

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

JEFERSON RODRIGUES

**O ENSINO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE
MENTAL NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NO ESTADO DE
SANTA CATARINA**

**FLORIANÓPOLIS
2010**

JEFERSON RODRIGUES

**O ENSINO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE
MENTAL NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NO ESTADO DE
SANTA CATARINA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Enfermagem.

Orientador: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Co-orientador: Dr. Jonas Salomão Sprícigo

**FLORIANÓPOLIS
2010**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

R696e Rodrigues, Jeferson

O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental nos cursos de graduação no estado de Santa Catarina [tese] / Jeferson Rodrigues ; orientadora, Sílvia Maria Azevedo dos Santos, co-orientador, Jonas Salomão Sprícigo. - Florianópolis, SC, 2010.

327 p.: il., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem - Estudo e ensino. 2. Currículos - Avaliação. 3. Cuidados de enfermagem. 4. Saúde mental. I. Santos, Sílvia Maria Azevedo dos. II. Sprícigo, Jonas Salomão. III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

CDU 616-083

JEFERSON RODRIGUES

**O ENSINO DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE
MENTAL NOS CURSOS DE GRADUAÇÃO NO ESTADO DE
SANTA CATARINA**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 22 de dezembro de 2010, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade**.



Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos
Presidente



Dr. Eduardo Mourão Vasconcelos
Membro



Dra. Mariluci Alves Maftum
Membro



Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires
Membro



Dra. Jussara Gue Martini
Membro

RODRIGUES, Jeferson. **O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental nos cursos de graduação no estado de Santa Catarina.** 2010. 327p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Orientador: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Co-orientador: Dr. Jonas Salomão Sprícigo

Linha de Pesquisa: Educação, Saúde e Sociedade

RESUMO

O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, enquanto dimensão da integralidade em saúde, norteado pelo processo de Reforma Psiquiátrica e orientado pelo paradigma psicossocial, enfrenta o desafio de integrar o campo da saúde mental com o campo da saúde coletiva, em uma formação generalista, a partir da reforma curricular. Esse replanejamento de atividades, indicado pela implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs), reflete a necessidade de formulação curricular, enfocando novos objetivos para formação, a partir de conteúdos que aproximem e integrem ainda mais a teoria e a prática profissional. Nesse sentido, analisou-se o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através dos conteúdos expostos nos Projetos Pedagógicos dos Cursos e Planos de Ensino e investigou-se como se materializa esse ensino, a partir do discurso dos docentes que ministram enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental nos Cursos de Graduação em Enfermagem mais antigos no Estado de Santa Catarina. A abordagem de pesquisa utilizada caracteriza-se como qualitativa, do tipo descritiva e exploratória, tendo como técnicas a análise documental e Grupos de Discussão. A perspectiva hermenêutica-dialética possibilitou a análise de dados, por meio da qual pode se afirmar, a partir do objeto ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, que existem contradições que envolvem a formação do enfermeiro generalista na perspectiva do preconizado nas DCNs e no Processo de Reforma Psiquiátrica. A apresentação do conteúdo do cuidado, nos objetivos das disciplinas/módulos de saúde mental, possibilitou afirmar que ele está norteado pela Reforma Psiquiátrica e orientado pela transição dos paradigmas manicomial/psiquiátrico e psicossocial, embora ainda se observe certa contradição sobre qual paradigma,

efetivamente, rege o ensino nesses cursos. O cuidado de enfermagem em saúde mental nos documentos analisados está presente nos conteúdos das disciplinas/módulos em 21 (vinte e um) planos equivalentes a 20 cursos. O desenvolvimento desse conteúdo registrado nos planos, de maneira geral, está inserido em aspectos históricos, éticos, legais, políticos da enfermagem psiquiátrica/saúde mental com o sujeito, família e comunidade. Em relação aos dados dos grupos de discussão, as análises foram realizadas e evidenciaram a ausência do paradigma de atenção psicossocial nos discursos dos docentes. As discussões pautadas nos discursos e nas interpretações contextualizaram as Relações entre o docente e a instituição, a Reforma Curricular, o Ensino do cuidado e de enfermagem em saúde mental, a Atividade de pesquisa e extensão. Conclui-se que o planejamento do ensino do cuidado, a partir de aspectos epidemiológicos, requer uma relação entre o ensino-aprendizagem da prática educativa e um modelo de cuidado de enfermagem em saúde mental baseado em paradigmas, avaliado e coerente com a realidade local do SUS. O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, em uma perspectiva generalista, avança em um campo de conhecimento em construção, composto por diferentes núcleos de saber-fazer sobre um conceito ampliado de saúde/saúde mental multideterminado e resultante das condições de vida biopsicossocial, espiritual e cultural acerca do sujeito. Envolvida pelos princípios e pelas diretrizes do SUS, que têm na sua concepção a integralidade, interdisciplinaridade e as ações de saúde, a Estratégia da Atenção Psicossocial pensa esses princípios articulando o campo polissêmico de saúde mental. Logo, o ensino do cuidado de enfermagem envolve um preparo para as contradições que perpassam a crítica, a ideologia no campo da saúde mental e a práxis da atividade docente, com vistas às transformações sociais e no SUS.

Descritores: ensino, cuidado de enfermagem, saúde mental, diretrizes.

RODRIGUES, Jeferson. The teaching of nursing care in undergraduate courses in the State of Santa Catarina. 2010. 327p. Thesis (Doctorship in Nursing) – Nursing Post-graduation Program, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Advisor: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Co-advisor: Dr. Jonas Salomão Sprícigo

ABSTRACT

The teaching of nursing care in mental health as a dimension of integral health, guided by the psychiatric reform process and guided by the Psychosocial Paradigm, faces the challenge of integrating the mental health field with the public health field, in a general education, based on the Curricular Program's Reform. This rearranging of the activities, indicated by the implementation of the National Curriculum Guidelines, reflects the need for formulating a new curricular program that focuses on new instruction objectives, based on curricular subjects that bring together and integrate even more theory and professional practice. The teaching of nursing care in mental health was analyzed through the subjects displayed in the Graduation's Teaching Project and Teaching Program. The embodiment of this teaching was investigated, based on the discourse of teachers who teach psychiatric nursing and/or mental health in the oldest nursing graduation courses in the State of Santa Catarina. The qualitative research with a descriptive and exploratory approach was used, with technical analysis of documents and discussion groups. The dialectical-hermeneutic perspective allowed the analysis of data. Based on the results, it is contended that there are contradictions based on the objective of nursing care teaching in mental health where the instruction of the general nurse in the perspective of what is professed in the National Curriculum Guidelines and in the Psychiatric Reform Process is involved. The presentation of the nursing care content, the objectives of the courses / modules on mental health, made it possible to say that the content is guided by the Psychiatric Reform Process and oriented by the transition of the asylum / psychiatric and psychosocial paradigms, although still it's observed some conflict over which paradigm is effectively governing these course's teaching. The nursing care in mental health in the analyzed documents is present the in the

disciplines / modules in 21 (twenty one) plans equivalent to 20 courses. The development of the content registered in the curricular programs, generally is embedded in historical, ethical, legal, political aspects of psychiatric nursing/mental health with the individual, family and community. Regarding the data from the discussion groups, the analysis was performed and revealed the absence of the paradigm of Psychosocial Care in the teachers discourse. Discussions ruled by the speeches and interