdisciplinarmente, mas com risco das unidades de ensino funcionarem como disciplinas. O integrado é baseado em um plano pedagógico que permite articulação dinâmica entre ensino prático e teórico e entre serviço/ensino/comunidade. Há integração de conhecimento entre professor e aluno na busca pela construção de conhecimento dos dois atores do processo ensino-aprendizagem.

O currículo integrado é uma opção que propicia o ensino de forma integrada e interdisciplinar, criando possibilidades para que os estudantes analisem os problemas de saúde, segundo o olhar de várias disciplinas. Visa articular os conteúdos e áreas de saber e, nesse sentido, o curso é organizado em unidades educacionais e não em disciplinas isoladas (LALUNA; FERRAZ, 2003).

Para Oliveira e Koifman (2006:150), o currículo integrado é “resultado de uma filosofia sociopolítica e de uma estratégia didática que tem, como fundamento, um ideal de sociedade a que aspira”. Seu objetivo fundamental é formar cidadãos críticos e reflexivos, sendo necessário que o aluno, entre outras coisas, possa explorar temas e problemas relevantes encontrados além dos limites convencionais das áreas do conhecimento tradicional. Para isso, o aluno, ao invés de memorização do conteúdo ou de execução mecânica de procedimentos, irá construir ativamente seu próprio conhecimento. Ao tutor, caberá a orientação sistemática, com reflexões e análises a partir da busca de informações realizada pelos estudantes. Ele tem o papel de estimular e avaliar avanços e dificuldades durante o processo ensino-aprendizagem.

Em outro depoimento, um professor evidencia seu desejo de trabalhar com um currículo integrado, no qual pudesse articular conhecimentos; mas, em sua fala, essa possibilidade se apresenta muito distante de sua realidade:

(...) é o ideal que o currículo fosse integrado, onde todo mundo pudesse ver e trabalhar de uma forma integrada, só que eu coloquei ideal porque? Porque é justamente isso, é ideal porque é idealizado super assim, realmente o que seria de melhor, integralizado sem ficar compartimentalizando, sem trabalhar essa coisa da dicotomia entre curativo e preventivo, se for uma coisa articulada, seria o ideal (Apolo).

Segundo Lopes (2000), tanto o currículo por disciplinas (formal) quanto o integrado devem ser compreendidos como exemplos extremos de ideais, isto é, entre eles há vários outros tipos de currículos. O currículo formal seria o menor nível possível de integração e, o integrado, o maior. Bernstein apud Lopes (2000) alerta que o currículo integrado não é garantido apenas pelo fato de uma disciplina utilizar

conhecimento de outra. A integração pressupõe, no mínimo, um projeto comum capaz de articulá-las.

Em outras falas, é possível evidenciar que algumas instituições de ensino utilizam-se de outras estratégias para irem modificando o modo de trabalhar, com vistas a uma articulação entre diferentes áreas. As falas mencionam alguns avanços, ainda que pontuais, na participação da Saúde Mental em algumas disciplinas de forma a compor saberes:

Nesse sentido já começou a abrilhantar mais o que ficava para uma disciplina, o que ficava para outra, o que dava para fazer integrado, por exemplo, a gente começou a entrar nas disciplinas de Saúde do Adulto, Saúde da Mulher e Saúde da Criança; a princípio é algo muito pontual né a gente entra em uma aula teórica, uma discussão né, primeiro era só uma aula teórica em cada uma dessas disciplinas aí também com as discussões que é muito insignificante e outra se só está docente da Saúde Mental depois o outro docente, que é da disciplina, não está por dentro do que foi abordado, não tem como reforçar ou avaliar aquele conteúdo né. Depois, teve uma mudança, por exemplo, esse ano a gente participou também, assim meio que pontualmente, do ensino clínico de Saúde do Adulto então a gente marcou um dia com os alunos e eles trouxeram dificuldades e aspectos que eles observaram no ensino clínico que tem a ver com a Saúde Mental, embora seja uma coisa muito inicial mesmo porque a gente sabe que não é assim (Artemis).

Bom... é ainda está muito no comecinho, como eu estava comentando, eu percebi que houve um movimento nesse sentido, até pela iniciativa da coordenação em promover encontros de discussão, de interdisciplinaridade, vários encontros teve de interdisciplinaridade e que agrupava ali os docentes de áreas afins ou que com temas transversais (Artemis).

Na impossibilidade de integrar várias disciplinas em um processo de mudança é possível realizar projetos integrando apenas duas ou mais disciplinas. O simples fato de se trabalhar em uma aula conjuntamente com professores de áreas distintas, significa avanços. Entretanto, iniciativas desse tipo não podem ser realizadas sem uma reflexão, não devem ser feitas abruptamente, sem planejamento, por simples modismo, ou imposição. Há de se pensar de que forma realizar e por que realizar esse trabalho conjunto (LOPES, 2000).

Os trechos descritos a seguir revelam que, nos cursos aos quais os docentes se referem, a estrutura curricular é disciplinar, com disciplinas estanques, sem nenhuma articulação:

É disciplinar. Nós só temos a enfermagem psiquiátrica e ela está no terceiro ano, junto com..no mesmo período que doenças transmissíveis e centro cirúrgico. Na verdade, durante a semana o aluno tem aula de psiquiatria, centro cirúrgico e doenças transmissíveis e não tem nenhuma integração entre as disciplinas. ...então, como assim é um currículo disciplinar, o que acho que é uma questão muito séria, a gente acaba não conseguindo fazer isso, não dá para articular (Atena).

Ela (disciplina saúde mental) está no 6° “termo” de Enfermagem, junto com Situação Crítica, então, entra UTI, Centro Cirúrgico, Pronto-Socorro e Saúde Mental, enfermagem em Saúde Mental e Psiquiatria (Dionísio).

Segundo Anastasiou (2007), o currículo disciplinar segue uma visão cartesiana que não possibilita ações integrativas dos saberes por parte dos docentes. Refere que a organização curricular tradicional reflete um modelo da racionalidade científica que fragmentou a ciência em busca de respostas a questões cada vez mais específicas, criando, assim, as especialidades. Estas, por si só, não conseguem compreender vários problemas impostos pela realidade.

Em outro relato, o professor explicita o desejo de que a saúde mental permeie todo o currículo em momentos nos quais possam discutir questões pertinentes às situações vivenciadas na prática profissional:

Então, eu penso que a Saúde Mental ela teria que estar desde o primeiro ano, no sentido que depois tivesse uma ...como motivo de conhecimento que ele fosse passando e fosse podendo refletir um pouco sobre ...a saúde mental está em todos os lugares né...hoje, quem diz que a saúde mental diz respeito só a psiquiatria, é bobagem, ela está colocada aí e tem toda a questão da política de saúde tem colocado efetivamente que nós temos que ter um olhar de saúde mental (Atena).

Atena lembra a relevância do tema saúde mental para formação de profissionais de saúde e, assim, reafirma sua contribuição nas discussões interdisciplinares, nos diferentes campos de saber, para compor conhecimentos.

Nas falas de alguns professores, emergem, com clareza, a necessidade de elevação da carga horária de saúde mental nas “grades” curriculares e a questão do número reduzido de docentes na área:

A grade, eu acho que ainda falta aumentar a carga horária. Eu acho pouco, no meu ponto de vista, eu acho pouco. O total de horas eu acho insuficiente (Dafne).

(...) o problema é o número de docentes muito enxuto, alguém das nossas necessidades e, para Saúde Mental, o problema que a gente tem, o bloco teórico é muito enxuto, pouca carga horária, tanto para estágio quanto para conhecimento em sala de aula...(Hermes).

Ela começa no 2° ano, no 2° semestre do 2° ano, são 80 horas, eu, nesse ponto vou dizer para você que eu gostaria que fosse um pouco mais (risos), me falta um pouquinho de tempo para alguma coisa a mais (Íris).

A questão da necessidade do aumento de carga horária interliga-se à lógica da estruturação do currículo, de modo disciplinar, por módulos ou integrado. Nos cursos da área de saúde, de maneira geral, são priorizadas disciplinas das áreas clínicas, em detrimento das humanas. Maftum (2004) relata, em seu estudo, que face

ao processo de reforma curricular nos cursos de enfermagem do Paraná, houve perda da carga horária para temas da saúde mental.

Nos fragmentos de falas abaixo, os docentes mencionam algumas dificuldades relacionadas ao rodízio realizado entre diferentes disciplinas, de forma que consigam atuar em diferentes campos de estágios, com um número menor de alunos:

Eles pulam, na verdade. Por exemplo, os alunos que começam no primeiro grupo, ele vai para saúde mental, depois vai para transmissível e depois vai para centro cirúrgico. Então, o mais difícil para gente é o aluno que está no grupo do meio sempre, porque aí ele fica o tempo todo.... ele tem cirúrgica aqui.... transmissível aqui e saúde mental aqui no meio e tem psiquiatria aqui no meio e, então, fica uma coisa muito difícil (Atena).

Bom, como a disciplina acontece ao mesmo tempo que a disciplina de Saúde do Adulto, a gente fez um esquema de rodar junto com eles, então, os alunos estão passando pelo estágio do Adulto em diversos campos e, entre esses campos, eles passam pela Saúde Mental, então, na realidade, a gente fica com 9 a 10 alunos que para uma UBSF já é muito, considerando que fica com um docente, mas está dentro do que é determinado (Artemis).

Os depoimentos sinalizam para a estratégia adotada de modo a organizar o currículo e a distribuição dos alunos entre diferentes disciplinas para que os professores possam trabalhar com um menor número de alunos nos campos de estágios; entretanto, segundo suas percepções, esta tentativa acaba prejudicando o processo de ensino- aprendizagem.

Cabe, então, perguntar: a solução seria o aumento da carga horária? Ou uma revisão da estrutura curricular disciplinar para outro modelo que pudesse contemplar as necessidades sentidas pelos professores?

O relato de um professor cita a oportunidade de o aluno matricular-se em disciplinas optativas, o que pode ser uma estratégia para flexibilização curricular:

E tem também...a Faculdade tem as disciplinas optativas né, que a gente oferece uma disciplina optativa, no caso para o quarto ano, que é sobre grupo, o enfermeiro como coordenador de grupo (Artemis).

A questão da flexibilização curricular também está inserida nas diretrizes curriculares, as quais podem prever que o estudante tenha liberdade de escolhas e possa optar por temas, áreas de conhecimento, ajudando-o a compor com os conhecimentos da área de saber de sua formação.

Sinalizo a preocupação de não ter encontrado, durante a análise dos programas realizada, e sequer nas falas dos professores, a não ser nesta única citação, menção sobre disciplinas que abordam questões do trabalho em grupos na

enfermagem. O trabalho em grupo ajuda a pessoa a lidar com a diversidade, com a falta de algo pronto, lidar com conflitos e confrontos; também amplia sua capacidade de criação e o desenvolvimento do trabalho compartilhado/coletivo (SAEKI; MUNARI; ALENCASTRE; SOUZA, 1999).

A enfermagem é uma profissão da área da saúde na qual são realizadas diversas atividades grupais, desde o desenvolvimento de tarefas na equipe de enfermagem, até às orientações realizadas para um grupo de pacientes em serviços de saúde (MUNARI e RODRIGUES, 1997). Neste sentido, entendo ser de decisiva importância para formação de futuros enfermeiros que conteúdos sobre o trabalho em grupo possam ser contemplados na estrutura curricular.

Spadini e Souza (2010), em estudo realizado para identificar como ocorreu a formação para atuação em grupos entre enfermeiros da rede de Psiquiatria e Saúde Mental de um município do interior paulista, verificaram que, segundo os enfermeiros dos serviços, os cursos de graduação não os preparam para coordenação de grupos e, assim, para utilização da ferramenta grupal, buscaram cursos extra curriculares e estágios em grupos, coordenados por um profissional experiente.

As falas abaixo revelam a dicotomia entre o ciclo básico e o profissionalizante, ainda presente nos cursos de graduação:

O 1º ano são as disciplinas básicas, Fisiologia, Anatomia, o de sempre, né e eles têm duas disciplinas de enfermagem que fala da História, e uma que fala já numa primeira aproximação com a enfermagem, é de Semiologia e Semiotécnica, mas é um conteúdo bem pequeno ainda, né, no 2º ano, no 1º semestre, eles têm, na metade do tempo voltado ainda para as disciplinas básicas que não terminaram e já começa as disciplinas da área de Saúde Coletiva; então, o currículo ele ficou assim, básicas 1º ano total, 2º ano você tem só Saúde Coletiva, então vai ver o indivíduo entre aspas, sadio, na verdade isso não acontece porque eles vão para campo de estágio onde pega doente, mas eles ficam só com o campo da saúde coletiva, todas as áreas e aí que entra a saúde mental, no 3º ano eles só vão pra área hospitalar, então eles vão ter toda a prestação de assistência de enfermagem voltada pra área secundária, pra área hospitalar. No 4º ano, eles têm as específicas da área hospitalar, mais pesadas, que a gente chama que é UTI, Administração a carga é grande e aí eles têm o estágio curricular supervisionado que são 400 horas no hospital mais 400 horas, sendo 300 em Saúde Coletiva, PSF e 100 em UBS. Então, no segundo ano, a gente tem Saúde Mental, Enfermagem em Saúde Mental dentro do contexto de não ir para a área hospitalar, a gente faz estágio no CECO, Centro de Convivência e Cooperativa. No 3º ano tem uma disciplina chamada Enfermagem Psiquiátrica, na Enfermagem Psiquiátrica a gente vai pra dois CAPS e pra uma unidade de Hospital Psiquiátrico e aí já muda totalmente o contexto porque é já paciente agudizado; no CAPS, a maioria é crônico agudizado. Na internação psiquiátrica, a maioria é agudizado, não necessariamente crônico, eu fico numa unidade chamada Mista onde é considerada a unidade de emergência do hospital, eu vou na psiquiatria do HC, aqui não se oferece condições para gente ensinar (Hermes).

Isso, nós mantemos as disciplinas semestrais aqui. Nas áreas básicas, a gente tem a articulação, então 1º ano só tem Fundamentos de Enfermagem e corre junto com as básicas e depois vem a parte de Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, enfim, mas,

sempre, em todos os anos, tem alguma disciplina é, todos os anos perdão, tem a disciplina profissionalizante, uma disciplina formativa do aluno né e mais as básicas ficam geralmente no 1º ano (Alceste).

A partir da Reforma Universitária (1968) - Lei 5.540, as escolas médicas passam a adotar modelo americano, quando as cátedras foram substituídas por departamentos, contendo disciplinas básicas (ciclo básico) e as profissionalizantes (ciclo profissionalizante) (LAMPERT, 2002).

A influência da estruturação do ensino dos conteúdos básicos na formação de profissionais de saúde é um tema atual, discutido em congressos, seminários e fóruns nos quais a temática educação de profissionais da área de saúde tem sido o foco, sinalizando para a necessidade de articulação entre o ciclo básico e profissionalizante (SILVA, 2004). Essa autora menciona ainda alguns fatores que podem interferir negativamente nessa articulação. São eles: ausência de objetivos comuns nos dois ciclos; áreas físicas distanciadas; deficiência de orientação pedagógica; coordenação independente para os dois ciclos; falta de integração entre os docentes. Outro problema diz respeito ao fato de que professores, de diferentes áreas de saber, são responsáveis por esse ensino e o desconhecimento do processo de formação integral dificulta a adequação do conhecimento para cada área, o que interfere na motivação dos estudantes para aprendizagem.

Silva (2004) menciona também que a dificuldade encontrada na articulação das áreas básicas e profissionalizantes tem raízes na lógica positivista de compreensão da ciência, ou seja, o conteúdo teórico sempre tem que anteceder a prática. Segundo a autora, a estrutura curricular ideal seria a integração entre as disciplinas de modo a propiciar uma aprendizagem integrada e favorecer o contato precoce do aluno com a realidade social.

6.4.2 A atuação do professor no ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental

Nesta categoria temática serão contempladas questões pertinentes ao modo como o professor atua em sua prática docente, ou seja, o método ensino-aprendizagem utilizado; escolha do conteúdo a ser abordado; estratégias de ensino; avaliação; articulação teoria-prática; escolha do cenário de prática; articulação ensino-serviço; relação professor-aluno e relação professor-professor. Ao analisar a atuação dos professores, tenho claro não ser possível realizá-la de forma linear, mesmo porque a atuação ocorre no processo ensino-aprendizagem articulando saberes,

práticas pedagógicas e subjetividade dos sujeitos envolvidos no processo. A opção da apresentação por tópicos é no sentido de organização didática do texto.

- Método de ensino-aprendizagem: metodologia tradicional X metodologias ativas

Atualmente, as instituições de ensino superior, responsáveis por formar profissionais da área de saúde, têm sido estimuladas a reverem suas práticas pedagógicas na tentativa de se aproximarem da realidade social. Assim, pode-se perceber uma busca maior por abordagens pedagógicas progressistas de ensino-aprendizagem, as quais, segundo Mitre et al. (2008), propiciam a formação de sujeitos críticos, reflexivos, com competências éticas, políticas e técnicas, capacitando-os para intervirem em contextos complexos.

Por outro lado, no ensino pautado na pedagogia tradicional, os métodos baseiam-se na exposição verbal da matéria, onde a atitude do aluno é receptiva, sem qualquer interlocução com o professor no decorrer da aula (LIBÂNEO, 1984). O processo ensino-aprendizagem restringe-se, muitas vezes, à reprodução do conhecimento. O professor “passa” os conteúdos e o aluno os retém e os repetem, sem questionamento, em uma atitude passiva, tornando-se expectador, sem a reflexão e a crítica necessárias.

Em uma das entrevistas, a fala do professor diz respeito à sua satisfação em ser professor quando se encontra acompanhando alunos em estágios, pois, quando está em sala de aula, ministrando aulas expositivas, sente-se distante dos estudantes:

Ser professor.... ser professor é muito bom! É...Quando estou com alunos no estágio... principalmente quando estou com alunos no estágio, porque na sala de aula, ainda a gente usa um método de aula expositiva e você acaba tendo pouco contato com o aluno. Então, você chega, dá aula, são poucos os alunos que perguntam...por mais que você faça uma aula assim...(Afrodite).

O mesmo sujeito também menciona, como fator limitante no processo ensino-aprendizagem, além do método de ensino tradicional, a estrutura curricular por disciplinas com os conteúdos compartimentados, fragmentados, não articulados:

Ainda continua no método tradicional, aquele método tradicional assim ó...disciplinar.. tem a disciplina e ai depois os conteúdos, eles são bem divididinhos, cada um fica com a sua aula e .. cada um vai lá e dá a sua aula, mas não conversa com outro professor o que foi dado (Afrodite).

A fragmentação do saber em campos especializados levou as universidades a subdividirem-se por departamentos e, conseqüentemente, os cursos foram

formatados com estruturas curriculares, compostas por disciplinas estanques (MITRE et al. 2008).

No entanto, em outra entrevista, emerge a preocupação do docente que tenta utilizar outros métodos de ensino e avalia, como positiva, a tentativa de mudar, inclusive lembrando o envolvimento e participação dos estudantes:

(...) nos últimos dois, três anos eu tenho trabalhado com algumas metodologias dentro de umas das disciplinas, e cada dia eu sinto que a disciplina está ficando melhor, que o formato dela está ficando melhor. Está proporcionando maior capacidade, capacitação, por conta que os alunos participam e eles fazem essa discussão, tipo, olha, precisa melhorar aqui, aqui está falho! (Apolo).

Por meio da adoção de metodologias ativas em proposta pedagógica transformadora, o professor assume o papel de caminhar junto com os estudantes. Há possibilidade de diálogo, oportunizando aos estudantes a participação ativa no processo ensino-aprendizagem. Segundo Libâneo (1984), no diálogo, como método básico, a relação professor-aluno torna-se horizontal, tendo, o educador e os educando, como sujeitos do ato do conhecimento.

O fato dos currículos serem organizados por disciplinas não impede que se criem diferentes formas de integração com disciplinas isoladas, ou, como no caso, o método pedagógico utilizado pelo professor pode levar o estudante a refletir sobre o que faz. Há uma fala nesse sentido:

Eu faço uma pergunta para fazer eles pensarem, até isso foi bom, foi uma devolutiva que aluna fez: nossa, isso foi bom, porque você não dá a resposta, você pergunta e faz a gente pensar, eu sai do estágio e me fez buscar, a aluna falou (Afrodite).

(...) eu estou conseguindo fazer isso lá no campo de estágio, essas trocas de conhecimentos, assim de... incentivando o aluno, mobilizando de uma certa forma (Afrodite).

Afrodite, nos relatos anteriores, refere que o ensino no campo de prática, quando realiza discussão junto com o aluno na “ação”, no fazer cotidiano, isto é, na situação real do mundo do trabalho, gera satisfação tanto para o estudante como para o docente. O professor, vivenciando esse processo, acredita ser o facilitador, o mediador que estimula, no estudante, a curiosidade.

Em estudo realizado em um curso de bacharelado em enfermagem, com o objetivo de analisar de que forma o estudante percebe o desempenho do professor como agente facilitador do processo ensino-aprendizagem, em disciplinas que utilizam referencial da pedagogia crítica, foi observado que os estudantes consideram que o processo ensino aprendizagem foi facilitado pelo professor quando o mesmo estimulou

o processo crítico reflexivo, questionando, incentivando a curiosidade, mostrando coerência com a metodologia da problematização (SEMIM; SOUZA; CORRÊA, 2009).

A seguir, em alguns fragmentos de falas, é possível apreender a intenção e o desejo dos professores em utilizar metodologias ativas, embora se deparem com os limites impostos pelo sistema universitário. No entanto, mesmo contrapondo-se às estruturas da universidade, alguns arriscam-se e utilizam, por sua decisão, diferentes metodologias e, neste sentido, referem sentimentos de solidão e de estranheza de seus pares:

(...) então, a gente queria fazer um ensino mais centrado na prática com metodologias ativas, inovadoras, mas na época nos esbarramos com a estrutura da universidade, muito centrada em disciplinas, então a implantação daquele projeto foi limitada pela própria estrutura da universidade(...) e aí a gente viu que é, uma mudança maior naquele momento não era possível (Hera).

(...) eu me senti um verdadeiro ET, mas nunca também me falaram não faça, isso é positivo, as pessoas vêem como ET, mas o ET fica livre para fazer o que quer, então foi um voto de confiança e eu me senti à vontade para fazer. Então, eu não vou falar que eu faço problematização. Não é. Então, mesmo porque, eu não conseguiria dentro de uma ilha, uma ilha, então ele tem que articular também as duas formas, né? (Apolo).

Outro docente verbaliza que no curso onde atua há propostas de mudança do método de ensino tradicional para uso de metodologias ativas, mas lembra que não ficam isentos das críticas e que as mudanças vão ocorrendo gradativamente; outro diz que o uso de metodologias ativas já está ocorrendo, de forma natural, no projeto do curso no qual está inserido:

(...) tem críticas severas, mas a proposta é inovadora dentro do possível do que se pôde fazer, dentro do que você deve saber disso que mexer com uma coisa que tá já há muito tempo e com pessoas há muito tempo na frente dessas situações é muito difícil, mas a proposta dos primeiros dois anos, ou pelo menos nos primeiros três semestres que seja o forte do currículo, são as metodologias ativas (...) não é essa metodologia que a gente utiliza, é mais concentrada na metodologia tradicional mesmo de ensino (Perseu).

(...) nossa organização curricular se baseia em duas estratégias, a problematização e a Aprendizagem Baseada em Problemas; então, uma das unidades que nós temos que é a unidade de prática profissional que é a unidade aonde os alunos vão pra prática tanto na Saúde da Família, ele se utiliza pra problematização enquanto que o aprendizado baseado em problemas ela é utilizada na unidade sistematizada. A unidade sistematizada acontece no 1º e 2º ano junto com a unidade de prática profissional (Hércules).

Outros professores expressam necessidade e interesse em um fazer diferente, mas ficam explícitas a dificuldade e a falta de capacitação para utilização de metodologias ativas, como, por exemplo, a problematização:

Então, basicamente a gente utiliza um filme como disparador, ou um estudo de caso, ou. caso.. para disparar uma situação para aluno até recolher o que o aluno tem de conhecimento prévio. Depois do filme ou do estudo de caso a gente tem a parte teórica que seria a ligação do aluno com a teoria e novamente a gente, tendo possibilidade, a gente volta para o estudo de caso, seria a questão da a problematização né? Dispara para ver se o aluno conhece, articula com a teoria e volta tenta colocar de novo o problema para ele (Atena).

Percebo que as falas dos docentes sobre a escolha de metodologias ensino-aprendizagem revelam que se sentem tal qual “cata-ventos”, rodando à mercê dos ventos, em busca de uma direção, um norte, optando, assim, muitas vezes, pelo uso de metodologias que vão responder, de alguma forma, às exigências legais para os cursos de graduação na área da saúde.

O uso de metodologias ativas ou qualquer outro modo de ensinar demanda capacitação pedagógica. Entretanto, a necessidade dessa capacitação, muitas vezes, não é sentida pelos professores universitários, por acreditarem que sua formação profissional, específica da área de conhecimento, basta para serem professores.

Em sua maioria, as instituições de ensino superior analisadas neste estudo são instituições tradicionais, nas quais, historicamente, são estabelecidas relações hierárquicas, tanto no âmbito da coordenação central, como nas estruturas do ensino, influenciadas pelas relações de poder nela já marcadas. Assim, para que haja qualquer mudança, há de se enfrentar resistências e conflitos.

Feuerwerker (2006) cita programas estratégicos utilizados em um processo de mudança. O primeiro, chamado de “abertura”, visa acumular poder técnico, por meio de mobilização de grupos (alvos da mudança), que tenham poder político para construção das mudanças. O segundo, chamado “avanço”, é a realização efetiva da mudança, só possível em função do poder acumulado na primeira. E o terceiro, “consolidação”, procurando assegurar o espaço já conquistado. No entanto, há de se definir, coletivamente, qual mudança é pretendida e construir o objetivo coletivo e o “para onde” do processo de mudança.

- Conteúdos: o que ensinamos?

Conteúdos de ensino, conforme Libâneo (1984), referem-se ao conjunto de conhecimentos, habilidades, atitudes e modos valorativos, organizados pedagogicamente, visando a assimilação ativa e aplicabilidade por parte dos estudantes. Os conteúdos retratam a experiência social da humanidade, referentes a conhecimentos e modos de ação pelos quais os alunos compreendem e enfrentam as

exigências teóricas e práticas da vida social. Os conteúdos são expressos nos programas oficiais, nos planos de aula, nas aulas e nas convicções do professor.

De acordo com Zabala (1998), o termo “conteúdos” expressa, geralmente, aquilo que deva ser aprendido, considerando os conhecimentos das matérias clássicas, os conceitos, princípios e enunciados, os quais fazem parte de uma lógica estritamente disciplinar e de caráter cognitivo. Porém, segundo este mesmo autor, devemos nos desprender desse conceito e compreender o termo “conteúdos” como tudo aquilo que é necessário aprender para alcançar determinados objetivos, que não apenas os que abrangem capacidades cognitivas, mas, também, os que possibilitem desenvolvimento das capacidades motoras, afetivas, de relação interpessoal e de inserção social.

Coll (2003) classifica os conteúdos em conceituais (fatos, conceitos e princípios); procedimentais (técnicas, procedimentos e métodos) e atitudinais (valores, atitudes, normas). Para Zabala (1998:32), a tipologia de conteúdos pode nos ajudar a definir as diferentes posições que tem o ensino. Desta forma, em um ensino no qual é proposta a formação integral, os diferentes tipos de conteúdos precisam estar equilibrados; por outro lado, “a função propedêutica universitária, priorizará os conceituais”.

A seguir, destacam-se quais conteúdos são frequentemente selecionados pelos sujeitos nesta pesquisa, entendendo que tais conteúdos têm uma intencionalidade e deveriam ser coerentes com a proposta pedagógica do curso, com os objetivos propostos e com o referencial teórico adotado pelo professor e pela instituição de ensino. No entanto, Zabala (1998:33) refere que, em relação à escolha do referencial teórico utilizado, nem sempre esta é clara, o que não significa que não há um marco teórico subsidiando o ensino; ele pode apenas estar implícito. O autor afirma que “por trás de qualquer prática educativa sempre há uma resposta a: por que ensinamos e como se aprende”.

Nos relatos a seguir, pode-se verificar que alguns dos conteúdos contemplados pelos professores dizem respeito às **psicopatologias e ao processo saúde-doença mental**, ainda com um enfoque biologicista, centrado na doença e em conteúdos conceituais:

é.....sobre transtornos, sobre conhecer mais o paciente, conhecer a doença, porque na psiquiatria frisa bastante isso, é uma coisa bem presente, o cuidado, a assistência e principalmente, ...o transtorno. Exame do estado mental; os transtornos psiquiátricos, o transtorno do pensamento, o transtorno de ansiedade, transtorno de personalidade, transtorno afetivo (TAB)... e é só de transtornos, mais a aula de psicofarmacos e mais a aula de álcool e drogas. Ok? só isso aí (Afrodite).

Isso eu coloco tanto de drogas, paciente etilista... personalidade psicopata...é... assim.... a maioria filmes que ajudam eles entenderem a parte de patologias (Dafne).

(...) psicopatologia, a gente pega os três grandes grupos só, Transtorno Ansioso, Transtorno Depressivo e Transtorno Psicótico, depois a gente faz psicofarmacologia, são duas aulas porque é um conteúdo denso e basicamente o bloco teórico é isso (Hermes).

(...) vemos a semiologia dos transtornos psiquiátricos e assistência de enfermagem e o tratamento é lógico né? (Alceste).

No entanto, em um dos cursos, observa-se a preocupação em focar o sujeito e não a doença, o que vem ao encontro do que propõem as atuais políticas de saúde mental vigentes no país:

(...) discute um pouco a questão da pessoa com transtorno mental, os modelos de assistência e fala assim, a gente dá uma pincelada sobre as patologias psiquiátricas e a gente tem um enfoque maior no indivíduo né, menos na patologia então a gente só dá uma pincelada num dia de aula e acaba discutindo alguma coisa né? (Dionísio).

Kantorski (1998), ao analisar os programas de disciplinas da área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental dos cursos de enfermagem das universidades públicas do Rio Grande do Sul, destaca que, de modo geral, os conteúdos programáticos são as psicopatologias, mantendo o enfoque na doença, e permanecendo com discurso de retaguarda sobre a promoção e prevenção, embora a operacionalização do ensino da assistência de enfermagem esteja voltada para os quadros psicopatológicos, ainda que utilizando o relacionamento terapêutico como instrumento de intervenção.

Outro estudo, da mesma natureza, porém realizado na região nordeste do país, analisou o ensino de Enfermagem Psiquiátrica nos cursos de graduação em enfermagem do Ceará, apontando, também, para a ênfase dada nas disciplinas aos quadros psicopatológicos, por meio de sintomas e comportamentos dos pacientes, salientando a relevância da doença e de seu diagnóstico, mantendo, em segundo plano, o doente, seu contexto social e seu sofrimento (BRAGA, 1998).

No entanto, em uma investigação realizada no Estado do Paraná com o objetivo de conhecer o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica nos cursos de graduação em enfermagem naquele estado, evidenciou-se, nos resultados relativos à análise dos programas de disciplinas, que a maioria das ementas contemplava temas relativos ao relacionamento interpessoal e terapêutico, comunicação, políticas de saúde mental e o processo da Reforma Psiquiátrica, com foco nas alternativas de tratamento extra-hospitalares, cidadania, educação em saúde, crises evolutivas e acidentais em todo ciclo vital humano, além da importância do

envolvimento da família no processo do tratamento. Todavia, observou-se uma redução da ênfase dada aos sintomas e patologias psiquiátricas (MAFTUM, 2004).

Munari; Godoy e Esperidião (2006), ao analisarem os programas de disciplinas de enfermagem psiquiátrica de uma universidade pública no Estado de Goiás, até o ano de 1996, verificaram tendência em manter o ensino focado na assistência clínica. Entretanto, após o referido ano, com a reforma curricular implementada no curso, as disciplinas foram se adequando às necessidades de atender a formação geral do enfermeiro e passaram a valorizar a comunicação terapêutica como tecnologia de cuidado.

Villela (2009a), em pesquisa realizada junto aos estudantes de um curso de graduação em enfermagem na cidade de Curitiba-PR, que se propôs a descrever como se desenvolve o ensino de saúde mental na graduação em enfermagem, revela que o conteúdo programático do ensino em saúde mental daquele curso contempla história da psiquiatria, políticas de saúde mental, conceito de saúde-doença mental, principais manifestações clínicas, emergências em saúde mental, tipos de tratamento e dispositivos atuais para tratamento, rede de apoio social, comunicação terapêutica e papel da enfermagem na equipe interdisciplinar. Ressalta que tais tópicos são discutidos com os estudantes no decorrer do semestre, segundo proposta pedagógica baseada em metodologias ativas, nas quais se prioriza a participação contínua do estudante enquanto sujeito ativo do processo ensino-aprendizagem.

Assim, verifica-se, segundo as já mencionadas investigações realizadas no ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental nas diferentes regiões do país, em períodos distintos, a ocorrência de algumas mudanças. No entanto, no presente estudo, ainda observamos, por meio das falas dos docentes, conteúdos que privilegiam as psicopatologias, com enfoque ainda centrado na doença, com uma única exceção: a escolha de conteúdo está relacionada ao contexto, às pessoas e às diretrizes traçadas pela instituição de ensino.

O conceito de saúde/ doença mental é determinado por fatores culturais e ideológicos que acompanham as transformações sociais. Ao longo da história, as ciências apresentam diferentes interpretações para tais conceitos. Canguilhem (1990) refere-se à complexidade de definir tais termos e ressalta que o normal não é um conceito estático, mas dinâmico e polêmico; anormal, para ele, não significa o patológico, embora a recíproca seja verdadeira.

Conforme Bassit (1992), as diversas formas de se pensar o conceito de doença mental acompanham a evolução do pensamento humano e dependem das ideologias sobressalentes, em um momento específico na medicina, e do conjunto de conhecimentos predominantes em diferentes períodos históricos.

A compreensão ampliada e dinâmica do processo saúde-doença requer uma consideração a partir das determinações sociais; o objeto de intervenção é o sujeito e os instrumentos de intervenção são ampliados pela capacidade criativa de todas as práticas sociais em saúde, cujo objetivo não é mais a adaptabilidade social, mas a inclusão do indivíduo em sofrimento psíquico na sociedade e o direito à cidadania. (SILVA; GUILHERME; ROCHA, 2000).

Em estudo sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica, Braga (1998) encontrou, em seus resultados, que, quando questionados sobre a compreensão dos conceitos de saúde/doença mental, os docentes de cursos de graduação em enfermagem extrapolam a vertente biológico-organicista, entendendo esse processo em seus determinantes sociais, mas não fazem referência à doença mental enquanto existência-sofrimento.

Na presente investigação, alguns professores referem abordar o conceito saúde/doença, mas não é possível afirmar, com as falas aqui apontadas, quais são as lógicas norteadoras dos estudos sobre o tema. Citam apenas que trabalham o conceito junto aos estudantes, conforme se observa a seguir:

(...) inicialmente a gente fala sobre saúde e doença mental, esse processo do adoecimento, crises, estresse, essa parte toda, né? e a gente inicia alguma coisa sobre transtornos mentais mas muito superficial (Artemis).

Oh, a gente começa falando dos princípios do processo saúde doença, dos princípios da Saúde Mental, do processo de adoecimento e a função do enfermeiro, do planejamento da assistência para se promover Saúde Mental (Dionísio).

Outros conteúdos selecionados pelos professores, sujeitos da pesquisa, e por eles considerados relevantes para a área de saúde mental, são **comunicação e relacionamento interpessoal**, os quais são tidos como instrumentos básicos para o cuidado, conteúdos da dimensão procedimental, conforme podemos observar nas falas abaixo:

É a primeira disciplina que é só teórica, não tem nem laboratório e nem estágio, então é onde eles aprendem os instrumentos do cuidado de enfermagem psiquiátrica, os instrumentos básicos, comunicação, relacionamento interpessoal, relacionamento subjetivo (Apolo)

...a gente faz abordagem e comunicação terapêutica primeiro (Hermes).

Em um segundo módulo a gente vai com as tecnologias mesmo de Saúde Mental que o grande foco que se tem hoje é a questão do Relacionamento Interpessoal né?, comunicação terapêutica (Perseu).

(...) é gratificante porque a gente mostra para o aluno outra possibilidade de atuação, diferentemente daquela atuação marcada por procedimentos e por

técnicas, muito mais baseada no relacionamento terapêutico, conversa e diálogo com o portador de sofrimento psíquico (Atena).

Braga (1998), em estudo sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará, já apontava, na época, para o relacionamento terapêutico e a comunicação enquanto importantes conteúdos para as disciplinas da área de saúde mental, visto que eram considerados a base para a assistência de enfermagem psiquiátrica.

Kantorski (1998) ressalta que o relacionamento terapêutico é concebido como instrumento de intervenção na assistência, apesar da operacionalização da mesma ainda estar, no momento da pesquisa realizada por essa autora, voltada para os quadros psiquiátricos.

Apesar dos estudos sinalizarem para importância e valorização do relacionamento terapêutico e para a melhor comunicação na área de saúde mental, pode-se perceber, por meio das falas anteriormente descritas, que estes ainda são temas trabalhados de forma desarticulada da prática profissional, ou seja, o embasamento teórico é transmitido pelo professor em aulas teóricas, em sala de aula, e, depois, o estudante “precisa” exercitá-lo, no cenário de prática, junto aos usuários dos serviços e profissionais das equipes de saúde.

Nos relatos seguintes, foi apontada a importância do “resgate” dos conteúdos referentes ao relacionamento interpessoal e à comunicação para a prática de assistência aos indivíduos em sofrimento psíquico:

(...) a gente resgata, resgata até porque como são linhas diferentes, eles tiveram lá comunicação interpessoal/ terapêutica da Stefanelli, relacionamento interpessoal da Regina, da Magda, comunicação terapêutica da Maria Júlia Paes, só que a “professora x” usa, ela vai resgatar o conteúdo e a gente faz muito esse resgate na (disciplina) que é a subsequente e é quando eles vão entrar na prática, primeira entrada deles na prática, a gente resgata até a teórico-prática, então, na prática vamos fazer relacionamento você vai fazer contrato, você vai escolher, vai fazer contrato, vai traçar as entrevistas e ali a gente já está revendo, especificamente, as fases (do relacionamento terapêutico) (Apolo).

(...) a gente tenta resgatar aquele conteúdo do Relacionamento Terapêutico ali porque é o momento que a gente tem após dar a disciplina de Relacionamento Terapêutico. É o momento que a gente tem da prática, né, de ver o aluno de acompanhar ele na prática porque, embora isso no campo de saúde coletiva a gente também trabalha o Relacionamento Terapêutico (Artemis).

Kantorski; Pinho; Saeki e Souza (2005), ao realizarem uma investigação sobre a inserção dos temas relacionamento terapêutico e comunicação terapêutica no ensino de graduação em enfermagem, nas universidades públicas do Estado de São Paulo, apontam a preocupação dos referidos cursos em selecionarem conteúdos sobre os mesmos, entendendo que estes permitem o resgate da enfermagem enquanto profissão que lida com o sofrimento humano e não somente com a doença.

Também constataram que algumas escolas priorizam o ensino do relacionamento terapêutico e comunicação em outras disciplinas, que não a saúde mental, e que este conteúdo pode ser utilizado como tecnologia do cuidado em outras áreas do conhecimento, como por exemplo, saúde da mulher, saúde do idoso e nas enfermidades que exigem cuidados críticos.

Um dos professores entrevistados no presente estudo menciona que o conteúdo sobre relacionamento e comunicação está descrito nos cadernos das séries do curso de maneira geral, não de forma específica para saúde mental, conforme é possível observar na fala abaixo:

Existe alguns indicativos que falam da Saúde Mental então dentro dos nossos dias, dos nossos problemas, nós encontramos lá descrito a comunicação, que teoricamente é da Saúde Mental, mas que é uma questão maior de todos os profissionais(...) e outros assuntos que não são especificamente da Enfermagem Psiquiátrica ou da Psiquiatria, mas que acabam historicamente ficando mais com a gente que é a comunicação, a questão da entrevista, da empatia que são descritos nos cadernos (Hércules).

Os conteúdos relativos à relação humana são de extrema importância para qualquer área de conhecimento. O indivíduo, ao relacionar-se com o outro, desenvolve várias habilidades necessárias para o processo de relação intersubjetiva que proporciona uma atitude profissional mais flexível e tolerante para com as diferenças individuais.

Em outros relatos, os professores referem-se à inserção do conteúdo de **álcool e drogas** nos currículos de cursos de graduação em enfermagem, nas disciplinas da área de saúde mental e enfermagem psiquiátrica:

(...) depois em seminário eles vão trabalhar com álcool e droga (Hermes).

O que nós temos mais definido e descrito, nós temos a depressão, no 1º e 2º ano, a dependência, no 1º e 2º ano são bem trabalhadas principalmente porque eles ficam na unidade prática junto das famílias nos bairros e com certeza eles entram em contato com as questões das dependências e depressão (Hércules).

(...)assistência de enfermagem à dependência química né?, faço um breve histórico porque, não dá para ir muito profundo (Alceste).

(...) o módulo para prevenção de álcool e drogas, então vai ter o módulo de álcool e drogas dentro da Saúde Mental (Perseu).

Segundo Reinaldo e Pillon (2007), há poucas referências específicas sobre a inserção dos conteúdos de álcool e drogas nos currículos dos cursos de graduação em enfermagem. No final da década de 80, a importância atribuída aos tratamentos da dependência passou a ser maior, com a criação de normas para funcionamento de

instituições que disponibilizavam serviços de tratamento de dependentes, tornando necessário formar profissionais para atuarem nessa área. Segundo as mesmas autoras, são conteúdos complexos que devem ser abordados de modo articulado à realidade vivenciada na área de saúde mental e da saúde, de uma maneira geral.

O Ministério da Saúde tem investido em programas para prevenção, promoção e tratamento de riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas. No ano de 2009, lançou o Plano Emergencial de Ampliação de acesso ao tratamento e prevenção em álcool, direcionado a crianças, adolescentes e jovens em situação de grave vulnerabilidade social. O plano destina-se aos 100 maiores municípios brasileiros, com mais de 250 mil habitantes, na intenção de atender à população nas ações de promoção, prevenção e tratamento de riscos e danos associados ao consumo de substâncias psicoativas; tem, como eixo, a ampliação do acesso; qualificação profissional; articulação intra/intersetorial; promoção de saúde e dos direitos e enfrentamento ao estigma, além da ampliação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPSad) (BRASIL, 2009).

Assim, acredito ser um tema de interesse para formação de profissionais da saúde, considerando que se constitui em um problema de saúde pública que tem se agravado nos últimos anos.

Em relação ao conteúdo sobre as **Políticas de Saúde Mental**, destaca-se que, com as transformações que vêm ocorrendo nas Políticas de Saúde Mental no Brasil, e com um olhar mais atento para uma assistência extra-muros em serviços abertos, as escolas de enfermagem têm repensando o conteúdo de suas disciplinas e cenários de prática para o desenvolvimento das atividades junto aos estudantes.

Barros e Rolim (1996) mencionam que os conteúdos relacionados às Políticas de Saúde Mental são abordados com os alunos em sala de aula, apesar de afirmarem perceber a não vinculação do tema à prática do aluno nos locais de estágio. As autoras sugerem que os alunos façam, pelo menos, visitas seguidas por entrevistas com os membros das equipes dos serviços ambulatoriais, de Unidades Básicas de Saúde, a fim de conhecerem como se desenvolvem os trabalhos preconizados naqueles programas, articulados ou não às políticas de saúde mental.

Nas falas a seguir, observa-se que alguns professores já realizam esse tipo de discussão e inserção na prática, onde os estudantes podem vivenciar e problematizar as políticas de saúde mental, conteúdos conceituais:

A gente separa em cinco unidades programáticas. Então a primeira é conceito de saúde e doença mental, constituição histórica da doença, um pouco da epidemiologia, então aqui vem toda a parte histórica e eu faço uma leitura de Foucault e discuto um pouco a epidemiologia, a Política de Saúde Mental, toda a parte

histórica e até chegar hoje no novo modelo. A rede, os novos serviços, a clínica, mas eu dou assim, um preparo aí eles vão, visitam, então a parte de visita e do roteiro de visita que aborda, para ele olhar, saber olhar, né, é muito importante, porque aí, ele vê mesmo o trabalho em equipe (Hera).

(...) e também esse ano acabou sendo uma coisa assim, a gente tinha destinado pelo menos um dia para discutir a parte da História da Enfermagem Psiquiátrica, Reforma Psiquiátrica e ficou assim, bem corrido, mas a gente conseguiu ainda pelo menos iniciar essa discussão que a gente considera importantíssima antes até de eles irem para o campo (Artemis).

Até a década de 90, a ação de enfermagem era realizada em espaços administrativos do hospital psiquiátrico, baseada no modelo biológico. Consequentemente, no ensino, as referências utilizadas privilegiavam autores que abordavam o papel do enfermeiro como agente terapêutico, mostrando incoerência com a prática profissional. Já as políticas de saúde mental, nas décadas de 80 e 90, geravam, como consequência, a produção e oferta de ação de saúde quase exclusivamente no âmbito hospitalar. Em nosso país, com a Reforma Sanitária nas últimas décadas do século XX e com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e Reforma Psiquiátrica, algumas mudanças têm ocorrido, como, por exemplo, a reorientação do modelo assistencial em saúde mental (ARANHA e SILVA; FONSECA, 2005).

Em alguns dos relatos de docentes, referentes ao conteúdo abordado sobre políticas de saúde mental, emerge a preocupação em retomar a história da psiquiatria e enfermagem psiquiátrica no Brasil até os novos modelos de atenção na saúde mental e atuais propostas, a partir das legislações vigentes e dos diferentes modelos de atenção:

(...) ó, primeiro nos vamos entender que enfermagem é uma prática que acontece em um contexto histórico, então vamos entender um pouco como é que era, como é que é, né?, para vocês verem que existe uma nova proposta (Hera).

(...) aí a gente introduz a Enfermagem Psiquiátrica falando dos aspectos do adoecimento mental propriamente dito, dos princípios éticos, históricos da psiquiatria e da Enfermagem, fala da Reforma Psiquiátrica, desinstitucionalização aí a gente acaba fechando fazendo uma ponte para discutir Políticas de Saúde Mental, atual (Dionísio).

Ah, é quando a gente começou a trabalhar a parte de História, com o aluno era complicado às vezes porque dependendo o interesse e a forma como você passa. Eu acho que história é algo que fica muito longe deles né, dependendo do aluno fica muito longe, então eu volto falando lá no início, lá na Pré-História, lá na Idade Média, como é que a loucura era vista e eu vou pondo muita foto, figura, muito quadro, pintura e a gente vai conversando sobre a característica da loucura no mundo mais assim natural, dos nativos e vindo e andando com eles então é por isso que eu falo que é uma viagem histórica (...) aí eu entro sobre a legislação, então Reforma Psiquiátrica, Políticas Públicas, Legislação, estrutura de hospital atualmente, toda aquela política de fechamento de leitos e abertura de CAPS né, falo da estrutura dos

CAPS, das diferentes, do CAPS e na legislação eu falo sobre a Lei 10.216, do plano De Volta pra Casa, todas as Leis mais importantes e eu friso pra eles a gente não fica estudando a legislação, mas eu friso os pontos mais importantes de cada lei (Íris).

Um dos entrevistados refere-se à reabilitação psicossocial enquanto importante referencial no curso em que está inserido:

O conteúdo, você sabe que nós temos uma vertente muito forte dentro da Escola que é reabilitação muito forte lá então tem um peso muito grande, o módulo é essa questão mais teórico instrumental e aí o que a gente está chamando de teórico instrumental? A historicidade e aí obviamente entra na Reforma, como Reforma a gente tem a reabilitação psicossocial como instrumento neste primeiro módulo (Perseu).

A reabilitação psicossocial tem sido um importante conceito no movimento de luta por uma vida mais digna para as pessoas em sofrimento psíquico. Segundo Pitta (1996); Rocha (2005), trata-se de um conjunto de meios e atividades visando melhorar a qualidade de vida das pessoas no campo da saúde mental.

Saraceno (1996) refere que reabilitar não significa possibilitar ao paciente passar do estado de incapacidade para o de capacidade; é preciso mudar as políticas dos serviços de saúde mental, o que envolve os profissionais e todos os atores do processo saúde-doença, ou seja, usuários, familiares e a comunidade.

O resgate histórico do panorama da psiquiatria, nos anos anteriores, facilita ao estudante compreender o atual contexto das políticas de saúde mental e as novas perspectivas para área.

Um dos professores investigados sinaliza para a necessidade de trabalhar conteúdos relativos às **urgências psiquiátricas**, conteúdos conceituais, já que os estudantes realizam estágio em unidades que têm essa característica:

Fiquei pensando porque que as urgências psiquiátricas não foi também dada...principalmente porque é um campo de estágio que a gente passa. Eu senti falta disso com os alunos lá na Unidade de Emergência, e os alunos não tinham noção de urgência...não tinha... a gente aprendeu lá (Afrodite).

Outros professores entendem que o tema urgência e emergência já faz parte do rol de conteúdos selecionados para as disciplinas da área de saúde mental:

(...) nessa grade nova de 2009 eu coloquei urgência e emergência, antes do ...no segundo termo e dentro dessa urgência e emergência tem atendimento na saúde mental, então o professor já dá um preparo para esse aluno antes de iniciar o estágio (Dafne).

(...) a gente fala de emergência psiquiátrica e ambiente terapêutico (Dionísio).

Entende-se urgência e emergência como conteúdo necessário e relevante para formação do estudante de enfermagem, pois os sistemas de saúde mental têm, como proposta, funcionar em rede, nos municípios, permitindo que os indivíduos em sofrimento psíquico, na fase aguda, sejam atendidos nos serviços de pronto atendimento, os quais deverão estar instalados, primordialmente, nas Unidades Básicas de Saúde 24 horas e nos de urgência e emergência.

O **papel do enfermeiro** também foi citado por alguns dos entrevistados como sendo uns dos conteúdos abordados durante o desenvolvimento das disciplinas na área de saúde mental e enfermagem psiquiátrica, conteúdos da dimensão conceitual.

Conforme pode ser observado nas falas a seguir, os docentes referem que os alunos desejam entender qual o papel do enfermeiro na área de saúde mental, ou seja, quais são as atividades por ele desenvolvidas, qual o seu papel na equipe de saúde:

(...) o que o enfermeiro faz, porque eles querem saber, o que é que o enfermeiro faz? Qual que é o papel do enfermeiro? Como é que trata? O que é que enfermeiro faz nessa área?(Hera).

(...) do papel do enfermeiro dentro de uma equipe multidisciplinar e como isso acontece dentro dos modelos substitutivos (Dionísio).

Quando se trata do papel do enfermeiro nos serviços de saúde mental, há um certo preconceito, até mesmo em decorrência da própria história da enfermagem psiquiátrica nos hospícios, pelo fato deste papel ter sido exercido por pessoas sem formação e que praticavam atos de maus tratos aos pacientes. Atualmente, para trabalhar na área de saúde mental, o enfermeiro necessita ser flexível, ter uma boa capacidade de comunicação, entre outras habilidades, que não de ordem prioritariamente tecnicista. O estudante de enfermagem não tem clareza sobre o papel do enfermeiro durante sua formação visto que esta, muitas vezes, valoriza o desempenho baseado em normas técnicas de ação. Na saúde mental, exige-se iniciativa e abertura para re-invenção de modos de assistência não proporcionados pelo modelo tradicional de ensino.

O conteúdo sobre o **cuidado com a família** (conceituais) tem sido inserido nos programas das disciplinas dos cursos de graduação em enfermagem e, especificamente, nas de saúde mental:

(...) é instrumentalizando o cuidado, ao usuário e a família (...) define o que é família... o conceito de família, tipos de família, referenciais teóricos para se trabalhar com família, instrumentos de avaliação da família, a gente tem trabalhado

com genograma e ecomapa para rede de apoio, né? Então aqui eles vão fazer essa visita já conhecendo e aplicando esses instrumentos (Hera).

(...) depois eu vou falar de projeto terapêutico, como é o que você trabalha a parte terapêutica então, aí eu falo muito de família, comunidade (Íris).

Atualmente, investimentos têm sido realizados no que tange às questões relacionadas às famílias e ao suporte aos familiares da pessoa portadora de transtorno mental, principalmente no que diz respeito à promoção, prevenção e tratamento na própria comunidade. Um ponto fundamental é o acompanhamento dos familiares para que possam lidar e rever posturas frente à co-responsabilização durante o processo de cuidado.

A família é espaço primeiro onde o indivíduo adquire suporte para formação de sua personalidade. As interações estabelecidas entre seus membros possibilitam manutenção de trocas afetivas, fornecendo, aos indivíduos, modelos para comportamento no contexto que venham a integrar. O reconhecimento da participação familiar no contexto de promoção e educação em saúde, na prevenção e recuperação de saúde de seus membros é essencial para prática de enfermagem. Os desequilíbrios encontrados nos núcleos familiares podem contribuir para o surgimento de quadros psicopatológicos, físicos e emocionais que podem desordenar a dinâmica familiar. A prática de enfermagem em abordagem familiar, em qualquer etapa do processo saúde – doença, é importante, pois o enfermeiro precisa compreender a estrutura familiar para planejar a assistência (MACÊDO; MONTEIRO, 2004).

O **trabalho em equipe/grupo**, a relação com o outro, seja ele usuário do serviço ou trabalhador de saúde, tem sido uma preocupação dos profissionais da área de saúde, (conteúdos atitudinais). O trabalho em equipe tem sido preconizado, atualmente, pelas diretrizes curriculares e também pelos programas de governo.

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em enfermagem, seu artigo 4º, que diz respeito à formação do enfermeiro e às competências e habilidades gerais necessárias para tal, indica que “no trabalho em equipe multiprofissional, os profissionais de saúde deverão estar aptos a assumir posições de liderança, sempre tendo em vista o bem estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz”. Em seu artigo 5º, refere-se às habilidades e competências específicas, apontando, no item VIII, que o enfermeiro deverá ser capaz “... de trabalhar em equipe” e, no item XII, “reconhecer-se como coordenador do trabalho em equipe de enfermagem” (BRASIL, 2001a).

Assim, ao analisar os depoimentos, é possível perceber que em alguns cursos há essa preocupação de que os enfermeiros, em sua formação, necessitem de preparo para o trabalho em equipe:

(...) a nova organização do trabalho em equipe, a relação, na realidade a relação...(Hera).

A gente vai trabalhar então com conceitos da comunicação, relacionamento humano, a gente trabalha com grupo né, noções de dinâmica grupal nesse momento porque no 2º semestre eles já vão começar a pensar isso, nós trabalhamos crise e depois a Psicologia do Desenvolvimento e noções de psicanálise que fazem uma ponte legal (Perseu).

(...) isso começou este ano centrado em atendimento grupal no sentido da reinserção social, esse é o bloco teórico, ele também é curto e como o estágio também é curto (Hermes).

Mailhiot (1981) aborda a comunicação humana e as relações interpessoais, ao discorrer sobre a teoria de Kurt Lewin relativa à “dinâmica dos grupos”. Ressalta que a comunicação e o relacionamento interpessoal são questões essenciais, fundamentais para a vida em grupo.

Para compreensão do trabalho em equipe e da dinâmica grupal, é importante investir no processo formativo, construindo conhecimentos sobre o trabalho em grupo e em equipe.

No entanto, entre os cursos estudados, poucos são os que abordam tal temática e, como aponta o relato a seguir, quando abordado, é “dado somente uma pincelada”:

(...) de grupo e de terapia somática a gente dá só uma pincelada (Dionísio).

O **exame mental** também é citado por alguns professores no sentido de instrumentalizar os estudantes para a sua realização com vistas a avaliar as funções mentais do indivíduo no momento da entrevista, antecedendo a ida dos alunos ao campo de prática, (conteúdos procedimentais)

Se ele autoriza a gente fazer uma entrevista, se ele gostaria ou não, se ele se prontifica, se ele não falar nada eu vou para outro, se não a gente senta, eu tenho um roteiro de exame do estado mental, a gente faz junto desse paciente item por item e depois aí o aluno faz e aí toda semana é uma discussão de um capítulo do Paulo, a gente faz umas quatro ou cinco semanas de discussão do capítulo de psicopatologia (Apolo).

O exame do estado mental também... agora você falando eu lembrei, é um conteúdo que também está descrito no caderno da 1ª e 2ª série, então tem algumas áreas que estão garantidas, então atenção, senso-percepção, memória, consciência estão garantidos. O exame do estado mental de uma forma mais completa não é garantido porque são conteúdos só se o tutor ou facilitador encontrar enquanto questão de aprendizado (Hércules).

O exame mental vai instrumentalizar o estudante a compreender o sujeito na sua individualidade e como ele está entrando em contato com o mundo, de forma real ou não, o que ajuda na relação interpessoal e na postura do enfermeiro frente à pessoa que requer cuidados.

Ainda no que diz respeito aos conteúdos abordados pelos professores, observa-se que, em alguns casos, há enfoque na **atenção básica**, conteúdos conceituais.

Grande parte dos atendimentos de transtornos psíquicos menos graves é realizada em ambulatórios de saúde mental e atenção básica. Os CAPS são considerados serviços, conforme a atual política de saúde mental, estratégicos para organizar redes de atenção à Saúde Mental. Devem estar localizados nos espaços de convívio social frequentados pelos usuários e, assim, devem resgatar as potencialidades dos recursos comunitários que os rodeiam. Porém, o CAPS não é o único tipo de serviço de saúde mental que deve estar inserido na rede de cuidados; deve haver, também, atenção básica, residências terapêuticas, ambulatórios, centros de convivências clubes, entre outros. A articulação entre atenção básica e saúde mental é de extrema importância, mas nem sempre isso é suficiente pela escassez de recursos humanos e capacitação da equipe. O Ministério da Saúde implanta ações para saúde mental na atenção básica que devem obedecer ao modelo de rede de cuidados, com ações fundamentadas nos princípios do SUS e na reforma psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Na fala abaixo, emerge a intenção de valorizar o atendimento na Atenção Básica, ao invés de realizar visitas em locais especializados em saúde mental:

(...) mas como são poucos dias, a gente optou assim: por valorizar essa questão da Atenção Básica e a partir dali discutir outras coisas do que dividir muito e ficar só visitando os locais, né? (Artemis).

Alguns professores referem-se à possibilidade dos estudantes problematizarem as situações vividas no campo de estágio, ao nele imergirem e, a partir de então, construir conhecimentos que vão se tornando mais significativos por se referirem às suas vivências de situações e problemas nos contextos dos serviços de saúde mental. Desta forma, podem ainda aprender sobre o trabalho em equipe, reforma psiquiátrica, serviços extra-hospitalares e reabilitação psicossocial.

Fui mostrando cada coisa que tinha de nova lá eu fui mostrando lá no cenário, por isso é riquíssimo o local, é riquíssimo o local, porque aparece muita coisa para ensinar para aprender, principalmente aquela relação com a equipe...(Afrodite).

Porque cada unidade que a gente trabalha, cada professor no seu campo permeia, de certa forma é permeado porque por exemplo, o CAPS, o que é CAPS, de onde surgiu esse CAPS, surgiu por conta da Reforma Psiquiátrica, é um equipamento substitutivo; NOT, de onde surgiu NOT? Vamos fazer o NOT? Tem uma história do local, como se conformou o NOT, como é que surgiu?, era o paciente ali que fazia umas coisinhas de madeira e vendia pra comprar cigarro e de repente foi tomando um vulto ou alguém foi lá e reformou, vamos montar e aí tem a história, essa história tem no micro, no macro tem a coisa da Lei, das Políticas de Saúde Mental, da Reforma que veio também ao encontro das aspirações e por isso que é isso que é o NOT, que é CAPS, o que é Saúde Mental no Hospital Geral, o Ambulatório (Apolo).

(...) a assistência de enfermagem, a própria Reforma Psiquiátrica e toda essa questão da Reabilitação Psicossocial fica para o ensino clínico. O ensino clínico a gente faz em dois campos, eu supervisiono numa UBSF (Unidade Básica de Saúde da Família) e ... (outro professor) num Hospital Psiquiátrico (...) aí o campo a gente sempre destina um momento no final ou no início dependendo do que for discutido e se eles tiverem que aplicar, alguma coisa assim mais no início ou no final e já tem assim, uma programação, o aluno já vai para o ensino clínico sabendo que ele tem que ter aquela leitura prévia, os dias q a gente vai discutir e relacionando com a prática.(Artemis)

Para Zabala (1998), a realização das ações que formam os procedimentos é fundamental para a aprendizagem; o autor acredita que a reflexão sobre essas ações permite que se tome consciência da atuação.

Os conteúdos mais selecionados pelos professores entrevistados, em sua maioria, referem-se às dimensões conceitual e procedimental e, com menor frequência, à atitudinal. As escolhas dos conteúdos, conforme já citado anteriormente, têm uma intencionalidade, nem sempre coerente com a proposta pedagógica do curso.

- Estratégias de ensino utilizadas no processo ensino-aprendizagem

Segundo Anastasiou (2007), as estratégias de ensino e aprendizagem estão relacionadas ao Projeto Político Pedagógico do curso, onde se encontram definidos a visão de homem, o perfil do profissional que se deseja formar, a visão de ensinar e aprender, a visão de ciência e tipo de organização curricular (modular, integrado, disciplinar). Nesse contexto é que se inserem as estratégias de ensino.

As estratégias utilizadas pelo professor constituem-se em meios para mobilizar as comunicações que podem se estabelecer junto ao grupo de estudantes sob sua responsabilidade. As relações que se estabelecem neste meio definem os diferentes papéis do professor e dos alunos e as diversas estratégias possíveis, utilizadas pelo docente, levarão a diferentes modos de intervenção, muitas vezes, desafiadores, dirigentes ou propositores (ZABALA, 1998).

Assim, o professor deverá selecionar, organizar e propor ferramentas facilitadoras para que os estudantes se apropriem do conhecimento.

A seguir, apresento algumas das estratégias que foram utilizadas pelos sujeitos desta pesquisa, destacadas em seus relatos.

Alguns referem utilizar, como estratégias de ensino, **aulas expositivas e aulas expositivas dialogadas**, por vezes permeadas por filmes ou estudos de casos, o que, na percepção do professor, permite uma maior interlocução com os estudantes sobre o tema/conteúdo abordado:

(...) ah, tem uma parte expositiva quando eu entro na psicopatologia, não tem jeito, a gente tem que expor, mas assim, sempre depois tem o estudo de caso que a gente possa discutir de forma mais real. Tem filmes, eu passo muito filme para eles, cada tema eu tenho um filme que adota uma coisa importante, se eu não passar inteiro, são algumas partes, livros que a gente acaba lendo, deixa eu ver o que mais... (Íris).

A gente usa algumas aulas expositiva, participativa né, a gente discute artigos científicos, assiste filmes sobre o tema, o Bicho de Sete Cabeças é uma das coisas que a gente trabalha, tem seriado, alguns vídeos também, trabalho nesse sentido e muita discussão, a gente deixa eles falarem depois de terem visto vídeo ou terem lido um texto pra depois encontrar no meio do caminho o que a gente quer, imagina? (Dionísio).

(...) nesses encontros iniciais que são teóricos é aula expositiva, dialogada e no fim, a gente apresenta as vezes, um caso específico daquele tema e abre para discussão. É a estratégia que a gente conseguiu no momento, a gente sabe que teria muitas outras coisas para serem feitas, né? (Artemis).

Em relação à Enfermagem Psiquiátrica aí é assim, o bloco teórico não é longo, a gente acaba complementando as aulas expositivas dialogadas com discussão de caso e apresentação de seminários ao longo do estágio de ensino teórico- prático (Hermes).

No entanto, percebe-se, em alguns dos depoimentos, uma preocupação em utilizar, como estratégia de ensino, a aula expositiva para que possam transmitir o conhecimento ao aluno e, posteriormente, utilizar filmes para “fixar” a teoria ou discutir sobre o que o aluno aprendeu com os estudos de caso, disponibilizados sempre após a “aula teórica”. Esta é uma lógica de ensino fundamentada no método tradicional, na ciência moderna, no modelo de ciência ainda dominante .

A aula expositiva dialogada constitui uma superação da aula expositiva tradicional. Em algumas falas, não foi mencionado, em momento algum, a utilização de aulas expositivas sem a participação do estudante, o que podemos considerar um avanço no processo ensino-aprendizagem. Segundo Anastasiou e Alves (2007), a aula expositiva dialogada estatisticamente foi apontada como a estratégia mais presente na sala de aula na universidade.

Segundo essas autoras, em uma exposição dialogada há um processo de parceria entre o professor e os estudantes no enfrentamento dos conteúdos, pois é esperada a participação ativa dos alunos. O professor deverá instigar os alunos para

que questionem e discutam sobre o objeto de estudo a partir do reconhecimento e confronto com a realidade.

A aula expositiva dialogada tem sido utilizada para superar a tradicional palestra docente como forma de incentivar a participação ativa dos estudantes e criar um clima de respeito mútuo entre estudante-professor. O quadro teórico trazido pelo professor deve ser o “fio da meada”, podendo ser interrompido com perguntas e apontamentos dos estudantes, sem que o professor perca o foco do processo (ANASTASIOU; ALVES, 2007).

Para Vasconcelos (1995), a metodologia expositiva tem um alto risco de não levar à aprendizagem e o problema, do ponto de vista político, é a formação do homem passivo e não crítico. Por outro lado, a metodologia dialética entende o homem como um ser ativo e de relações, acreditando que o conhecimento não é transferido do professor para o aluno, nem depositado, mas, ao contrário, construído pelo sujeito na sua relação com os outros e com o mundo.

Na fala abaixo, o professor faz referência à aula expositiva dialogada como algo negativo, justificando sua escolha pelo fato de dispor de uma pequena carga horária para uma grande quantidade de conteúdo a ser abordado:

Quanto à aula, a gente usa infelizmente aula expositiva dialogada até mesmo porque a carga horária que a gente tem são só 7 aulas e a gente tem um conteúdo grande para dar, a gente acaba não tendo muito o que fazer a não ser aula expositiva dialogada (Hermes).

Assim, o professor está fazendo referência à estratégia de aula expositiva centrada no professor e não naquela dialogada, que permite troca e diálogo entre os atores envolvidos no processo ensino aprendizagem, conforme já mencionado.

Outras estratégias de ensino citadas pelos professores, sujeitos desta pesquisa, foram: **seminário e estudo de caso**.

Para a utilização de seminário como estratégia de ensino, é preciso haver clareza sobre seu significado e sobre o papel ocupado no grupo durante o desenvolvimento da atividade, que, segundo Anastasiou e Alves (2007), trata-se do estudo de um tema a partir de diferentes fontes a serem estudadas e sistematizadas pelos estudantes.

Os depoimentos a seguir revelam que a utilização dos seminários tem como finalidade aprofundar algum conteúdo ou abordar aspectos que, eventualmente, não foram possíveis de serem trabalhado pelo professor em sala de aula:

(...) também eles fazem seminários nessa disciplina que no primeiro dia já estimula assim, o que da nossa aula vocês gostariam de aprofundar? O que é que vocês acham que vai incomodar? (Hera).

(...) uma experiência diferente que a gente teve esse ano e no ano passado foi de fazer um seminário, então a gente selecionou alguns artigos relacionados assim com as várias áreas da Enfermagem que foca questão do Relacionamento Terapêutico, Comunicação Terapêutica, não necessariamente na Psiquiatria porque normalmente é falado da Psiquiatria, né? Então é hospital geral, UTI, na própria Saúde Pública, com deficiências auditivas, várias experiências diferentes e eles se dividiram e depois apresentaram isso, foi bem interessante (Artemis).

Quanto aos estudos de caso, estes são preparados pelos estudantes quando estão em contato com os usuários dos serviços de saúde em que estão inseridos, durante o estágio obrigatório da disciplina, conforme descrito no relato :

(...) ele só vai apresentar seminário de Estudo de Caso nos últimos três dias do campo de estágio, então ele passa por um aprendizado qualitativo, profícuo com o paciente e as atividades que são feitas lá no hospital e CAPS e aí eles já tem um olhar melhor, então ele consegue elaborar uma discussão de caso pra apresentar (Hermes).

As opções acima descritas, de certa forma, referem-se à tentativa do professor de motivar a participação do estudante e de oportunizar o contato com tema ainda não trabalhado ao longo da disciplina.

A **leitura e discussão de textos** também têm sido utilizadas como estratégias de ensino por alguns professores, no sentido de ampliar conhecimento sobre um tema, discutir sob a ótica de alguns autores:

(...) a gente insere outros conteúdos por meio de leitura e discussão de artigos, textos...(Artemis).

Então tem aulas de exposição, aulas de discussão dos referenciais teóricos da relação, de assistir filme, discutimos, discutimos Freud, Rogers e da enfermagem a Travelbee e também ele faz uma resenha de um livro que é a relação de ajuda, com referenciais da psicologia (Hera)

Algumas estratégias como as **dramatizações e o role- playing** são citadas por alguns professores, como podemos visualizar a seguir:

(...) eles fizeram também dramatizações, foram bem criativos na hora de apresentar e ajudou um pouco eles terem uma visão mais abrangente de que não é só ali quando tiver na psiquiatria que ele vai ter que aplicar aqueles conteúdos (Artemis).

E a gente tem um trabalho que estamos fazendo com simulações. O aluno ele faz um tipo...um teatrinho para simular para sala cada situação ...(Dafne).

Então, na Enfermagem de Saúde Mental (2º ano) a gente acaba utilizando no primeiro dia até para um aquecimento, trabalhar um pouco de preconceito do aluno, a gente faz “role playing” como estratégia de ensino (Hermes).

O modelo psicodramático de ensinar favorece o questionamento sobre o objeto de conhecimento, o que, certamente, pode contribuir para a autonomia intelectual do estudante. A aplicação da estratégia psicodramática no ensino proporciona benefícios terapêuticos ao grupo e pode ser um dos caminhos para reconhecer o potencial de cada aluno que levará à libertação da espontaneidade. O psicodrama pedagógico baseia-se no conhecimento prévio do grupo ou do que ocorre com ele e depende do que é trazido pelo grupo para iniciar o processo de reflexão (FERNANDES; KELLERMANN, 2009)

Nos relatos apresentados, é possível apreender que a dramatização possibilita a criatividade do estudante e a liberdade de expressão. Nesse sentido, os professores têm utilizado a estratégia também em momentos de mobilização, para mergulharem em uma problemática real.

O **trabalho em grupos**, segundo Bonals (2003), favorece a qualidade das aprendizagens e a aquisição de conhecimentos por meio da interação entre os alunos, além de melhorar as habilidades sociais. O aluno pode adquirir, com mais facilidade, capacidade para negociar com o outro, baseado no diálogo, possibilitando a comunicação e a convivência com os demais integrantes e favorecendo a capacidade de inclusão de outros membros no grupo.

Na fala a seguir, um dos entrevistados faz referência ao trabalho em grupo como um processo de aprendizagem para estabelecer relações com os outros e sinaliza para o fato do trabalho em grupo ser mais do que fazer parte de um conjunto de pessoas. É a necessidade de interação de respeito e de escuta:

(...) mobiliza um com o outro e aprendem a trabalhar em grupo.. é no sentido assim que eles reclamam muito um com o outro, mas isso a gente vai mostrando, apontando que não é fácil mesmo trabalhar de dupla, trabalhar de três, então aí a coisa começa a complicar é e aí isso até serve de modelo para despertar... é assim ...eles vão trabalhar sempre com outras pessoas, trabalham sempre em dupla, em grupo e como é que vocês organizam isso?(Afrodite).

Entendo que o trabalho em pequenos grupos é uma estratégia desafiadora e, ao mesmo tempo, facilitadora do processo ensino-aprendizagem, possibilitando que o professor conheça melhor cada um dos estudantes, podendo compreender sua individualidade e olhar para o trabalho coletivo. Possibilita, ainda, a capacidade de escuta, de lidar com os conflitos e de realizar negociações no próprio grupo.

As **visitas em serviços de saúde/ psiquiatria** são utilizadas, em algumas situações, como estratégias de ensino para facilitar um resgate histórico da psiquiatria,

abordando como eram os manicômios, por que existiam, como era a proposta de atenção à saúde mental antes da Reforma Psiquiátrica e o que existe hoje. Em outras situações, as visitas são realizadas para que os estudantes possam conhecer o sistema de saúde mental na rede do município em que estão inseridos, conforme as falas:

Ela (a visita) tem a finalidade de ver toda a questão da história, da Reforma, é muito rico, né? Porque Santa Rita, por exemplo, tem um museu, a gente assiste filme, esse período a gente assiste filme, passa um filme da França, que é muito interessante, que dá pra discutir a questão do manicômio, da questão dos direitos, da questão do eletrochoque, insulino terapia, aborda tudo e também o novo modelo, viram as residências, viram o CAPS aí viram a organização de um trabalho nesse serviço, como é que é um trabalho em equipe, a questão da referência e em cima disso e desses relatórios a gente faz uma discussão (Hera).

Eu levo então para hospital psiquiátrico, Amparo tem um hospital tradicional que ainda é um hospital de internação de agudos (...) eu levo eles no Candido Ferreira que é um serviço terapêutico que tem muitas oficinas, (...) levo no CAPS Infantil e no CAPS Álcool e Drogas, então são os três lugares que eu levo de CAPS e mais, já cheguei a levar aluno em Ambulatório de Saúde Mental mas em Jundiá a estrutura do Ambulatório não é assim, a enfermagem não atua, tem só psiquiatras e psicólogos, então eu me sinto assim meio que não tendo, para enfermagem não tem muito significado porque não tem os serviços estruturados de enfermagem, então eu acabo não levando mais todos esses outros campos, isso no 2º ano (Íris).

Os depoentes também mencionam a diversidade de estratégias possíveis no processo ensino-aprendizagem e o quanto isso pode tornar as aulas mais dinâmicas e atrativas, estimulando a participação dos estudantes:

Eu uso apostila, palestras, trago pessoas pra conversar com eles, leitura de texto, às vezes uso o quadro branco né, que hoje não é mais negro, o retroprojetor, multimídia, faço projeção de filmes, uso aparelho de som, apresentação de slides e trabalhos manuais pq aqui nós criamos a oficina de SM, que é uma coisa de ponta, inclusive a gente tá fazendo um trabalho já sobre isso que é o trabalho com a SM mesmo e essas oficinas (Alceste)

(...) eu ponho música, nós temos uma atividade que é sempre no começo da aula, cada dia alguém leva um clipe diferente falando de saúde, de Saúde Mental, não de doença, de saúde, de qualidade de vida, o que que nós temos que fazer para sermos assim, indivíduos mais flexíveis, mais adaptáveis, assim pra trocar, para aceitar o outro do jeito como ele é, então eu levo os primeiros depois eles começam a levar material (Íris).

As relações interativas dos estudantes em sala de aula serão mais ou menos cooperativas de acordo com as características dos recursos utilizados pelo professor; a organização dos conteúdos depende da existência de materiais com estruturação, disciplinares ou não. Materiais curriculares são todos os instrumentos que proporcionam, ao professor, referências e critérios para tomada de decisões no

planejamento e para intervenção direta no processo ensino-aprendizagem (ZABALA, 1998).

- Cenários de prática

Os cenários nos quais os estudantes realizam os estágios das disciplinas da área de saúde mental encontram-se mesclados entre a área hospitalar e de atenção básica; entre eles, encontram-se os hospitais gerais (unidades de psiquiatria e urgências psiquiátricas); hospitais psiquiátricos; comunidades terapêuticas para dependentes químicos; Centros de Atenção Psicossocial; Oficinas Terapêuticas e Estratégia de Saúde da Família.

O desenho atual dos cenários de prática, envolvendo campo de ensino-aprendizagem dos estudantes inseridos nas unidades de ensino e local de trabalho dos docentes aqui investigados, difere do desenho descrito em pesquisas realizadas anteriormente sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica, nas diferentes regiões do país. Como exemplos, podemos citar os estudos de Barros (1996), no Estado de São Paulo; Braga (1998) no Ceará e o de Kantorski (1998), no Rio Grande do Sul, ressaltando que a prática era desenvolvida principalmente em hospitais psiquiátricos convencionais, sinalizando, todavia, para a necessidade de ampliar os locais de estágios, na perspectiva de uma prática diferenciada em hospital geral e comunidade.

Nesse sentido, o estudo de Maftum (2004), realizado no Estado do Paraná, permite observar ampliação da rede de saúde mental, cujo início ocorreu na década anterior, proporcionando aumento dos cenários utilizados para a imersão dos estudantes. Assim, ao lado do hospital psiquiátrico de internação integral, esse estudo menciona o hospital dia, o Centro de Atenção Psicossocial, o Ambulatório de Saúde Mental, a Unidade Básica de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, ou seja, cenário semelhante ao encontrado na presente investigação.

Maftum (2004), embora ressalte a ampliação dos locais de estágios, deslocando-se do hospital psiquiátrico para outros espaços abertos de atenção ao indivíduo em sofrimento psíquico, alerta para a morosidade dos avanços da Reforma Psiquiátrica no estado no que diz respeito à implantação da rede de serviços de saúde mental e do investimento das políticas públicas na área de saúde mental.

A seguir, estão alguns relatos dos entrevistados e suas posições sobre os cenários escolhidos para o processo de ensino aprendizagem, de âmbito hospitalar e os serviços de base comunitários:

Unidade de Psiquiatria em Hospital Geral e Hospital Psiquiátrico:

Atualmente, as enfermarias de psiquiatria em hospitais gerais têm se constituído em alternativa assistencial que se articula ao movimento da Reforma Psiquiátrica que propõe alternativas às internações em hospitais psiquiátricos tradicionais, buscando evitar internações prolongadas e, conseqüentemente, a perda de vínculos sociais. As primeiras Unidades de Psiquiatria no Hospital Geral com planejamento terapêutico, internações breves, com rápido retorno à comunidade, surgiram na década de 30, em centros universitários dos Estados Unidos da América. No entanto, no Brasil, as primeiras enfermarias em hospital geral surgiram na década de 50, na Bahia, São Paulo e Pernambuco e, nas décadas de 60 e 70, várias enfermarias estabelecem-se nos hospitais- escola (BOTEGA, 1995).

Apesar da proposta de internação breve, de forma a se evitar o hospitalismo, perda de identidade e vínculo com a sociedade, nota-se ainda, em alguns casos, como o exemplo trazido na fala de Afrodite, a manutenção do modelo manicomial de internação, pelo qual a pessoa permanece internada por tempo prolongado ou é solicitado seu encaminhamento para outro hospital psiquiátrico. Esta lógica difere do proposto pela política pública de saúde mental, ou seja, internações por breves períodos, apenas quando necessário, realizando os atendimentos e acompanhamentos nos serviços abertos, na comunidade:

Daí tem o paciente internado né na Unidade de Hospital Geral, que está dividido em uma internação mais prolongada, então de meses, pode acontecer meses, pode até ...já teve paciente que ficou anos lá...tem uma caracterização de pacientes mais complicados na psiquiatria, porque não é só a doença psiquiátrica, mas aí envolve outras comorbidades presentes e aí precisa dessa internação de um tempo maior e também na outra ala que é no mesmo local, no mesmo andar, que são pacientes que tem uma curta duração de internação de semanas...uma semana, duas semanas e dali o paciente vai para outra ala, ou para outro hospital do estado (Afrodite).

Nas falas seguintes, um professor refere-se à riqueza da discussão no campo de estágio em hospital geral por possibilitar que os estudantes percebam os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes no que se refere à doença mental e por proporcionar oportunidades diversas aos estudantes quando realizam estágios nesses serviços:

(...) vou na psiquiatria do HC, aqui não se oferece condições para gente ensinar então eu prefiro ir pra lá e aí eles ficam, eles gostam porque você dá a aula, fala de alucinação e delírio e eles vão lá e pegam ao vivo isso, então eles gostam muito desse tipo de interação (Hermes).

Eu vou começar pelo hospital (geral Unidade de Psiquiatria), porque é aonde eu vou, lá normalmente eles fazem observação, eles participam de todas as atividades em grupo que são oferecidas pelos técnicos, então o grupo de psicoterapia semanal, uma psicoterapia grupal, é feita por um psicanalista, é uma dinâmica muito interessante, muito bem feita e extremamente rica, o aluno, ele participa quatro vezes ao longo do estágio; tem as atividades recreacionais com educação física, ele tem oficina de TO e ele tem psicoterapia grupal mais tradicional do que com psicóloga, o aluno também pode participar, além disso eles têm as reuniões da equipe, dia sim, dia não eles têm em locus com o paciente, toda a equipe vai e faz a discussão de caso, então os alunos participam disso também e eles têm atividade social que normalmente tem alguma festa, tem o corpo de voluntários que tem duas vezes por semana que participa de alguma coisa social de integração (Hermes)

Atividades grupais com os pacientes, atividades recreacionais, oficinas com terapeutas ocupacionais e reuniões de equipe que possibilitam aos estudantes a vivência do trabalho em equipe são destacadas pelo professor Hermes como um fator relevante para formação profissional.

A atuação em uma equipe constituída por profissionais com habilidades complementares, comprometidos uns com os outros, com objetivos comuns, fortalece o trabalho da unidade de saúde como um todo. Não basta o diagnóstico e o tratamento biológico, é preciso pensar na reabilitação psicossocial, investir no trabalho com familiares e atender aos princípios do SUS.

A seguir, um relato expressa preocupação com a imersão dos estudantes em unidade de emergência, sem que os mesmos tenham noções sobre urgências. Os alunos, conforme cita Afrodite, foram se apropriando das atividades diante das oportunidades vividas no cenário de prática:

É a Unidade de Emergência e os alunos não tinham noção de urgência... não tinha... a gente aprendeu lá. Fui mostrando cada coisa que tinha de nova lá eu fui mostrando lá no cenário (Afrodite).

Os serviços de emergências psiquiátricas oferecem, ao indivíduo portador de transtorno psíquico, o pronto atendimento quando não existe a possibilidade de um agendamento prévio de consulta. Assim, o serviço deve se constituir como instância intermediária e provisória dentro de um sistema de saúde e deveria impedir as internações realizadas diretamente nos hospitais psiquiátricos (MENDES; PAULIN; MENON, 1995).

Quanto aos hospitais psiquiátricos, estes têm uma longa história, desde o nascimento da psiquiatria até as propostas de reformulação e críticas ao modelo psiquiátrico. As internações em hospitais psiquiátricos ainda mostram uma característica de longa internação, apesar de já implantadas as políticas de saúde mental, que apontam para uma diminuição do tempo de internação, segundo uma lógica não manicomial.

Segundo Giovanella e Amarante (1994), o aparato manicomial não é o hospital psiquiátrico, mas sim o conjunto de gestos, olhares, atitudes, intolerâncias e diferenças existentes de forma radicalizada nos hospícios, mas ainda presentes em outras modalidades assistenciais e no cotidiano das relações sociais.

A fala a seguir revela que o estágio ocorre em um hospital psiquiátrico cujo foco é a doença, priorizando, assim, a terapêutica medicamentosa, apesar de trabalharem com os familiares durante a internação. Entretanto, emerge a preocupação do docente em mostrar aos alunos que existem outros recursos, com propostas diferenciadas do hospital psiquiátrico, ou seja, do manicômio.

Bom, no hospital psiquiátrico que a outra docente fica, né, se volta para os aspectos relacionados ao doente mesmo, transtornos mentais, a psicofarmacologia, trabalha com a família durante a internação e embora se faça no hospital, a docente ela tem a proposta de mostrar nas discussões pelo menos, os outros recursos que existem, os outros equipamentos de saúde mental, se aquele paciente deveria estar ali ou não (Artemis).

A maioria dos hospitais psiquiátricos, apesar de ter passado por transformações, frutos da Reforma Psiquiátrica, ainda permanece com características manicomiais. Entretanto, nesses serviços há profissionais que apóiam as políticas atuais de saúde mental, inclusive defendendo a inserção dos familiares no tratamento dos usuários :

(...) o hospital aqui eu acho que não dá ainda essa visão, apesar de ter modificado bastante, tal, aqui nos temos um hospital que recebe muito indigente, muita coisa, então você percebe assim, a psicóloga do hospital, eu levo a psicóloga para dar palestra para eles, falar de políticas essa coisa toda, então eles começam lá ver a questão da internação mais curta possível, aqui o hospital procura fazer né, porque ainda existe muita aquela questão da família abandonar o paciente, mas... eles vêem a preocupação do hospital em estar acionando a família, fazendo a família participar, que a família pode ir nos horários visitar o paciente (Alceste).

No entanto, durante as entrevistas realizadas nesta pesquisa é possível notar um deslocamento importante dos docentes na busca por priorizar os serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos na atenção aos indivíduos portadores de transtornos psíquicos.

Os dispositivos assistenciais que possibilitam atenção psicossocial a essas pessoas devem estar estruturados em rede, podendo contar com ações de saúde mental na atenção básica, Centros de Atenção Psicossocial, Serviço de Residência Terapêutica, leitos em Hospital Geral, Ambulatório, bem como o Programa de Volta para Casa. Os mesmos devem funcionar de forma articulada, tendo o CAPS como serviço estratégico na organização de sua porta de entrada e de regulação (BRASIL, 2010).

Os locais mais utilizados como cenários de prática para os estudantes, segundo informações dos professores, sujeitos da pesquisa, são os Centros de Atenção Psicossocial, Estratégias de Saúde da Família e as Oficinas Terapêuticas. Destaco, a seguir, esses locais.

Centros de Atenção Psicossocial:

Os Centros de Atenção Psicossocial foram criados com intuito de se constituírem em estruturas intermediárias entre hospitalização integral e a vida na comunidade. Devem ser implantados de acordo com o porte dos municípios: com até 20 mil habitantes- rede básica, com ações de saúde mental; de 20 a 70 mil habitantes- rede básica, com ações de saúde mental, CAPSI e II; de 70 a 200 mil habitantes- rede básica, com ações de saúde mental, CAPS II, CAPS AD; com mais de 200 mil habitantes- rede básica, com ações de saúde mental, CAPS II, III, AD, infantil e capacitação para SAMU.

Segundo os relatos dos professores, os cenários de prática nos Centros de Atenção Psicossocial têm sido priorizados pelos cursos. Um dos sujeitos, em seu discurso, menciona uma série de oportunidades propiciadas nos CAPs:

Em CAPS, eles têm algumas atividades recreacionais, dependendo do CAPS que a gente vai, do período que vai, é assim, falta material, o técnico tá de férias então não tem atividade, não tem material para repor, então isso é muito variável, mas assim, tem um conjunto de atividades recreacionais como atividades desportivas, uma vez por mês eles vão para teatro e cinema então os alunos vão junto, eles fazem o relacionamento interpessoal e terapêutico..., eles escolhem o paciente para se relacionar ao longo do estágio sendo que a primeira semana eles não fazem isso, fica mais para o docente entrevistar, fazer uma anamnese para eles aprenderem para depois eles ficarem sozinhos com esses pacientes. Em CAPS tem também reunião de equipe que é onde eles participam e discutem, tem reunião administrativa onde só o professor participa com a equipe e o professor distribui atividades de prontuário, de estudo de caso, de seminários e também discussão do dia (Hermes).

Entretanto, observa-se que muitos serviços de base comunitária, apesar de oferecerem uma multiplicidade de atividades, permanecem com a atenção centrada no doente e na doença mental, com ênfase na terapia medicamentosa.

Há professores que consideram os Centros de Atenção Psicossocial como específicos para os atendimentos de indivíduos usuários de álcool e drogas:

Tem o CAPs serviço aberto. Tem também AD que é o CAPs de atendimento a alcoolista e drogadictos (Afrodite).

E o CAPS Álcool e Drogas eu comecei um projeto o ano passado, foi muito bom, além deles participarem de várias oficinas, o CAPS-AD em Jundiá, ele é diferenciado, ele é um centro de assistência ao usuário de álcool e drogas e ele

passou a ser CAPS depois de alguns anos de funcionamento como órgão filantrópico, então hoje ele não é da prefeitura, é o único CAPS que nós temos lá que não é da Prefeitura, ele é autônomo.... a gente só tem CAPS, a gente não tem hospital né?, então eles só fazem em CAPS (Íris).

A política de atenção a álcool e outras drogas prevê a constituição de uma rede que articule CAPS e leitos de internação em hospital geral para desintoxicação e outros tratamentos advindos do uso de substâncias psicoativas.

Há também referências ao CAPS III e CAPS infantil:

Eles participam também no CAPS III da atividade de sistematização dos que são acolhidos e vem todo o processo de medicação, de atividades terapêuticas que eles participam (Íris).

No CAPS Infantil, já não tem estudo de caso, eles participam de todas as oficinas desde a triagem, oficinas de pais, oficinas de hiperatividade com criança muito hiperativa, com todos os profissionais e aí até já participaram da atividade de discussão de caso, dando opinião a equipe abre pra ele, equipe muito boa, então é muito aberto pros alunos, eles querem a opinião dos alunos, enfim...(Íris).

Oficinas Terapêuticas:

Oficina é um termo que tem sido utilizado para descrever algumas atividades desenvolvidas nos serviços preocupados em romper com o modelo asilar de cuidado, podendo ser relacionado à idéia de “espaço” onde se realizam atividades manuais e/ou mecânicas, para quais é esperado um certo grau de habilidades consideradas necessárias ou úteis à sociedade; ou ainda no sentido de produzir interação entre os pacientes para promover socialização ou favorecer a convivência entre eles (VENANCIO; LEAL; DELGADO, 1997).

Nos depoimentos a seguir, é possível observar a inserção dos estudantes, juntamente com os professores responsáveis pelas disciplinas, em projetos criados e mantidos entre as instituições de ensino e serviços de saúde, possibilitando, ao estudante, a imersão em atividades de reinserção social:

...eu trabalho no NOT que é o Núcleo de Oficina Terapêutica, são várias oficinas, você deve conhecer, eles produzem, tem um sistema legal lá, eles produzem para venda, já está em escala quase industrial mesmo ... eles tem treze oficinas já, vão desde papel reciclável... Está uma maravilha! Eu tenho questões, algumas críticas, é, eu acho que a reinserção social num tá num ponto, num tá certo, eles trabalham, eles produzem têm sua bolsa, o valor, é em termos de cooperativa mas eu acho que ainda, aquilo lá devia ser um fim, eles são um meio para eles serem reinseridos profissionalmente fora e essa ponte eu ainda acho que está falha né?, não estou dizendo que eles não se reinserem, é uma forma também de eles se sentirem produtivos, mas eu acho que essa ponte... (Apolo)

...eu como trabalho, tenho um Projeto de Extensão com o Recriarte, eu fiquei aqui no Recriarte, o CAPS eu tenho uma relação muito forte desde que ele foi montado

em 2002, eu integro lá com ensino, pesquisa e extensão, eu tenho um projeto lá, no mínimo um projeto e é o Recriarte me ocupa o tempo inteiro, né, é um desafio, mas eu já tive momentos de ter dois, três projetos com eles, com família, um projeto de atividades muito ligado a cultura e lazer, tanto dentro quanto fora dos integrantes e usuários dos centros comunitários e atividades de lazer, né.(Hera)

...Centro de convivência e cooperativa...lá se trabalha a questão da convivência especificamente, da reinserção social, especificamente isso e oficinas de arte terapia, então o aluno vai mais para questão da convivência terapêutica, exatamente conviver. Um espaço muito interessante onde eu vou de convivência... eles têm que participar de atividades que basicamente é conversar, interagir via comunicação (Hermes)

As atividades desenvolvidas parecem facilitar a comunicação e as relações interpessoais, favorecendo a interação, a integração e reinserção social .

Estratégia de saúde da família:

As políticas de Saúde Mental têm, como uma de suas diretrizes, a reestruturação da assistência psiquiátrica hospitalar, com redução contínua de leitos em hospital psiquiátrico, com garantia de assistência na rede extra-hospitalar.

As ações de saúde mental na atenção básica, com o preparo e suporte às equipes de saúde da família, consistem em uma das propostas. As equipes das Estratégias de saúde da família deverão receber suporte técnico como supervisão, atendimento conjunto e específico, além de capacitação na área de saúde mental.

Os professores mencionam quais atividades realizam nos serviços de atenção básica com os estudantes:

(...) nesse ano nós tivemos 37 alunos, só que dois grupos para Atenção Básica. Estratégias de Saúde da Família. E esse ano, também como estratégia de entrar na Atenção Básica nós fizemos uma capacitação em álcool e drogas e veio o pessoal do PAI-PAD, que veio em dois dias de capacitação da intervenção breve da Atenção Básica e fizemos uma articulação com a Atenção Básica e foram os grupos pra lá e assim, também trabalhamos com visita todos eles, meu grupo do CAPS com exceção do Recriarte fez visitas às famílias (Hera).

(...) também na unidade (Saúde da Família) a gente começou a participar de alguns grupos já existentes na unidade como diabético, hipertenso, de gestante e juntamente com aquilo que já era feito no grupo, a gente inseriu os conteúdos de Saúde Mental, começou a discutir qualidade de vida e os alunos foram se integrando a essas atividades (Artemis).

Visita domiciliar também, tanto assim de casos que eram encaminhados porque fala que é da psiquiatria já começa a encaminhar os casos já com problema, né, mas também além de pessoas já com transtornos mentais, a gente teve oportunidade de visitar, de acompanhar pessoas que estavam em situações de risco, em crise e fizemos a intervenção em crise, tudo junto com o aluno (Artemis).

As equipes de Atenção Básica têm se deparado cotidianamente com problemas de saúde mental, pois existe um componente de sofrimento subjetivo associado a toda doença. Assim, a articulação entre saúde mental e a Atenção Básica é necessária e urgente. No entanto, as equipes da atenção básica nem sempre apresentam condições para dar conta dessa tarefa; às vezes, por falta de recursos humanos ou falta de capacitação. Diante dessa problemática, a coordenação de saúde mental e a coordenação da atenção básica se unem para imprimir, nas políticas de expansão da atenção básica, diretrizes que incluam a dimensão subjetiva dos usuários e os problemas mais graves de saúde mental. As ações devem obedecer ao modelo de redes de cuidado, de base territorial, e ação transversal com outras políticas que busquem o estabelecimento de vínculos e acolhimento, em consonância com os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2003).

Neste sentido, atualmente, a proposta do Ministério da Saúde é criar o apoio matricial da saúde mental para as equipes da atenção básica, de forma a compartilhar alguns casos com a finalidade de se co-responsabilizarem pelos atendimentos, o que pode se efetivar por meio de discussões/ atendimentos conjuntos, intervenções junto às famílias e comunidades, excluindo a lógica de encaminhamentos. O apoio matricial deverá ocorrer por membros das equipes dos CAPS e outros equipamentos de saúde mental que darão o apoio às diferentes equipes de atenção básica.

- Articulação teoria-prática X Dicotomia teoria-prática

Na tendência pedagógica tradicional, o compromisso da escola é com a cultura, os problemas sociais são da sociedade. Todos os alunos alcançarão o saber, desde que se esforcem. Os menos capazes devem lutar para superar suas dificuldades e conquistar seus lugares junto aos mais capazes. Os conteúdos são separados da experiência do aluno e, portanto, da realidade social (LIBÂNEO, 1984). Neste sentido, o estudante é responsável por articular o conteúdo teórico ao prático após sua graduação, quando vir a exercer suas funções enquanto enfermeiro assistencial ou gestor do serviço de saúde.

A articulação teoria e prática é uma estratégia fundamental para propiciar mudanças nos currículos dos cursos, conforme proposto nas diretrizes curriculares dos cursos de enfermagem, apoiado em uma aproximação dos estudantes e docentes às questões apresentadas cotidianamente nos serviços de saúde, utilizando metodologias ativas, que propiciem ação/reflexão/ação (SILVA; SENA, 2004). Assim, o estudante poderá refletir sobre o vivenciado na prática.

No entanto, a fala abaixo revela a preocupação do professor em preparar o estudante para o mercado de trabalho com a visão de que cabe ao aluno a articulação da teoria à prática, no momento em que estiver inserido em um serviço de saúde:

Vocês têm que ter habilidade tanto teórica...tem que ter esse conhecimento teórico para ter essa habilidade prática lá fora e fazer gestão, tomar conta .. no local que vocês estiverem. Então isso eu sempre coloco para eles (Afrodite).

Esse dado não diverge dos resultados encontrados por Kantorski (1998), ao referir que a divisão existente entre disciplinas teóricas e práticas revela um parcelamento de conteúdos, característico da divisão de trabalho manual e intelectual, cabendo ao aluno costurar teoria e prática, tentando obter algo da soma dos fragmentos dos saberes e práticas reproduzidas.

Porém, é necessário lembrar que atualmente o mercado busca por profissionais com diferentes qualidades, que saibam agir, tomar decisões, usar criatividade, sejam flexíveis, críticos-reflexivos, de forma que venham a propor soluções para problemas enfrentados no mundo real (SORDI; BAGNATO, 1998).

Neste sentido, não basta somente ter uma “boa formação teórica”, há de se combinar atributos pessoais para realização das ações nos contextos em que se está inserido, visando atingir determinado resultado.

Alguns sujeitos mencionam que os estudantes articulam teoria à prática em conjunto com o professor, no campo de estágio, ou seja, o professor percebe que quando o estudante está inserido na realidade dos cenários de prática, ele tem maiores possibilidades de realizar tal articulação:

(...) enquanto o aluno está fazendo as práticas, uma coisa que a gente criou foi isso, por exemplo, ele tá na prática de manhã, a tarde ele vai assistir a um filme no laboratório ou as vezes na própria faculdade junto com o professor, vão discutir, vão discutir casos, então nesse sentido acho que a gente acaba rompendo com essa distância que existe entre a teoria e a prática (Dionísio).

Por exemplo, quando eu trabalho as patologias, logo depois eles vão a campo, então eu procuro passar alguns filmes para complementar o que eu to falando né, mostrando com eles é um filme comentado e depois quando eles vão a campo é interessante que eles falam, nossa! Tá vendo, aquele lá olha, é assim! Nossa! Então é muito interessante (Alceste).

Alguns professores utilizam-se de estratégias, como o uso de filmes e discussão de casos, no sentido de ajudar os estudantes a articularem o que foi vivenciado na prática. Outros ainda preferem ministrar o conteúdo teórico e, posteriormente, checar na prática o que o estudante conseguiu apreender.

Para Silva e Sena (2004), a articulação teoria e prática pode ser facilitada pelo uso de metodologias ativas que propiciem a descentralização do ensino da figura do professor, colocando o aluno como centro do processo ensino-aprendizagem, e pelo ambiente de aprendizagem, cenários de prática, quando a construção do conhecimento se realiza a partir dos problemas reais do serviço. É urgente a necessidade de inserir os estudantes em realidades concretas da produção dos serviços de saúde e criar mecanismos de articulação teoria-prática, construindo uma boa relação entre o ensino e serviço em todos os momentos do ambiente acadêmico-pedagógico.

Nos relatos seguintes os professores apontam a dicotomia existente entre teoria-prática, quando referem que a teoria antecede a prática:

(...) teoria vem antes depois eles vão para prática . A partir do 5º semestre é modular, então eles têm todas as disciplinas no 5º que são Saúde do Adulto, Criança, Mulher, por exemplo, e acabou o bloco teórico eles vão para prática (Dionísio).

Olha a gente é..nós estamos trabalhando com duas grades. Nós temos uma grade ainda que é de 2006 e eu pude fazer alteração da grade que nós estamos de 2009. Nessa grade de 2006 a gente tem a saúde mental só a partir do sétimo termo... é no último ano, nós temos tanto a parte teórica e a parte prática só no sétimo...e nessa grade nova de 2009 eu coloquei urgência e emergência, antes do ...no segundo termo e dentro dessa urgência e emergência tem atendimento na saúde mental, então o professor já dá um preparo para esse aluno antes de iniciar o estágio,(Dafne)

Na lógica tradicional de ensino, o conteúdo teórico é “dado” pelo professor, antecedendo a prática, como se fosse possível separar o inseparável. A dicotomia entre teoria e prática tende a produzir prática não crítica. Assim, não se pode pensar em modelos de formação que se limitem a reproduzir procedimentos tradicionais de formação, cuja preocupação se atenha ao alcance de resultados imediatos, mas, sim, que permitam compreender, interpretar e transformar a prática.

Os professores abordam, em suas falas, as dificuldades encontradas pelos estudantes quando, ao se dirigirem ao campo de estágio, não conseguem articular os conteúdos das aulas teóricas ao que estão vivenciando no campo da prática profissional, junto aos usuários dos serviços de saúde:

Não. Eles precisam estar o tempo todo checando na teoria ali e no papel que eles tem, no livro, no papel, no artigo, no....checando isso....É um aluno ainda com medo de fazer isso com a gente, então eu é que tenho que ficar sentando e instigando eles para que eles e ainda tem aquela coisa assim...é que eles não querem me dar resposta, porque eles tem medo de errar e aí eu falo com eles, nós estamos aqui para discutir, vamos ver o que você apreendeu sobre isso que nós estamos falando aqui...é...(Afrodite).

(...) a nossa crítica ao ensino, isso é uma autocrítica também não crítica nos outros, de um modo geral é que muitas vezes o aluno, ele faz o estágio, aprende técnica, um monte de coisa, mas técnica não embasada é a técnica pela técnica, sei lá, eu sei falar com o paciente, eu abordo ele, eu sei falar, ótimo, converso, mas quando eles conversam eu fico doido, isso não é conversa menino, ou você entrevista, ou você faz consulta de enfermagem, ou você está fazendo um relacionamento interpessoal, tem que ter embasamento, não é conversa. Eu faço questão de que quando eu vou falar de relacionamento interpessoal na teoria, eu falo, relacionamento social é isso, o que vocês vão fazer não é relacionamento social! Friso bem, boto as diferenças porque o aluno tem muito disso, ah, que eu vou fazer lá?, vamos conversar com o paciente?(Apolo).

O curso é: três dias da semana ele está na prática e dois dias ele está na teoria. Então ela corre, não é um módulo primeiro e depois o outro e está vendo aquilo e trazendo e discutindo e se instrumentalizando nos conteúdos teóricos. As discussões ocorrem quinzenalmente, essas articulações são quinzenal, hoje, sexta-feira nós vamos estar fechando um dos ciclos que antes eles fizeram a primeira visita num hospital e os dois grupos que já rodizaram, então se faz a articulação e a discussão dessa experiência (Perseu).

Na compreensão dos professores, o aluno tem que articular teoria com a prática por si só, ou seja, articular os conteúdos ministrados em sala de aula, teoricamente, a textos e legislações vigentes:

(...) peço quando é feito o portfólio que eles articulem com as portarias, por exemplo, a portaria que diz respeito ao hospital...ele vai para o hospital então ele tem que saber a portaria é a 251. Quando você vai para o hospital você tem que saber que essa portaria é o que ta preconizado para o hospital. Isso acontece ou não? Então no dia a dia a gente vai fazendo essa discussão (Atena).

Na Saúde Mental tá totalmente casado porque a gente trabalha com prevenção e reinserção social e obedecendo ao currículo com a 2ª série que é voltado só pra Saúde Coletiva então tanto o campo de estágio qto o conteúdo são casados e funciona muito bem, então o aluno, o que ele aprende em sala de aula, ele efetivamente aplica na atuação prática (Hermes).

O professor refere que trabalhar com situação- problema possibilita articular teoria à prática:

A situação problema traz aí a sala toda discute embasada no referencial, na instrumentalização da enfermagem e isso tem sido muito rico, fomos eu e a professora "y" que fizemos o último e o feedback para área foi muito bom, o aluno consegue...(Perseu).

São várias as compreensões e estratégias das quais os professores se apropriam na tentativa de que os estudantes articulem teoria com a prática. No entanto, entendo que para que essa articulação seja efetiva há de se transformar o modo de ensinar; o modo de se pensar o ensino. Como já apontado várias vezes neste estudo, o uso de metodologias ativas que permitem a reflexão e ação do estudante na prática, o deslocamento do ensino do professor, com participação ativa

dos estudantes, a reflexão sobre a prática profissional e sua transformação são fatores que poderão facilitar a articulação teoria-prática. Para tal, há de se investir na capacitação pedagógica, construção coletiva e promoção de diálogo entre os atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem, além de negociação entre as instâncias políticas do ensino e dos serviços de saúde.

- Avaliação

A avaliação do processo ensino aprendizagem está articulada ao modo de organização do currículo do curso e à concepção de educação que o norteia. Neste sentido, Romão (2005) aponta duas concepções antagônicas de educação, embasadas nas visões de mundo positivista ou dialética. No caso da primeira, a teoria da avaliação será norteada pelo julgamento de erros e acertos que levam a prêmios ou castigos; a segunda, terá como foco uma concepção avaliadora de desempenhos, pela qual a presença ou ausência de sucessos é importante para a escolha das alternativas subsequentes.

Hoffmann (2003) refere que ainda permanece um modelo conservador de avaliação, principalmente nos ensino médio e superior, mantendo-se uma prática avaliativa, de caráter classificatório, com o fortalecimento da prática tradicional de julgamento de resultados ao final dos períodos letivos, de caráter notadamente autoritário.

A avaliação não apresenta somente uma dimensão técnica, mas também a política; assim, pode se constituir em um exercício autoritário de poder de julgar ou , ao contrário, pode apresentar-se como um processo em que o avaliador e avaliado sofrem mudanças qualitativas durante o processo (concepção dialética da avaliação) (GADOTTI, 2005; RIOS,2000).

Os relatos a seguir são reveladores de situações trazidas pelos professores que podem ilustrar as lógicas apontadas por alguns estudiosos da educação , conforme destacado anteriormente:

A avaliação do primeiro grupo foi feita uma prova. Uma prova com questões abertas e tinha questão fechada também. Isso, porque no ano anterior os alunos acharam... fizeram a reivindicação, aí no primeiro grupo, nós fizemos a prova, corrigimos, mas para o segundo grupo, resolveram que ...por queixa dos alunos, nas questões da prova, ficou muito claro que não havia integração do conteúdo.No segundo (grupo de alunos) não teve a prova. (...). no primeiro grupo... teve também a apresentação de estudo de caso né no final. Então nós tínhamos reservado uma manhã para os dois grupos. Eu achei assim legal, porque isso mobilizou os alunos...(Afrodite).

Inclusive, 2008, eu tirei as provas, então a avaliação ficou a resenha do livro, os seminários que é em cima das situações problema que eles estudam e o exercício

teórico- prático sobre a relação e comunicação com o paciente, embora eu vá voltar esse ano com um estudo dirigido dos referenciais teóricos (Hera).

É possível apreender algum grau de insegurança dos professores no que se refere à forma de avaliar o processo de ensino-aprendizagem, gerando também insatisfação nos alunos.

No relato abaixo, o entrevistado expressa a fragilidade dos professores no que se refere à avaliação. Como fazer? Como pensar?

(...) eu acho que isso aí é outro ponto fraco nosso na disciplina, é a avaliação, porque...parece que fica desamarrado, quando chega lá no final ta solto, então não tem um fecho, não tem um fecho e aí ...hã... e aíUma coisa que eu pensei quando a aluna estava falando aquilo né...não necessariamente precisa ter aquela prova no final, mas podíamos fazer estudos dirigidos, além da prova mesmo. Eles não têm a apresentação do estudo de caso?(Afrodite).

Algumas falas se destacam quando se referem ao uso de instrumentos para avaliação do estudante, incluindo auto-avaliação e avaliação do professor:

(...) temos um instrumento de avaliação e é uma avaliação que ele tem dois momentos, a gente faz uma avaliação no meio da disciplina e aí tem os itens lá são itens que tem valores e eu tenho uma auto-avaliação e uma avaliação do professor, então eles fazem uma auto-avaliação pra cada item (Apolo).

(...) a Atenção em Saúde Mental tem os relatórios, tem duas provas, esse ano a gente diminuiu os relatórios porque eram três visitas e três relatórios e aconteceu que descobriram que tinha aluno que copiava relatório, entendeu? (...) é um estudo clínico, a prova em si, é um caso, eu falo: gente, vocês vão ter que, vai ser um estudo clínico igual vocês fizeram lá, né, um caso para vocês resolverem, pensarem, inclusive a gente dá em dupla, porque entendo que é importante essa discussão, que nem, no caso tem que elaborar um projeto terapêutico para aquela pessoa, um PTI. Aí, qual o cuidado com a medicação pra aquela pessoa? (Hera).

Com as exigências da LDB 9.394/96, as instituições de ensino modificaram ou estão modificando seus projetos pedagógicos e incluindo objetivos que enunciam uma avaliação contínua, mas, ao mesmo tempo, estabelecem normas classificatórias e somativas, evidenciando a permanência de lógicas tradicionais (HOFFMANN, 2001).

Entendo que a função social do ensino não está centrada na promoção e seleção dos melhores alunos, ou os mais aptos, mas que abarca outras dimensões. Zabala(1998) ressalta que quando a formação integral é a principal finalidade do ensino, e seu objetivo é o desenvolvimento de todas as capacidades da pessoa, não apenas as cognitivas, muitos dos pressupostos da avaliação mudam. É essencial que a avaliação não contemple somente conteúdos cognitivos, mas também os

procedimentais e atitudinais , de forma que promovam capacidades motoras de equilíbrio e de autonomia do estudante, relação interpessoal e de inserção social.

- Articulação ensino-serviço

A articulação ensino serviço demanda um trabalho coletivo, pactuado e integrado entre estudantes, professores e trabalhadores das equipes de serviços de saúde (incluindo os gestores). Ceccim e Feuerwerker (2004) sinalizam para o desafio que é articular a formação de profissionais de saúde, gestão dos serviços e instituições formadoras ainda centradas em modelos biomédicos e com tecnologias especializadas, dependentes de procedimentos e equipamentos de apoio para diagnóstico e terapêutica. Para articular ensino- serviço e participação social, a formação não pode tomar como referência o diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos, mas deve procurar desenvolver condições para atender às necessidades de saúde das pessoas e populações. A formação engloba aspectos da produção da subjetividade, habilidades técnicas e de pensamento e conhecimento do SUS.

Alguns Programas já instituídos, uns mais antigos e outros mais recentes como, por exemplo, o de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE); Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE); Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-SAÚDE e PET- Saúde Mental); PRÓ-ENSINO-SAÚDE, entre outros, foram criados com a intenção de transformar a prática profissional, a organização do trabalho e os processos formativos nas instituições de ensino, o que implica em trabalho articulado entre sistema de saúde e instituições formadoras.

Na presente pesquisa, alguns professores fazem referências à importância da articulação ensino-serviço. A professora Íris acredita que um bom vínculo com o serviço possibilita melhor trabalho conjunto e , assim, os estudantes tornam-se mais estimulados a trabalharem na área de saúde mental:

(...) acho que nós estamos trabalhando ao longo desses quatro anos e estamos começando ainda, assim, os campos de vivência, de estágio têm nos recebido muito bem, a gente tem feito trabalhos ótimos e isso está sendo quebrado, os alunos quando se formam, eles querem atuar na Saúde Mental, eles vão fazer entrevistas nos CAPS, então eu percebo assim que como nós temos conseguido trabalhar assim, a disciplina, ela tem facilitado esse encontro né?, quebrado muito do preconceito mesmo que tinha antes.(Íris)

No entanto, o professor Apolo cita algumas dificuldades encontradas nas negociações com a gestão municipal e os entraves colocados para o desenvolvimento do estágio:

A gente tentou articular e não deu certo não por conta do local, o local é um ambiente super gostoso, mas por, pq é assim: quem que ia no CAPS-AD? a gente tem uma certa dificuldade não com o CAPS em si mas com a Prefeitura, a articulação então pra gente conseguir novos campos às vezes eles nos oferecem não é o que a gente quer, então não deu certo e a gente não tá fazendo lá ainda (Apolo).

Dessa forma, concordo com Ceccim e Feuerwerker (2004) quando referem que as ações estratégicas necessárias para transformar os serviços e os processos formativos implicam em trabalho articulado com os atores envolvidos no processo, ou seja, serviços de saúde, incluindo gestores municipais de saúde, instituições de ensino (direção, professores e estudantes) e os usuários dos serviços.

Outras falas apontam facilidades em relação à gestão do serviço, mesmo que este não tenha espaço físico para tal:

(...) lá na Unidade da Saúde da Família, é um Distrito, então a Unidade é super pequena, tem essa dificuldade, né?, tem a subprefeitura do lado, a gente já chegou a fazer discussão numa salinha que era do plantão policial que eles disponibilizaram pra gente ainda bem que o pessoal assim, o prefeito sempre procurava, não aconteceu nenhum dia assim da gente falar hoje não vai ter porque não tem sala, as vezes não tinha, você conversava com um e conversava com outro e acabava conseguindo, mas não tinha assim local, aliás, não tem né, na realidade um local específico, mas sempre é dado aquele jeitinho e acaba conseguindo (Artemis).

(...) apesar de não ter o vínculo empregatício com o CAPS e com os hospitais eu estou sempre lá né atuando tudo, e também depois de tantos anos né a gente é bem recebido e tal.... (Alceste)

- Relação professor-aluno e Relação professor-professor

Para Vygotsky apud Tassoni (2000), a importância do outro, sujeito na relação, deve ser levada em consideração não só no processo de construção do conhecimento, mas, também, na constituição do próprio sujeito e de suas formas de agir.

Neste estudo, emerge, em alguns momentos, a insatisfação do professor quando menciona o desempenho de seu papel no que diz respeito à interação com aluno, conforme descrito no depoimento seguinte:

Então assim ,é.. é.. teve essas aproximações de interesse do aluno, mas eu sai insatisfeita, porque eu achava que eu .. eu me cobro muito ... eu achava que tinha que dar mais, fazer aquela interação melhor (Afrodite).

As relações interpessoais tiveram, como um de seus percussores, o estudioso Kurt Lewin, o qual, segundo Mailhiot (1981), constatou que a produtividade de um grupo de trabalho e sua eficiência está diretamente ligada à competência de seus membros e também à solidariedade de suas relações interpessoais.

As relações com o outro podem ocorrer de diferentes formas. Mailhiot (1981) cita que Bavelas, estudioso dos tipos de relações humanas e das redes de comunicações, define quatro tipos diferentes de redes de comunicação: as horizontais (rede em círculo e rede em cadeia) e as verticais (rede em y e rede em roda). A rede em círculo ocorre nas relações que são efetivamente democráticas, nas quais a integração realiza-se em um clima de complementariedade e não de subordinação; a rede em cadeia ocorre nas relações em que o líder não assume suas responsabilidades e as comunicações se estabelecem apenas em nível de afinidades. Na rede em y, as comunicações são fechadas e artificiais, com tomada de decisões de algumas pessoas em detrimento de outras ; nas redes em roda , a autoridade está concentrada em apenas uma pessoa e as comunicações são por ela controladas..

A seguir, apresento alguns relatos de um mesmo professor cujo entendimento é que a relação com o estudante deva ocorrer de forma horizontal:

Não é uma coisa, aí o professor em cima no poder e o aluno é o coitadinho lá que não sabe nada e que fica que nem uma esponja para ir absorvendo conhecimento, então não penso dessa forma, eu acho que tem um troca, se a gente está numa posição assim com um pouco mais de conhecimento, ele teve um percurso, tal (Apolo).

(...)essa relação de poder não pode ser um agente bloqueador, não pode bloquear tanto a passagem do aprendizado quanto a questão do aprendizado da vida, da formação do aluno mesmo, e psiquiatria é interessante porque trabalha com a relação humana entre as pessoas e de repente você também pode fortalecer esse aprendizado não só teoricamente mas mostrando para o aluno uma forma, a forma de ser com o aluno que existe uma cumplicidade, né? Essa cumplicidade entre aluno e professor acho que é imprescindível, é imprescindível (Apolo).

Esse professor, embora acredite que a relação com o estudante deva ser horizontal, vê a necessidade de que limites sejam colocados:

é... inclusive eu tenho com os alunos um relacionamento interessante porque eu procuro ser claro, tem normas e eu acho que não dá para gente fugir de algumas normas, porquê, você não é um igual, o professor nunca vai ser igual ao aluno, existe toda uma hierarquia, uma relação de poder que já está implícita na coisa (Apolo).

Esta fala pode ser interpretada de duas formas, ou seja, o professor faz referência ao limite existente na relação professor-aluno, mas também o faz na hierarquia e relação de poder.

Para Ramos-Cerqueira (1997), o professor, ao interagir com o aluno, deveria ser o mediador e não apenas um “treinador de técnicas”. O afeto permeia a relação, além da cultura, crenças, ideologias e valores e, geralmente, não são considerados no processo ensino-aprendizagem. Em geral, nas escolas da área de saúde (modelo médico), a relação professor-aluno ocorre de modo entre desiguais - um tem o saber como poder, conhecimento, e o outro não o possui, levando a um modo de aprender com passividade e com atitude acrítica.

No que se diz respeito à relação professor-professor, um dos participantes da pesquisa refere-se à dificuldade em trabalhar em grupo, verbalizando que essa dificuldade em muito prejudica a organização e o planejamento do processo ensino-aprendizagem. Menciona também a desarticulação de professores na mesma disciplina:

... eu sou muito sonhadora, eu acho que assim ó... o dia que a gente sentar numa boa sabe assim...conversar sobre o programa ...hã...num clima gostoso.... acho que conseguiríamos articular mais as coisas, articular mais... é...conhecimentos, conteúdos...ver o que acrescenta para o aluno, ver o que a gente pode tirar, o que pode colocar, sabe fazer arranjos (Afrodite).

(...) fica ainda na mão do coordenador da disciplina...do coordenador de área... Nós temos reuniões, só que ainda está fragmentado....não está um discurso ainda..sabe um discurso coletivo...tipo assim...um aceita o que o outro fala, coloca no papel e faz o arranjo (Afrodite).

O mesmo sujeito refere-se ainda ao trabalho individualizado, não compartilhado pelos colegas:

Isso são iniciativas individuais. O que eu vejo assim, quando a gente quer fazer alguma mudança na área, ainda continua, ainda é bem individualizada, é bem pessoal. Então eu vou lá estudo, vejo uma coisa e.... Só que continua uma coisa tão individualizada...(Afrodite)

Atualmente, o trabalho em equipe tem sido incentivado praticamente em todas as áreas da atividade humana. No entanto, apesar de ser bastante destacado, em detrimento do trabalho individualizado, na prática são muitas as dificuldades para a realização de trabalhos coletivos.

Segundo Pichon-Rivière (1998), grupo é um conjunto de pessoas, movidas em direção a necessidades em comum, que se reúnem em torno de uma tarefa específica. Assim, quando os indivíduos se reúnem para realizar uma tarefa, deixam de ser uma soma de pessoas para assumirem o papel de integrantes de um grupo.

Nos dias atuais, no âmbito da universidade, se faz presente o trabalho de caráter individualista e competitivo, apesar de vários movimentos e diretrizes

incentivarem o trabalho em grupo e a produção coletiva, o que envolve múltiplas e complexas interações.

Nesse sentido, cabe mostrar a fala de um professor que expressa sentir-se só, não tendo com quem compartilhar seu cotidiano de ensino:

Eu acho que a gente caminha muito sozinha, nós temos poucos pares, inclusive nesse espaço que eu estou, eu sou a única que tem alguma afinidade, algum estudo voltado, alguns colegas até brincam assim: ah não! Essa sua área pode ficar tal, então a gente é muito sozinho, a gente não discute quase com outros colegas da área da Enfermagem (Íris).

Villela (2009b), em estudo recente, refere que seria interessante se houvesse integração entre os docentes das diferentes áreas do saber para que o processo de trabalho se tornasse menos individualizado, reduzindo a fragmentação do ensino de forma a levar o estudante a perceber o trabalho da enfermagem de forma não tão fragmentada.

Nos relatos seguintes, os professores apontam diferenças entre colegas da mesma disciplina, relatando as negociações realizadas no sentido de amenizar as dificuldades encontradas no processo de trabalho:

Teoricamente você pode até ensinar, mas na hora da prática, cada um segue a sua linha, então cada um vai para prática já com seu grupo (...) nós trabalhamos com o bloco teórico conjunto e depois com as linhas separadas e na disciplina "X" é ainda é tudo separado, cada professor trabalha o teórico-prático com seu aluno do começo até o fim, o mesmo grupo, são vários grupos e cada um trabalhando (Apolo).

São duas professoras.... ...entre as professoras a gente tem dinâmica diferentes (Atena).

Além da universidade priorizar o trabalho individual, a formação do docente especialista em uma área constitui-se em uma barreira não só para compreensão do processo ensino-aprendizagem, mas também para o planejamento e execução de atividades que exigem visão global e integrada. A perda do domínio do conteúdo específico de sua especialidade e a necessidade de integrar conhecimentos e de participação coletiva em atividades, tornam a situação difícil; a opção acaba sendo a mesma: cada um faz de seu jeito (GORDAN, 2004).

6.4.3 Construindo-se como docente

Nesta categoria temática, serão contempladas questões sobre as condições de trabalho encontradas pelos professores, incluindo a escolha da área saúde mental, ensino versus pesquisa e a formação pedagógica.

A enfermagem psiquiátrica surge em um contexto histórico de abuso de poder e maus tratos aos doentes mentais, tendo sido, durante algumas décadas, tratada em caráter secundário e vista com olhar preconceituoso por outras áreas da saúde. Atualmente, sofre influência das relações humanas e o enfoque da assistência deixa de ser apenas o aspecto biológico da doença, passando a ser considerado também o contexto do indivíduo doente, possibilitando, ao enfermeiro, explorar o “ser profissional” enquanto instrumento de assistência, por meio do relacionamento terapêutico, nos atendimentos individuais e coletivos (RODRIGUES; SCHENEIDER,1999).

Historicamente, a área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental tem sido desvalorizada no campo da prática profissional por motivos como o não reconhecimento profissional, a baixa remuneração e a falta de capacitação dos profissionais que atuam na área (LIMA; PEDRÃO; GONÇALVES; LUIS,2010).

No presente estudo, os motivos de desvalorização apontados pelo professor podem ser também reproduzidos nas instituições de ensino, como se observa a seguir:

(...) é um desafio também porque tanto dentro da própria faculdade, os próprios docentes... não é uma área tão valorizada, reconhecida e às vezes a princípio, pelos próprios alunos, né?, então é um desafio posso dizer assim (Artemis).

Na fala seguinte, o professor menciona a pequena carga horária disponibilizada para área de saúde mental e enfermagem psiquiátrica na composição da estrutura curricular do curso:

A gente percebe o não reconhecimento pela carga horária que a gente recebe pra desenvolver todo o conteúdo de saúde mental e psiquiatria e tem pouco tempo (Artemis).

A reduzida carga horária disponibilizada no currículo do curso de bacharelado em enfermagem para disciplina de saúde mental é apontada, em estudo realizado no Estado do Paraná, como uma das fragilidades encontradas no processo ensino-aprendizagem. A autora refere que, entre as 3.600 horas do curso, somente 55 são destinadas à disciplina de saúde mental, o que é considerado, por professores e estudantes, um fator limitante do processo ensino-aprendizagem por não permitir aprofundamento do conhecimento científico da área, bem como da prática acadêmica nos diferentes dispositivos de atenção à Saúde Mental. No entanto, refere que a dificuldade apontada estimula os estudantes a buscarem conhecimentos por meio de atividades extra-classe e que a restrita carga horária, por conta de um currículo ainda

disciplinar, os levam a desenvolver outros tipos de atividades almeçadas pelos professores (VILLELA,2009a). A mesma autora ressalta a necessidade de articulação entre as diferentes áreas do saber, embora destaque a dificuldade para sua realização em um currículo disciplinar.

Nos relatos descritos a seguir, emergem as dificuldades, assinaladas pelos professores, sobre o reconhecimento da área de saúde mental e enfermagem psiquiátrica entre os colegas enfermeiros e estudantes, os quais não percebem como articular essa área com outras que compõem o currículo do curso:

Difícil, porque na verdade é uma disciplina que não é reconhecida por outras disciplinas do departamento como a própria enfermagem em si (Atena).

Essa é uma área que eu entendo bastante difícil principalmente pela dificuldade que os alunos têm em se aproximar desse conteúdo, dessa área de conhecimento o que a gente percebe num primeiro momento é uma tentativa de alunos de não se aproximarem dessa área (Hércules).

(...) os alunos têm uma dificuldade muito grande de entender como que é que eu vou promover Saúde Mental, como que eu enfermeiro generalista posso promover isto na Saúde Coletiva ou dentro da área hospitalar, enfim, eu vejo assim, é uma disciplina muito difícil sim, a gente tem discussões e discussões (Dionísio).

(...) tive muita resistência, alguns alunos assim com muita dificuldade de achar que Saúde Mental fosse algo importante achando que as disciplinas técnicas fossem ainda assim principalmente as que levam eles para Centro Cirúrgico, UTIs são as mais importantes e com muito medo de conhecer Saúde Mental (Íris).

Atualmente, apesar das propostas de mudanças na formação dos profissionais de saúde, o enfermeiro ainda tem uma formação direcionada para um desempenho baseado em regras de ação técnica, claras e definidas; no entanto, ao atuar na enfermagem psiquiátrica, serão dele exigidas atividades envolvendo habilidades de auto conhecimento e o conhecimento do outro, o que pode afastá-lo de sua possível escolha pela área (ROCHA, 1994).

Há grande valorização das disciplinas que têm o foco no hospital e nas doenças, que priorizam o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo e a especialização precoce; elas possuem, como marco inicial, o Relatório Fexner, cuja ênfase se dá na atenção curativa, por meio de uma linguagem generalizante, mecânica e analítica. A lógica que sustenta essa concepção tem enfoque na teoria para, depois, entender a prática e a realidade, trabalhando com a informação já legitimada pela ciência, no passado, nunca com os desafios do presente. Desta forma, os cursos, ao seguirem esse modelo, priorizam as disciplinas com enfoque mais técnico, em detrimento daquelas que têm, como centro, o indivíduo e não a doença, o humano e não as sofisticadas técnicas (OLIVEIRA; KOIFMAN, 2004).

Em seus depoimentos, os professores apontam que os próprios alunos desconsideram a área de enfermagem psiquiátrica; além disso, relatam que o mesmo ocorre entre profissionais de outras áreas de saber:

(...) eu acho que é uma construção muito difícil, apesar da aproximação que a gente tem feito com os alunos, eles tem se interessado, ainda é algo muito discriminado dentro da minha visão, como se não tivesse tanta importância né (Íris).

Primeiro é desafiador hoje no contexto em que a gente vive acho que existe uma pressão muito grande das outras áreas que nos colocam, existe uma tendência em nos colocar como menos valorizada talvez no currículo então é desafiador e gratificante ao mesmo tempo porque ao mesmo tempo em que tentam nos colocar numa posição mais frágil e menos importante do que as outras isso vai dando um ânimo pra que a gente lute pra manter essa carga horária (Perseu)

a gente tem um problema de espaço mesmo, aquela coisa que a SM é perfumaria né, (Perseu)

Segundo Rocha (1994), a enfermagem psiquiátrica, durante longo tempo, foi exercida por pessoas sem formação: guardas, serventes, funcionários da lavanderia, dentre outros que se tornavam “enfermeiros” nos serviços de hospitalização psiquiátrica. Essas pessoas, além de não terem formação alguma, maltratavam os pacientes, o que marcou, negativamente, a função do enfermeiro em saúde mental.

Atualmente, embora os profissionais de enfermagem tenham formação legalmente exigida e a situação de maus tratos na área de enfermagem psiquiátrica pareça estar praticamente revertida, ainda encontramos dificuldades na escolha pela área de trabalho. Além disso, no currículo por disciplinas, corre-se o risco de valorizar algumas em detrimento de outras.

Conforme refere Silva (2004), o planejamento curricular deve envolver docentes de todas as áreas (básicas e profissionais) e as disciplinas não necessitam, obrigatoriamente, pertencer a um único departamento; podem ser interdepartamentais, compostas por docentes de diferentes áreas, incentivando a substituição de disciplinas escolares por outras, mais abrangentes, englobando várias áreas de conhecimento. Porém, uma das potenciais dificuldades para implantação de disciplinas com essas características reside no temor de redução na autonomia dos departamentos.

Nos relatos dos professores, é possível observar referências a um número pequeno de docentes envolvidos nas disciplinas da área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, o que gera insatisfação para os seus responsáveis, pois se sentem sobrecarregados:

(...) a falta de docente, nós precisaríamos ter, para atuar bem e com tranquilidade de fazer as coisas, ensino, pesquisa e assistencial precisava de seis docentes, hoje eu tenho um docente e dois técnicos administrativos (Hermes).

(...) hoje nós somos seis, desses seis, um docente não atua na graduação, então somos cinco e um técnico especialista em laboratório, então nós não temos perna porque aí já falando na inserção da Saúde Mental no currículo novo (Perseu).

Entendo que para atuar em uma proposta inovadora, envolvendo pequenos grupos e uso de metodologias ativas, além de ser necessária uma formação pedagógica dos professores envolvidos, há de se rever os quadros de profissionais nas instituições de ensino.

Abaixo, o professor faz referência às demandas da universidade e às dificuldades para atender a todas elas:

(...) mas pelo número de docentes e da própria demanda da universidade a gente não dá conta de fazer o que tem que fazer né, seria interessante se pudéssemos (Perseu).

A divisão técnica da organização do trabalho pedagógico enfatiza uma abordagem despolitizante de prática pedagógica e altera o papel do professor. A escola assume mais encargos burocráticos e administrativos em detrimento das atividades de cunho político pedagógico (VEIGA, 2008).

A maioria dos professores cita o gosto e a escolha pela área de saúde mental como uma especialidade:

Eu gosto muito, né, a minha área que eu escolhi há 30 anos, então para mim é muito bom, eu gosto muito da área, do que eu faço (Hera).

(...) a gente revê um pouco da história da gente, né? Bom, eu me sinto bem, é uma área que eu sempre gostei desde a graduação (Apolo).

*(...) eu acho que é desafiador, é gratificante também até porque a gente gosta da área e num tá aqui por acaso (Perseu).
Bom, ao mesmo tempo que pra mim é muito bom porque é minha área de escolha, área que eu gosto de atuar, que eu me especializei (Artemis).*

O perfil do professor universitário, em geral, é de “pessoa com grandes conhecimentos em sua disciplina, sabendo explicitá-los, com clareza e convicção, a seus estudantes”. Embora este perfil seja necessário, atuar como facilitador de aprendizagem do estudante significa mais que isso. O importante é que, como os conteúdos são entendidos, organizados e integrados significativamente, como conhecimentos e habilidades novas, o professor precisa de algo mais: da questão pedagógica, formação docente (ZABALZA, 2004:156).

A construção do papel docente na universidade, segundo Cunha (2008:10), constituiu-se, historicamente, tendo como base a profissão que o professor exerce ou exercia no mundo do trabalho. A idéia de “quem sabe fazer, sabe ensinar”, sustentou a lógica das contratações dos docentes.

Para Rios (2002:24), a prática docente será considerada como algo positivo quando se “faz bem que além de ser eficiente é boa e bonita”. A mesma autora cita que os conceitos de *bem e beleza* guardam, em si, a idéia de “fruição, de prazer, de perspectiva de saborear a realidade”. Ser professor é uma profissão e é, no exercício efetivo da profissão docente, que o mesmo desenvolve o processo de ensinar; quem ensina, ensina algo a alguém e, por isso, é impossível falar de ensino desvinculado de aprendizagem.

A docência constitui um campo de intervenção profissional na prática social. Segundo Pimenta (2002:12), a identidade docente é configurada em quatro grandes conjuntos:

“conteúdos das diversas áreas do saber e do ensino; conteúdos didáticos pedagógicos (diretamente relacionados ao campo da prática profissional); conteúdos relacionados a saberes pedagógicos mais amplos (do campo teórico da prática educacional); conteúdos ligados à explicitação do sentido da existência humana (individual, sensibilidade pessoal e social). E identidade que é profissional”.

O exercício da docência é sempre um processo, movimento, novo lugar, novas informações, novos sentimentos e novas interações. Assim, para Cunha (2008), o termo profissionalidade docente é mais adequado do que profissão; se traduz na idéia de ser a profissão em ação, em movimento.

Nesse sentido, alguns professores referem satisfação em ser professor:

Eu adoro ser professora, eu acho que estar na enfermagem em Saúde Mental pra mim é tudo perfeito porque eu adoro essa disciplina, eu sou fundadora do Departamento de Enfermagem e já atuei em outras disciplinas no começo do departamento e depois então eu vim pra essa área e fiquei porque nossa, eu me dedico muito, gosto demais, outra área talvez eu não fosse tão satisfeita (Alceste).

Então é uma área que eu me identifiquei desde a época da graduação e como professor também tinha assim meio como que um objetivo que era dar aula sempre consciente na área então eu fui investindo aos poucos, né, dentro da possibilidade investindo na área pra trabalhar então realmente eu me sinto bem, me identifico, eu gosto (Apolo)

Nossa! Eu sinto necessidade disso, eu gosto muito de fazer, de exercer esse papel, de conversar, de orientar, eu acho que a Saúde Mental, ela permeia todas as disciplinas, então o professor de Saúde Mental, ele precisa ter essa visão para poder realmente atender o objetivo do que é ser Saúde Mental né, do que é tá dentro da disciplina, dentro de um departamento que trabalha várias disciplinas diferentes e poder tá relacionando tudo, eu acho que a vivência, por em prática mesmo o tempo inteiro (Alceste).

Nos depoimentos anteriormente descritos, permanece a ideia de que ser professor está sempre associado à área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, e, em nenhum momento, os professores fazem referência ao papel do docente e às habilidades necessárias para tal.

Ser professor vai além de ser bom profissional. Para ser professor, são necessárias competências específicas, distintas das relativas ao exercício profissional. A capacitação para o desempenho da docência precisa estar relacionada aos princípios que orientam o projeto pedagógico (REIBNITZ; PRADO, 2006).

Atualmente, nas universidades públicas, tem sido enfatizada a produtividade de pesquisas, o que vem ao encontro das leis do mercado, racionalidade científica e eficiência técnica, impulsionando os professores ao trabalho individualizado, e dicotomizando teoria de prática, ensino de aprendizagem, ensino de avaliação, professor de aluno, conteúdo de forma, e, conseqüentemente, inibindo as formas de se estabelecer relações de análise da própria prática, com produção de conhecimentos distante da realidade, preparando, assim, indivíduos com dificuldades para leitura contextualizada do mundo que os rodeia (VEIGA, 2008).

Os professores entrevistados mostram o seu pensar sobre essa situação, alguns colocando-se contrários e outros favoráveis ao investimento prioritário em pesquisa:

(...) a minha identidade é mais de professor do que de pesquisador, porque assim, quando eu entrei o que era o carro chefe era o ensino e a pesquisa assim, hoje é como se a hora que der (você exerce o papel de professor)... se você me perguntar do que eu gosto mais eu digo que gosto mais de antes, de ter a graduação como carro chefe (Hera).

(...) pela questão da implantação da pós-graduação que hoje nós temos, né, nós estamos no segundo ano de pós-graduação. Então veio o quê, da última década a partir daí a gente vem se organizando, né e para pesquisa, para ter a pesquisa em primeiro lugar do que a o ensino da graduação (Hera).

Hoje na universidade, principalmente na Universidade (...), o papel de professor, ele acaba sobrecarregando bastante né porque você tem dificuldade muitas vezes de desempenhar as condições de professor naquele sentido mais próximo do aluno e enfim, pelas questões burocráticas que a Universidade impõe (...)aquela vida institucional, a pós- graduação, a cobrança por publicação, enfim, então isso acaba nos desmotivando muitas vezes a exercer o papel de professor, porque muitas vezes você está tão cansado com essas outras demandas (Perseu).

(...) às vezes eu sinto que a gente deixa um pouco, isso tá ficando um pouco de lado o papel de professor, principalmente no nível de graduação, pelas demandas que a própria universidade nos impõe (Perseu).

Atualmente, nos concursos de ingresso e promoção nas universidades, em geral é muito valorizada a produtividade em pesquisa; nos departamentos, também

são priorizadas as atividades de investigação, as publicações, conferindo, por vezes, um menor valor às atividades docentes ligadas ao ensino. É um risco que se corre, pois, conforme Zabalza (2004), podemos encontrar excelentes pesquisadores que não são bons professores porque, ou não se comunicam bem, apresentam discurso muito complexo, mantêm relações conflitantes com os estudantes, não têm tempo suficiente para preparar aulas ou estão mais preocupados com conteúdos do que com a forma de aprendizagem dos alunos.

Outros professores citam que optaram pela docência por possibilitar continuação de seus estudos:

(...) então tinha oportunidade até de trabalhar em outros locais, mas eu optei por aqui justamente pra poder continuar, para me capacitar para seguir carreira mesmo. (...) pelo horário de compatibilidade do trabalho não existia mudança de plantão, era um trabalho de 7 horas diárias e o que eu poderia escolher, eu poderia conciliar o trabalho com o futuro estudo, com a pós-graduação (Apolo).

(...) de você ter que continuar estudando, ter que trabalhar muito, dar aula que nem um louco, fazer pesquisa, fazer extensão, atender aluno, isso tudo ao mesmo tempo, participar de comissões e tal, acho que o fardo se torna mais leve quando você faz algo que é saboroso para você, né? Que dá incentivo, que dá vontade de continuar.(Apolo)

Investimento na formação área de conhecimento fui aperfeiçoando com a pós-graduação, mestrado, doutorado, depois dentro do ensino, eu me aprofundi muito em algumas áreas de conhecimento específico e isso resultou numa boa relação também com os alunos e aí que é uma simbiose muito legal (Hermes).

O processo formativo docente e seu decorrente desenvolvimento profissional integram o processo de aprender a profissão no exercício continuado da docência. Assim, tornar-se docente ocorre segundo um processo de aprendizagem que acompanha a trajetória do professor, indicando sua incompletude como ser humano e docente (ISAIA, 2007).

Os professores, de maneira geral, não fazem menção à necessidade da capacitação pedagógica para atuação no ensino. Apenas um professor a refere, justificando sua preocupação no sentido de aprender a lidar com a proposta de sua unidade em trabalhar com metodologias ativas.

A proposta nos primeiros dois anos é metodologias ativas né? É essa a proposta, mas a gente sabe que na verdade é difícil mudar a cabeça dos professores, nem todos tem formação, é um grande desafio (Perseu).

(...) você pega um grupo, cada docente se responsabiliza por 20 e a gente trabalha dessa forma então eu trabalhava nessa modalidade, maior disciplina, não dá, é difícil, são 40 alunos e somos os quatro docentes e aí não dá pra você destoar de uma forma, quem tem essa formação pedagógica no momento sou eu e a professora "n" que tá agora, terminou a formação dela nessa pedagogia mais ativa né, com essas metodologias e mais o grupo todo não tem essa formação (Perseu).

“O exercício da profissão e seu domínio não ocorrem por uma transferência direta de sabedoria divina”; não se pode esperar que o professor pesquisador, ao ingressar na universidade, já esteja preparado para exercer a docência. Há de se ter um investimento na capacitação pedagógica (ZABALZA, 2004: 141).

Serrão (2005) expressa sua preocupação com a racionalidade técnica, ou seja, a capacitação docente somente para resolver os problemas práticos, por meio de aplicação de teorias e instrumentos técnicos (dicotomia entre teoria-prática), mais especificamente com o entendimento da prática como um campo de aplicação da teoria e do exercício de utilização de instrumentos técnicos. Neste sentido, as propostas de “cursos” das universidades para capacitar pedagogicamente seus docentes poderão se limitar a prepará-los para o cumprimento de algumas exigências impostas pelas próprias modificações em seus currículos.

A seguir, realizo algumas considerações finais na tentativa de reunir os pontos levantados, sinalizando para alguns avanços, limites e desafios do ensino de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos programas das disciplinas, articulada aos relatos dos professores, permite observar avanços, limites e desafios enfrentados no processo de construção dos projetos pedagógicos dos cursos, na formação pedagógica dos professores e em sua atuação, na condição de docente, na área de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental.

Vivencia-se um período de transição, disparado pela Lei de Diretrizes e Bases para Educação Nacional, de 1996; Diretrizes Curriculares Nacionais para Cursos de Graduação em Enfermagem, de 2001, e as Políticas atuais de Saúde Mental, que sinalizam para revisão dos Projetos Políticos Pedagógicos dos Cursos e, conseqüentemente, para as ações docentes. Assim, são percebidas mudanças nas nomenclaturas das disciplinas e um movimento no sentido de sair do modelo disciplinar em direção a outros desenhos curriculares como, por exemplo, por módulos ou mesmo com algumas disciplinas interdisciplinares, na busca por articular conhecimentos de distintas áreas do saber. No entanto, há de se refletir se essas mudanças são efetivas para uma melhor articulação entre teoria e prática, com potencial para impacto social na transformação da prática profissional, ou se apenas se propõem a responder às exigências da legislação que rege o ensino.

Em alguns dos cursos analisados, há carência de professores envolvidos na área e, em outros, um número satisfatório dos mesmos, porém com desarticulação entre eles, favorecendo a fragmentação de conteúdos, ou seja, cada professor torna-se responsável por um tema, do qual tem mais domínio, não promovendo um diálogo com seus colegas. Quanto à localização das disciplinas nas estruturas curriculares, de maneira geral, primeiramente estão dispostas as teóricas, que “instrumentalizam” os estudantes para o cuidado à pessoa em sofrimento psíquico, seguidas daquelas que dizem respeito ao cuidado em si, quando os alunos vão para os cenários de prática; nos dois casos, a teoria antecede a prática. Os relatos dos professores e os programas analisados convergem para a necessidade de, primeiramente, instrumentalizar os estudantes para que, em outro momento, possam desenvolver os conhecimentos na prática.

Entendo que construir caminhos no ensino de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental, a partir de um olhar mais articulado, requer a implementação de desenhos curriculares que possibilitem articulação de saberes, valorizem o enfoque problematizador e desenvolvam atividades acadêmicas em cenários de prática nos quais ocorra inserção de professores e estudantes, em contato com a realidade social, enquanto sujeitos ativos.

São desafios que estão colocados para construção de propostas formativas que empreendam práticas interdisciplinares face à complexidade da saúde mental.

Um olhar atento para os programas analisados e para os depoimentos dos professores, sujeitos do estudo, permite apreender algumas incoerências no que diz respeito à proposta oficial em atender às DCNENF quanto à integralidade do cuidado e ao uso de metodologias ativas. Embora estas diretrizes estejam previstas nos programas, segundo as falas dos sujeitos o ensino continua voltado para conteúdos biologicistas, centrado no professor, priorizando o uso de metodologia tradicional, com aulas expositivas. Neste sentido, cabe lembrar a autonomia docente para seleção dos conteúdos e para escolha/opção de método a ser utilizado em suas aulas teóricas.

Os conteúdos priorizados são os referentes à dimensão cognitiva, quando se propõem a trabalhar com conceitos teóricos, estabelecidos como prioridades, antecedendo qualquer contato com a pessoa que se encontra em sofrimento psíquico e com a prática profissional. Dos doze cursos estudados nesta pesquisa, somente um apresentou currículo integrado, sem disciplinas estanques, mas unidades de ensino possibilitando a articulação das dimensões cognitiva, procedimental e atitudinal. Esta modalidade supera o modelo normativo de formação.

Apesar da maioria dos cursos organizar os currículos de forma disciplinar, há algumas tentativas de inovações, embora ocorram como prática isolada, como a disponibilização de algumas disciplinas interdepartamentais, integrando distintas áreas do saber. No entanto, há o risco das propostas de integração acabarem por gerar novas disciplinas, as quais serão operacionalizadas na mesma lógica tradicional normativa e de controle.

De forma geral, a construção do projeto político pedagógico dos cursos é realizada por grupos ou pessoas indicadas pela coordenação ou direção do curso com a finalidade de escreverem o projeto para atender à legislação; nem sempre, os atores do processo, professores e alunos, participam dessa construção. Assim, muitos desconhecem o projeto no qual estão inseridos; às vezes são inseridos somente no sentido de responder à legislação no que diz respeito à construção coletiva. Nota-se que, em alguns casos, não têm clareza sobre o que é e para que serve o projeto.

Os eixos e diretrizes do projeto pedagógico têm, como intenção, direcionar, dar rumo ao curso a depender do referencial teórico adotado para subsidiá-lo. Sua elaboração requer tempo para amadurecimento das ideias, paciência, persistência e capacidade de negociação para lidar com as resistências, conflitos e divergências inerentes ao processo.

Em alguns casos, os professores explicitam sua não participação na construção do projeto; outros não participaram mas se sentem contemplados e ouvidos por seus pares nos momentos de discussões coletivas, pois o projeto não é estanque e acabado; ao contrário, é dinâmico e inacabado, além de ser flexível e

passível de revisões e avaliações constantes. O projeto não deve ser apenas um documento, escrito e engavetado; deve ser vivo e vivido por todos os atores envolvidos no processo ensino-aprendizagem. Deve conter a descrição do perfil do profissional que a escola intenciona formar. Neste sentido, nos cursos estudados, todos os projetos apontam para o perfil generalista, crítico-reflexivo, buscando atender ao preconizado pela LDB e DCNENF. No entanto, ao analisar os programas das disciplinas e ouvir os professores responsáveis pelas mesmas, tenho clareza de que a maioria dos cursos tem estrutura disciplinar; as disciplinas não dialogam umas com as outras e, assim, questiono se realmente estão formando profissionais segundo o perfil proposto.

Como eixos norteadores do projeto, os cursos propõem a integralidade do cuidado, a formação voltada para demanda do SUS, a atenção básica como foco e o uso de metodologias ativas. Entendo que alguns cursos se aproximam desses eixos, mas ainda há necessidade de amadurecer e discutir sobre conceitos e concepções de cada um dos termos utilizados que parecem soar como jargões, sendo “politicamente correto” adotá-los.

As estruturas curriculares, conforme já mencionado, formam um conjunto de disciplinas previamente determinadas, fragmentando a teoria e prática; primeiramente, a teoria é “passada” aos estudantes, os quais, posteriormente, imergem nos cenários de prática. Entretanto, vale ressaltar que alguns realizam esforços para construir seus projetos em uma direção mais integrada; apenas um dos cursos analisados apresenta, efetivamente, um currículo integrado.

Além do desejo explicitado por alguns professores no sentido de mudar, inovar, parece ser difícil para aqueles que estão habituados ao modelo do currículo tradicional, com disciplinas estanques, conteúdos e atividades já pré-dadas, metodologias tradicionais, centradas no professor, deixarem essa zona de conforto e direcionarem-se para outra proposta. Toda mudança é dolorida, pois remete à revisão de posturas e atitudes. Entendo que mudanças devam ocorrer de forma gradativa, com espaços propícios para reflexão da prática, diálogo e flexibilização.

A distribuição da carga horária, quando se trata de um currículo tradicional, tende a seguir a lógica da valorização das disciplinas das áreas básicas e profissionalizantes, áreas clínicas. Uma questão emerge: para se formar um sujeito crítico-reflexivo, ético, político, que articule teoria à prática, não se faz necessário pensar sobre como trabalhar com outras áreas como, por exemplo, a sociologia, a psicologia, a educação, a filosofia, entre outras, de forma mais equilibrada e articulada? Não devemos pensar a flexibilização curricular e os espaços livres para os

estudantes buscarem ampliar os conhecimentos, em busca de outras atividades intelectuais e culturais?

O que se percebe são estruturas curriculares pesadas e herméticas, sem espaços para qualquer outra atividade que não as já estabelecidas. Nos cursos, ainda é possível visualizar que se iniciam com as disciplinas denominadas básicas, nos primeiros anos, e, a seguir, as profissionalizantes, resquício da departamentalização e das raízes na lógica positivista, que defende que o conteúdo teórico sempre deve anteceder a prática. No entanto, percebe-se que alguns cursos já têm, como proposta, a inserção precoce dos estudantes nos cenários de prática, onde ocorre o primeiro contato com a realidade social.

Atualmente, como já apontado, alguns professores realizam revisões de suas práticas pedagógicas em busca de aproximação da realidade social. Penso que as abordagens pedagógicas que mais possibilitam essas reflexões são as progressistas; entretanto, ainda há uma tendência para utilização de metodologias tradicionais, que alienam o sujeito, tornando-o não participativo do processo ensino-aprendizagem.

A fragmentação dos saberes levou as universidades a subdividirem-se por departamentos e à formatação de cursos em disciplinas estanques, gerando complexas e delicadas relações de poder. Percebo um desejo intrínseco de mudança, de transformar, que permeia os depoimentos dos professores; no entanto, tal desejo tangencia as relações de poder, presentes nos interstícios das universidades públicas, atemorizando, como se fantasmas fossem, a todos, nos corredores das escolas e nas salas de aulas. Que fantasmas são esses?

A estrutura departamentalizada, a gestão não participativa, os conflitos mal resolvidos e não enfrentados. Há de se repensar a estrutura universitária, mas acredito que nós, enquanto professores, podemos iniciar esse exercício nos micro espaços, criando situações, incomodando, cutucando e problematizando, na tentativa de modificar nossa prática docente.

Alguns professores, em salas de aula, já começaram “um fazer diferente”, ao ousarem, utilizando metodologias não tradicionais, ainda que contrários aos seus pares e até mesmo à proposta vigente nos cursos. Entretanto, ainda prevalece a ausência de diálogo e negociação. Há de se repensar as relações entre os próprios colegas, componentes da mesma área do saber.

A seleção de conteúdos, ou seja, o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes deve ser realizada para apreensão dos estudantes de maneira ativa no processo, de forma que possam aplicá-los no mundo real. Esse cuidado deve estar presente nos programas das disciplinas, nos planos de aula e também nas conversações dos professores. As escolhas se interligam à visão de mundo e à

lógica do curso ; podem ser apenas conceitos, ou seja, dimensão cognitiva, ou possibilitar também o desenvolvimento das capacidades motoras, afetivas, relacionais e inserção social.

Um limite encontrado diz respeito à tendência em priorizar escolha de conteúdos da dimensão cognitiva, centrados nas psicopatologias/sinais e sintomas das doenças, e assistência de enfermagem, com menor enfoque nos conteúdos atitudinais e procedimentais. Apesar de algumas modificações que expressam aproximação à conteúdos referentes à reforma psiquiátrica e políticas de saúde mental, o cerne das disciplinas ainda reside nas psicopatologias. No entanto, os cenários de prática, opção para imersão dos estudantes, já se deslocaram dos hospitais psiquiátricos para os serviços abertos, como CAPS, Hospital Geral com unidades de psiquiatria, Oficinas Terapêuticas e Estratégias de Saúde da Família.

O relacionamento interpessoal e a comunicação terapêutica também são conteúdos selecionados pelos professores e utilizados enquanto instrumentos básicos para uma boa relação com a pessoa em sofrimento psíquico, fundamental para enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental, mas, também imprescindível para qualquer outra área de conhecimento que se diga respeito a pessoas em situações adversas. No entanto, de maneira geral, percebe-se que são temas trabalhados de forma desarticulada da prática profissional, com o embasamento teórico oferecido nas salas de aula, cabendo ao estudante exercitá-lo, sem articulação, nos cenários de prática, junto aos usuários dos serviços.

Outros conteúdos têm sido selecionados e abordados pelos professores, tais como: urgência e emergência psiquiátrica, álcool e outras drogas, cuidado com a família, trabalho em equipe e atenção básica e saúde mental, todos eles importantes, mas, muitas vezes, trabalhados pontualmente, sem conexão com os outros e com os cenários de prática.

A maioria dos cursos apresenta uma desarticulação da teoria com a prática; porém, o professor acredita que essa articulação existe simplesmente pelo fato de ir intercalando as idas dos estudantes, aos cenários de prática, com as discussões em sala de aula. No entanto, as situações vividas precisam ser tornadas significativas para que, efetivamente, promovam mudanças na prática dos profissionais inseridos nos serviços de saúde. Assim, a responsabilidade pelas transformações da prática é dos professores, alunos e profissionais dos serviços, tornando-se urgente a articulação ensino-serviços de saúde. Neste sentido, alguns programas do governo estão se apresentando segundo essa perspectiva, como, por exemplo, o PRÓ-SAÚDE, PET-SAÚDE e, mais recentemente, o PET-SAÚDE MENTAL; são programas que priorizam,

entre outras coisas, a articulação ensino-serviço para melhorar a prática assistencial e formação de profissionais mais comprometidos.

Os professores da área de saúde mental buscam por várias estratégias de ensino, independentemente da metodologia utilizada, o que pode contribuir para uma maior mobilização para participação ativa no processo ensino aprendizagem; segundo os depoimentos, o ensino está centrado em aulas expositivas-dialogadas, permeadas pelo uso de filmes e estudos de casos, permitindo parcerias entre professor e aluno, com uma participação mais ativa dos estudantes.

Nas atividades didáticas em sala de aula, bem como nos cenários de prática parece haver uma boa relação entre professor e aluno, envolvendo respeito e trocas mas, no entanto, percebe-se que o mesmo não pode ser dito no que diz respeito à relação professor-professor. Há predomínio do trabalho individualizado, não compartilhado com os pares, o que expressa um distanciamento da proposta de trabalho em equipe, preconizada pela DCNENF.

A avaliação do processo ensino-aprendizagem está articulada ao modo como foi estruturado o currículo e à qual concepção de educação que o norteia. Na maioria dos cursos, há predomínio de avaliação pontual, por provas cognitivas, após os blocos teóricos, mantendo a prática avaliativa, de caráter classificatório. Os professores sentem-se inseguros em como avaliar e quais os melhores instrumentos para tal. Algumas vezes, abrem mão das provas escritas, tradicionais, mas também não encontram uma outra proposta adequada. Em alguns cursos, percebe-se o uso da auto-avaliação e avaliação do professor. A avaliação contínua torna-se um desafio pois, nas propostas curriculares de alguns cursos ela está presente, mas, além do pouco conhecimento nessa esfera, os professores ainda se deparam com normas da universidade, as quais exigem notas, classificam os alunos, utilizam-se das notas para selecionar, em algumas situações, os estudantes, por exemplo, com vistas à bolsas de órgãos de fomento para os mesmos realizarem pesquisas de iniciação científica. São algumas incoerências que devem ser problematizadas, continuamente, nos espaços universitários.

Em relação à formação docente, percebe-se pouco investimento das universidades neste sentido. A ideia de que quem sabe fazer, sabe ensinar, ainda está presente. Nos concursos públicos para contratação docente prioriza-se a quantidade de publicações científicas; menor valor é atribuído à formação pedagógica dos professores. Assim, não se pode esperar que o professor pesquisador, ao ingressar na universidade, já esteja preparado para exercer a docência. Há de se investir, durante o processo de trabalho docente, em capacitação pedagógica e assessorias no sentido de modificar a prática pedagógica.

Embora ainda incipientes, embrionárias, é possível perceber algumas iniciativas, por parte de algumas universidades, no sentido de investir na formação docente que atenda aos requisitos abordados no presente estudo. Entretanto, ainda há um longo caminho para que possa chegar à excelência no que diz respeito a essa dimensão pedagógica.

No plano diretivo, espera-se que as várias esferas das Universidades possam imprimir maior equilíbrio, para fins de avaliação docente, às atividades de pesquisa, extensão e ensino, seja em processos seletivos ou em concursos públicos.

Uma distribuição mais equitativa de valores entre as atividades desse tripé (ensino, pesquisa e extensão) pode se constituir em fator importante para incentivar docentes a buscarem por capacitação na dimensão pedagógica do seu fazer, em direção a um ensino mais condizente com as atuais perspectivas para o homem e a sociedade.

Um grande desafio que emerge desta pesquisa é a compreensão de que a formação pedagógica dos professores inseridos em universidades tem sido, equivocadamente, algo presumível, algo com o que já se conta, o que requer intervenções. Da mesma forma, merecem atenção as relações interpessoais, permeadas pelo individualismo e pela disputa de poderes, fatores geradores de conflitos e resistências, muitas vezes impeditivos de avanços.

REFERÊNCIAS

ALENCASTRE, M.B. et al. **Estudos sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil**. Ijuí: UNIJUÍ, 2000.

AMARANTE, P. (Coord.). **Loucos pela vida**: uma trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

ANASTASIOU, L.G.C. Da visão da ciência à organização curricular. In: ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L.P. (Orgs.). **Processos de Ensino na Universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: UNIVILLE, 2007. p. 47-72.

ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L.P. Estratégias de Ensino. In: ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES, L.P. (Orgs.). **Processos de Ensino na Universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: UNIVILLE, 2007. p. 75-107.

ARANHA e SILVA, A.L.; FONSECA, R.M.G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n. 3, p. 441-9, 2005.

ARANTES, E.C. O ensino de relacionamento terapêutico em enfermagem psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.26, p.439-446, 1973.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. São Paulo, 1996. 202p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BARROS, S.; ROLIM, M. O ensino de enfermagem psiquiátrica e a lei do exercício profissional da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 4, n.1, p. 47-54, 1996.

BARROS, S.; SILVA, A.L.A.; LOPÉRGOLLO, A.C.D.; PITTA, A.M.F. Tentativas inovadoras na prática de ensino e assistência na área de saúde mental – I. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 33, n.2, p. 192-99, 1999.

BASSIT, W. A família e a doença mental. In: D'INCAO, M.A. (org.). **Doença mental e sociedade: uma discussão interdisciplinar**. Rio de Janeiro: Graal, 1992. p. 278-88.

BERBEL, N.A.N.A problematização e a aprendizagem baseada em problemas: diferentes termos ou diferentes caminhos? **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, Botucatu, v. 2, n. 2, p.139-154, 1998.

BONALS, J. **O trabalho em pequenos grupos na sala de aula**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

BORGES, C.F.; BAPTISTA, T.W.F. O modelo assistencial em saúde mental no Brasil: a trajetória da construção política de 1990 a 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 456-468, 2008.

BOTEGA, N.J. Introdução. In: BOTEGA, N.J. (Org.). **Serviços de Saúde Mental no Hospital Geral**. Campinas: Papirus, 1995. p. 15-21.

BRAGA, V.A.B. **A enfermagem e a disciplina enfermagem psiquiátrica: visão da aluna**. Ribeirão Preto, 1993. 138p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1993.

BRAGA, V.A.B. **O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica no Ceará e a Reforma Psiquiátrica: avanços e recuos**. 1998, 163f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

BRAGA, V.A.B.; SILVA, G.B. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Ceará: a realidade que se esboça. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.1, p.13-21, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório Final da I Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília, 1987.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9394, de 20 de dezembro de 1996.** Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Diário Oficial da União, Brasília/DF, 1996, 23 de dezembro, 34(248), Seção 1:27. 833-41.

BRASIL. Ministério da Educação. Parecer CNE/CES nº 776, 1997. <www.portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES0776.pdf>. Acesso em 21 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES. Diário Oficial da União 1133/2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem**, 2001a (03/10/2001). Seção 1E, p.131.

BRASIL, **Lei nº 10.216**, de 6 de abril de 2001 b, que dispõe sobre a proteção e direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. <<http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/legislacao/Lei10216.htm>>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 816, 2002. Disponível em: <www.brasilius.com.br/legislacoes/gm/8029-816.htm>. Acesso em 21 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas/Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral de Saúde Mental. Coordenação de Atenção Básica. **Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários.** Inclusão de ações de Saúde Mental na Atenção Básica. nº 01/03, 2003. <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizes.pdf>> Acesso em 14 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientação e Prevenção.** Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=297978&janela=1>. Acesso 15 de outubro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Criação de CAPS.** Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/.../visualizar_texto.cfm?>. Acesso em 21 de outubro de 2010.

BLEGER, J. **Temas de psicologia: entrevista e grupos**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção, e controle social. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 14, n.1, p. 41-65, 2004.

CHAVES, M.M., Educação Médica: uma mudança de paradigma. **Boletim Associação Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, n. 28, v. 4, p.10-11, 2000.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 2005.

COLL, C. **Psicologia e currículo: uma aproximação psicopedagógica à elaboração do currículo escolar**. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica AS, 2003.

CUNHA, M.I.; LEITE, D.B.C. **Decisões pedagógicas e estruturas de poder na Universidade**. Campinas: Papyrus, 1996.

CUNHA, M.I. **Inovações pedagógicas: o desafio da reconfiguração de saberes na docência universitária**. São Paulo: Universidade de São Paulo, Pró-Reitoria de Graduação. São Paulo, setembro, 2008. **Cadernos de Pedagogia Universitária**, 6.

CYRINO, E.G.; PEREIRA, M.L.T. Trabalhando com estratégias de ensino-aprendizado por descoberta na área da saúde: problematização e a aprendizagem baseada em problemas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p.780-88, 2004.

DAVINI, M.C. Currículo Integrado. In: Ministério da Saúde (BR), Secretaria Executiva, coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Capacitação Pedagógica para instrutor/supervisor: área da saúde, Brasília (DF): 1994, 58p. p. 39-55.

DONATO, A.F. Algumas considerações sobre tendências pedagógicas e educação e saúde. **Boletim do Instituto de Saúde**. Formação dos Trabalhadores para o SUS. São Paulo, n. 48, p. 5-25, nov., 2009.

DUARTE, M.L.C. **Saberes e fazeres dos enfermeiros em uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário**. Porto Alegre, 2005. Trabalho de Conclusão de Curso (monografia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

FACULDADES ADAMANTINENSES INTEGRADAS (FAI). **Histórico**. Adamantina, 2010. Disponível em: < www.fai.com.br/portal/conheca_fai/index.php?c=1>. Acesso em 24 de outubro de 2010.

FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA (FAMEMA). **Histórico**. Marília, 2010. Disponível em: < www.famema.br/enfermagem>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

FACULDADE DE MEDICINA DE RIO PRETO (FAMERP). **Histórico**. São José do Rio Preto, 2010. Disponível em: < www.famerp.br/cursos/graduacao/enfermagem/enfsobrecurso.htm>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ (FMJ). **Histórico**. Jundiaí, 2010. Disponível em: < www.fmj.br/historia.fmj.asp>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

FACULDADES INTEGRADAS DE SANTA FÉ DO SUL (FUNEC). **Histórico**. Santa Fé do Sul, 2010. Disponível em: < www.funecsamtafe.edi.br/>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

FERNANDES, D.A.B. Plano de ensino em enfermagem psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 32, n. 4, p.308-403, 1959.

FERNANDES, J.D. **O ensino de enfermagem e de enfermagem psiquiátrica no Brasil**. Salvador, 1982, 111p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1982.

FERNANDES, J.D. Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos de Cursos de Graduação em Enfermagem. In: TEIXEIRA, E.; VALE, E.G.; FERNANDES, J.D.;

SORDI, M.R.L. (Orgs.). **O Ensino de Graduação em Enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã.** Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

FERNANDES, J.D. et al. Ensino da Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental: sua interface com a reforma psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, n. 43, v. 4, p. 962-8, 2009.

FERNANDES, V.R.; KELLERMANN, M.S. Ao encontro do psicodrama pedagógico: uma ferramenta de auxílio ao ensino para adultos. **Mostra Científica, 1. XVIII CIC-XI ENPOS.** Universidade Federal de Pelotas, 2009. <http://www.ufpel.edu.br/coc/2009/cd/pdf/CH/CH_00788.pdf>. Acesso em 12 de agosto de 2010.

FERREIRA, A.B.H.P. **Novo dicionário da língua portuguesa.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FEUERWERKER, L.C.M. A construção de sujeitos no processo de mudança da formação dos profissionais de saúde. **Divulgação em Saúde para Debate.** Rio de Janeiro, n. 22, p. 18-24, dezembro 2000.

FEUERWERKER, L.C.M.; COSTA, H.; RANGEL, M.L. Diversificação de cenários de ensino e trabalho sobre necessidades/problemas da comunidade. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 22, p. 36-48, dezembro, 2000.

FEUERWERKER, L.C.M. Gestão dos Processos de Mudança na Graduação em Medicina. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARAÚJO, J.G.C. (Orgs.). **Educação Médica em Transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** São Paulo: Hucitec, 2006. p. 17-39.

FORGRAD. Plano Nacional de Graduação: um projeto em construção. In: FORGRAD. **Resgatando espaços e construindo idéias.** Uberlândia: Edufu, 2004.

FREITAS, L.C.; SORDI, M.R.L.; MALAVASI, M.M.S.; FREITAS, H.C.L. **Avaliação educacional: caminhando pela contramão.** Petrópolis: Vozes, 2009.

GADOTTI, M. **Pressupostos do Projeto Pedagógico**. In: CONFERÊNCIA NACIONAL DE EDUCAÇÃO PARA TODOS. 1994, Brasília. **Anais da Conferência Nacional de Educação para Todos**. Brasília, 1994. p. 576-581.

GADOTTI, M. Prefácio. In: DEMO, P. **Avaliação qualitativa**. Campinas: Autores Associados, 2005.

GIOVANELLA, L.; AMARANTE, P. O enfoque estratégico do planejamento em saúde e saúde mental. In: AMARANTE, P. (Org.) **Psiquiatria Social e Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. p. 113-147.

GOMES, R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M.C. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 67-80.

GORDAN, P.A. Currículos inovadores: o desafio da inserção docente. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Orgs.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004. p. 187-200.

GUIMARÃES, J.; MEDEIROS, S.M. Contribuição ao ensino de saúde mental sob o signo da desinstitucionalização. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 6, v. 1, p. 97-104, 2001.

HOFFMANN, J.M.L. **Avaliar para promover: as setas do caminho**. Porto Alegre: Mediação, 2001.

HOFFMANN, J.M.L. **Avaliação mediadora: uma prática em construção da pré-escola à universidade**. Porto Alegre: Editora Mediação, 2003.

IMBERNÓN, F. **Formação permanente do professorado: novas tendências**. São Paulo: Cortez, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/defaulttab.shtm>>. Acesso em 16 de agosto de 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE ENSINO E PESQUISA-INEP, 2007. Disponível em: <www.portal.mec.gov.br/index.php?option=com>. Acesso em 16 de agosto de 2010.

ISAIA, S.M.A. Aprendizagem docente como articuladora da formação e do desenvolvimento profissional dos professores da educação superior. In: ENGERS, M.E.A.; MOROSINI, M.C. (Orgs.). **Pedagogia universitária e aprendizagem**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p. 153-165.

JORGE, M.A.S.; ALENCAR, P.S.S.; BELMONTE, P.; REIS, V.L.M. Políticas e práticas de saúde mental no Brasil. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Texto de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. P. 207-222.

KANTORSKI, L.P. **O Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental e a Reforma Psiquiátrica no Rio Grande do Sul**. 1998, 214f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

KANTORSKI, L.P.; SILVA, G.B. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: um olhar a partir dos programas das disciplinas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 27-34, 2000.

KANTORSKI, L.P.; SILVA, G.B.; SILVA, E.N.F. As concepções e cenários do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 54, v. 3, p. 409-19, 2001.

KANTORSKI, L.P.; PINHO, L.B.; SAEKI, T.; SOUZA, M.C.B.M. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 317-24, 2005.

LALUNA, M.C.M.C.; FERRAZ, C.A. Compreensão das bases teóricas do planejamento participativo no currículo integrado de um curso de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 6, p. 771-7, 2003.

LAMPERT, J.B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil**: tipologia das escolas. São Paulo: Hucitec/Associação Brasileira de Educação Médica, 2002.

LANA, F.C.F.; BARBIERI, M.; BOCARDI, M.I.B. Compromisso ético-político dos coordenadores de cursos de graduação com qualidade do ensino. In: Teixeira, E.; Vale, E.G.; Fernandes, J.D.; Sordi, M.R.L. (Orgs.). **O ensino de graduação em**

enfermagem **no Brasil**: o ontem, o hoje e o amanhã. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2006.

LIBÂNEO, J.C. Tendências pedagógicas na prática escolar. In: LIBÂNEO, J.C. **Democratização da escola pública**: a pedagogia crítico social dos conteúdos. São Paulo: Loyola, 1984. p.19-44.

LIMA, R.V.M.; PEDRÃO, L.J.; GONÇALVES, J.G.; LUIS, M.A.V. Papéis, conflitos e gratificações do enfermeiro de serviços abertos de assistência psiquiátrica. **Rev. Eletrônica de Enferm.** [internet]. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a19.htm>. Acesso em 02 de setembro de 2010.

LOPES, A.C. Organização do conhecimento escolar: analisando a interdisciplinaridade e integração. In: CANDAU, V. (Org.). **Linguagens, espaços e tempos no ensinar e aprender**. Rio de Janeiro: De Paulo Editora - DP& A, 2000. p.147-64.

LÜCK, H. **Gestão educacional: uma questão paradigmática**. Petrópolis. Rio de Janeiro: Vozes, 2006. Série: Cadernos de Gestão.

LUCKESI, C.C. **Avaliação da aprendizagem escolar**: estudos e proposições. São Paulo: Cortez, 2001.

LUCKESI, C.C. **Avaliação da aprendizagem na escola**: reelaborando conceitos e criando a prática. Salvador: Malabares, 2005.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACÊDO, V.C.D.; MONTEIRO, A.R.M. Enfermagem e a promoção da saúde mental na família: uma reflexão teórica. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 13, n. 4, p. 585-92, 2004.

MAFTUM, M.A.; ALENCASTRE, M.B. A prática e o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Brasil: questões para reflexões. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, n. 7, v. 1, p. 61-67, 2002.

MAFTUM, M.A. **O Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica no Paraná**. 2004, 151f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

MAIA, J.A. O currículo no ensino superior em saúde. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Orgs.). **Docência em Saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2004. p. 101-133.

MAILHIOT, G.B. **Dinâmica e gênese dos grupos**. São Paulo: Livraria Duas Cidades, 1981.

MARTINS, B.C. A Reforma Universitária de 1968 e A Abertura para o Ensino Privado no Brasil. **Educação e Sociedade**, Campinas, v. 30, n.106, p.15-35, 2009.

MENDES, A.C.; PAULIN, L.F.R.S.; MENON, M.A. Serviços de Emergência Psiquiátrica. In: BOTEGA, N.J. (Org.). **Serviços de Saúde mental no Hospital Geral**. Campinas: Papyrus, 1995.

MINAYO, M.A.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Hucitec/Abrasco: São Paulo/Rio de Janeiro, 1996.

MITRE, S.M. et al. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: debates atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n. 13, p. 2133-2144, 2008. Suplemento 2.

MINZONI, M.A. Levantamento do ensino da enfermagem psiquiátrica nas escolas de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 9, n. 5/6, p. 558-568, 1966.

MONTEIRO, A.R.M. Saúde mental como tema transversal no currículo de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, n. 56, v. 4, p. 420-23, 2003.

MOREIRA, A.F.; SILVA, T.T. **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez, 2001.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 1997.

MUNARI, D.B.; GODOY, M.T.H.; ESPERIDIÃO, E. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 684-93, 2006.

OLIVEIRA, I.B. **Boaventura & a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2006.

OLIVEIRA, G.S.; KOIFMAN, L. Integralidade do Currículo de Medicina: inovar/transformar, um desafio para o processo de formação. In: MARINS, J.J.N.; REGO, S.; LAMPERT, J.B.; ARÁUJO, J.G.C. (Orgs). **Educação Médica em transformação: instrumentos para construção de novas realidades**. São Paulo: Editora Hucitec: Associação Brasileira de Educação Médica, 2006. p. 143-164.

PEREIRA, A.L.F. As tendências pedagógicas e a prática educativa nas ciências da saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 5, n.. 19, p. 1527-1534, 2003.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

PIMENTA, S.G. **Prefácio**. In: RIOS, T.A. **Compreender e ensinar: por uma docência de melhor qualidade**. São Paulo: Cortez, 2002. p. 11-13

PINHEIRO, M.E. A ação coletiva como referencial para a organização do trabalho pedagógico. In: VEIGA, I.P.A.; RESENDE, L.M.G. (Orgs.). **Escola: espaço do projeto político-pedagógico**. Campinas: Papirus, 2002. p. 75-94.

PINTO, H.A. et al. **Formação docente em educação profissional técnica na área da saúde: o SUS e os processos de trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; Educação a Distância, 2009.

PITTA, A.M.F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

RAMOS-CERQUEIRA, A.T.A. A prática pedagógica como processo de comunicação: a relação professor-aluno como eixo: o ponto de vista psicológico. **Revista Interface– Comunicação, saúde e educação**, Botucatu, v.1, n. 1, p.187-192, 1997.

REIBNITZ, K.S.; PRADO, M.L. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006.

REINALDO, A.M.S.; PILLON, S.C. História da Enfermagem Psiquiátrica e a Dependência Química no Brasil: atravessando a história para reflexão. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 688-93, 2007.

RIOS, T.A. Significado e pressupostos do projeto pedagógico. **Serie Idéias**, São Paulo, v. 15, p. 73-7, 1992.

RIOS, T.A. Formação para a cidadania: gesto de bem e beleza. **Caderno Temático do Ciclo de Conferências da Constituinte Escolar**, Belo Horizonte, v. 1, p. 33-35, 2000.

RIOS, T.A. **Compreender e ensinar: por uma docência de melhor qualidade**. São Paulo: Cortez, 2002.

ROCHA, R.M. **Enfermagem Psiquiátrica: que papel é este?** Rio de Janeiro: Instituto Franco Basaglia/Editora Te Corá, 1994.

ROCHA, R.M. **Enfermagem em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2005.

RODRIGUES, R.M.; SHENEIDER, J.F. A enfermagem na assistência ao indivíduo em sofrimento psíquico. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 3, p. 33-40, 1999.

ROMÃO, J.E. **Avaliação dialógica: desafios e perspectivas**. São Paulo: Cortez: Instituto Paulo Freire, 2005.

ROMANOWSKI, J.P.; WACHOWICZ, L.A. Avaliação formativa no ensino superior: que resistências manifestam os professores e alunos? In: ANASTASIOU, L.G.C.; ALVES,

L.P. (Orgs.). **Processos de Ensino na Universidade**: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula. Joinville: UNIVILLE, 2007. p. 133-150.

SAEKI, T.; MUNARI, D.B.; ALENCASTRE, M.B.; SOUZA, M.C.B.M. Reflexões sobre o ensino de dinâmica de grupo para alunos de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 342-47, 1999.

SACRISTÁN, G.J. **O currículo**: uma reflexão sobre a prática. Porto Alegre: Artmed, 2000.

SARACENO, B. Reabilitação psicossocial: uma estratégia para a passagem do milênio. In: PITTA, A.M.F. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1996.

SAVIANI, D. **Escola e democracia**: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre a educação política. Campinas: Autores Associados, 2009.

SEMIM, G.M.; SOUZA, M.C.B.M.; CORRÊA, A.K. Professor como facilitador do processo ensino-aprendizagem: visão do estudante de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 484-91, 2009.

SERRÃO, M.I.B. Superando a racionalidade técnica na formação: sonho de uma noite de verão. In: PIMENTA, S.G.; GHEDIN, E. (Orgs.). **Professor reflexivo no Brasil**: gênese e crítica de um conceito. São Paulo: Cortez, 2005. p. 151-160.

SEVERINO, A.J. O ensino superior brasileiro: novas configurações e velhos desafios. **Educar**, Curitiba, n. 31, p.73-89, 2008.

SCHERER, Z.A.P.; SCHERER, E.A.; CARVALHO, A.M.P. Reflexões sobre o ensino da enfermagem e os primeiros contatos do aluno com a profissão. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, n. 14, v. 2, p. 277-84, 2006.

SILVA, W.V. Atendimento de Enfermagem em saúde mental em unidade básica de saúde. **Revista da Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 277- 84,1998.

SILVA, T.T. **Documentos de identidade**. Uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999. vol.1.

SILVA, A.L.A.; GUILHERME, M.; ROCHA, S.S.L. Comunicação e enfermagem em saúde mental - reflexões teóricas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p.65-70, 2000.

SILVA, I.F. Dicotomia básico-profissional no ensino superior em saúde: dilemas e perspectivas. In: Batista, N. A.: Batista, S. H. S. S. (Orgs). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: Editoria Senac São Paulo, 2004. p. 135-152.

SILVA, M.G.; FERNANDES, J.D.; TEIXEIRA, G.A.S.; SILVA, R.M.O. Processo de formação da (o) enfermeira (o) na contemporaneidade: desafios e perspectivas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 19, n. 1, p. 176-84, 2010.

SILVA, K.L.; SENA, R.R. A diversificação dos cenários de ensino-aprendizagem como estratégia para articulação teoria e prática. **Olho Mágico**, Londrina, v. 11, n. 1/2, p. 9-16, 2004.

SILVA, A.T.M. et al. Formação de enfermeiros na perspectiva da reforma psiquiátrica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 6, p. 675-8, 2004.

SILVA, A.L.A.; FONSECA, R.M.G.S. Processo de trabalho em saúde mental e o campo psicossocial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 441-9, 2005.

SORDI, M.R.L. **Repensando a prática da avaliação no ensino de enfermagem**. Campinas, 1993. Tese (Doutorado) – Universidade de Campinas, Campinas, 1993.

SORDI, M.R.L.; BAGNATO, M.H.S. Subsídios para uma formação profissional crítico-reflexiva na área da saúde: o desafio da virada do século. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 2, p. 83-88, 1998.

SOUZA, M.C.B.M. **Estudo bibliográfico da produção da enfermagem psiquiátrica no Brasil, no período de 1932 a 1993**. Ribeirão Preto, 1995,201f. Dissertação

(Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

SOUZA, M.C.B.M. **Enfermeiros assistenciais das instituições psiquiátricas de Ribeirão Preto**: caracterização, formação e atuação. Ribeirão Preto, 1999, 179f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

SPADINI, L.S.; Souza, M.C.B.M. O preparo de enfermeiros que atuam em grupos na área de saúde mental e psiquiatria. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-360, 2010.

TASSONI, E.C.M. Afetividade e aprendizagem: a relação professor-aluno. In: Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, 2000, Caxambu, MG. **Anuário**. Caxambu, ANPED, 2000.

TAVARES, C.M.M. Análise crítica de uma experiência de integração do estágio de enfermagem em saúde mental ao sistema único de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.10, n. 4, p. 740-7, 2006.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TURATO, E.R. **Tratado da Metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**: construção teórico-epistemológica-discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humana. Petrópolis: Vozes, 2003.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS (UNICAMP).FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS. **Histórico**. Campinas, 2010. Disponível em: <WWW.fcm.unicamp.br/fcm/departamentos/departamento-de-enfermagem/historico>. Acesso em 23 de outubro de 2010.

UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA “JÚLIO DE MESQUITA FILHO” (UNESP). **Histórico**. Botucatu, 2010. Disponível em: < www.enfermagem.fmb.unesp.br>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DE SÃO PAULO (UNIFESP). **Histórico**. São Paulo, 2010. Disponível em: <www.unifesp.br>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS (UFSCAR). **Histórico**. São Carlos, 2010. Disponível em: <www.ufscar.br>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. **Proposta de reformulação curricular do curso de bacharelado em enfermagem: curso de enfermagem**. Ribeirão Preto: EERP/USP, 2004a.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Portaria Interna Pró-G, nº 04/2004, que dispõe sobre as principais ações de apoio ao docente da Universidade de São Paulo. Abril de 2004b.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM (EE/USP). **Histórico**. São Paulo, 2010. Disponível em: <www.ee.usp.br>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO (EERP/USP). **Histórico**. Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <www.eerp.usp.br>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ (UNITAU). **Histórico**. Taubaté, 2010. Disponível em: <www.unitau.br/cursos/graduacao/biociencias>. Acesso em 14 de outubro de 2010.

VASCONCELLOS, C.S. Metodologia dialética em sala de aula. **Revista Associação de Educação Católica**, Juiz de Fora, v. 21, n. 83, 1995.

VEIGA, I.P.A. Perspectivas para reflexão em torno do projeto político – pedagógico. In: VEIGA, I.P.A.; RESENDE, L.M.G. (Orgs.). **Escola: espaço do projeto político-pedagógico**. Campinas: Papyrus, 2002. p. 9-32.

VEIGA, I.P.A. Projeto Político Pedagógico: novas trilhas para a escola. In: VEIGA, I.P.A.; FONSECA, M. (Orgs.). **As dimensões do projeto político-pedagógico: novos desafios para a escola**. Campinas: Papyrus, 2008. p. 45-66

VENANCIO, A.T.; LEAL, E.M.; Delgado, P.G. (Orgs). **O Campo da atenção psicossocial**: Anais do 1º Congresso de Saúde Mental do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Te Corá/Instituto Franco Basaglia, 1997. p. 507-9.

VILLA, E.A.; CADETE, M.M.M. Portas Abertas: novas possibilidades no ensino da enfermagem psiquiátrica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 13-9, 2000.

VILLA, E.A. Buscando novos caminhos para o ensino e a prática da enfermagem psiquiátrica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 47-54, 2000.

VILLELA, J.C. **O ensino de saúde mental na graduação de enfermagem na perspectiva do estudante**. Curitiba, 2009. 125f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2009.

VILLELA, W.V. Relações de gênero, processo saúde-doença e uma concepção de integralidade. **Boletim de Instituto de Saúde**. Formação dos Trabalhadores para o SUS, São Paulo, n. 48, p. 26-30, nov. 2009.

WAIDMAN, M.A.; STEFANELLI, M.C.; JOUCLAS, V.M.G. O caminhar com a teoria de Joyce Travelbee na prática de enfermagem psiquiátrica – desvelando uma experiência. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, n. 3, v. 1, p. 7-12, 1998.

ZABALA, A. **A prática educativa**: como ensinar. Porto Alegre: Artmed, 1998.

ZABALZA, M.A. **O ensino universitário**: seu cenário e seus protagonistas. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Apêndice 1

Roteiro para entrevista semi-estruturada

Dados de Identificação

Universidade em que atua:

Idade:

Sexo:

Há quanto tempo atua na Universidade:

Há quanto tempo atua na área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental:

Regime de Trabalho:

Titulação:

Qual vínculo com área de Saúde Mental (Professor, coordenador de área):

Conte-me como é ser professor na área de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica

Você conhece o Projeto Pedagógico do Curso onde é professor? Quais suas diretrizes?

Como é elaborada a Estrutura Curricular do Curso onde atua?

A área de conhecimento Saúde Mental está inserida em que momento na Estrutura Curricular do Curso onde atua? Qual sua opinião sobre isso?

Quais estratégias ensino aprendizagem são utilizadas nas disciplinas que ministra?

Quais os conteúdos abordados nas disciplinas da área enfermagem psiquiátrica e saúde mental no curso que atua?

Quais os cenários de práticas que as disciplinas da área utiliza e que relação tem com a abordagem teórica?

Apêndice 2

Roteiro para análise dos programas das disciplinas

Nome:

Docentes (nº) responsáveis:

Localização na malha horária:

Carga Horária Total:

Carga Horária Teórica:

Carga Horária Prática:

Objetivos:

Método:

Estratégias de ensino-aprendizagem:

Cenários de Prática:

Avaliação:

Referências:

Apêndice 3**Autorização da Instituição**

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 2009.

Ilma. Sr.(a)

Prof.(a) Dr. (a) _____

Coordenadora do Curso de Bacharelado em Enfermagem da

Prezado (a) Senhor (a)

A pesquisadora mantendo sua preocupação com a qualidade do ensino de graduação, volta-se, nesse momento, para ensino da área de saúde mental e enfermagem psiquiátrica no Estado de São Paulo, enfocando-o como tema de pesquisa. A intenção é produzir conhecimentos voltados para a melhora do ensino nos cursos de graduação em enfermagem. Assim, estamos propondo a realização desta pesquisa cujos objetivos são: descrever a prática pedagógica, no que se refere ao método de ensino mais utilizado; identificar os conteúdos abordados nas disciplinas enfermagem psiquiátrica e saúde mental; identificar os cenários de prática utilizados para o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e as relações estabelecidas nos mesmos. Solicitamos, assim, seu consentimento para termos acesso a lista de docentes que estão inseridos na área de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, no curso de bacharelado em enfermagem, para procedermos a um sorteio, no qual será escolhido um docente para participar da pesquisa (serão convidados para participar voluntariamente) Além disso, a autorização para utilizarmos os programas das disciplinas oferecidas nesta área de saber, para análise documental. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (Processo nº) e, quando da realização das entrevistas, serão garantidos todos os cuidados éticos relativos à pesquisa envolvendo seres humanos. Com a intenção de melhor informa-lo, em anexo, encaminhamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser assinado pelo professor participante. Colocamo-nos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Sem mais para o momento, despeço-me cordialmente.

Atenciosamente,

Profa. Dra. Maria Conceição B. de Mello e Souza

Apêndice 4

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu _____, docente da instituição de ensino _____, autorizo a pesquisadora Maria Conceição B. de Mello e Souza, docente da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), a coletar dados referentes a essa Instituição, no Curso de Bacharelado em Enfermagem, no concernente às Disciplinas da área de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. Os dados destinam-se ao trabalho de pesquisa que está sendo desenvolvido pelo referido pesquisador. O estudo tem como objetivos: descrever a prática pedagógica, no que se refere ao método de ensino mais utilizado; identificar os conteúdos abordados nas disciplinas enfermagem psiquiátrica e saúde mental; identificar os cenários de prática utilizados para o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e as relações estabelecidas nos mesmos. Para tal, solicitamos sua participação em uma entrevista semi-estruturada, sua participação é voluntária, sendo garantido o sigilo de suas informações. Se você permitir, a entrevista será gravada. Para a entrevista semi-estruturada, será utilizado um roteiro com questões abrangentes relacionadas ao objeto de estudo, porém com a abertura para que o sujeito fale de modo livre no contexto do tema estudado. A entrevista será agendada para o dia, local e horário atendendo a sua disponibilidade. Caso julgue adequado, você poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos, bem como ser informado sobre os resultados parciais da pesquisa sempre que o desejar. Informamos que nem você, nem a instituição de ensino a qual pertence terão gastos ao participarem desta pesquisa. Esclarecemos que os dados desta pesquisa terão finalidade acadêmico-científica. Dúvidas poderão ser esclarecidas diretamente com o pesquisador responsável. Esclarecemos ainda, que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP (processo nº 0995/2009) e que uma cópia deste termo de consentimento lhe será fornecida.

Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de 200_.

Assinatura do docente

Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida em relação à pesquisa entrar em contato com Profa. Dra. Maria Conceição B. de Mello e Souza. Av. Bandeirantes, 3900- Ribeirão Preto/SP CEP-14040-902, fone (16) 36023415. e-mail: consouza@eerp.usp.br

ANEXO

ANEXO I

Parecer

Protocolo nº: 0995 / 2009

Pesquisadores: Maria Conceição B. de Melo e Souza

Título do Projeto: O ENSINO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA/SAÚDE MENTAL EM ESCOLAS PÚBLICAS DO ESTADO DE SÃO PAULO DA TEORIA À PRÁTICA

As pesquisadoras apresentaram as mudanças sugeridas. O TCLE foi reformulado e esta de acordo com a Res. 196/96 do CNS. Foi anexado ao projeto a lista das instituições e algumas autorizações.

Pelo exposto o CEP – EERP/USP considera o projeto **APROVADO**.

Ribeirão Preto, 20 de maio de 2009



Protocolo nº: 0995 / 2009
Data: 20 05 2009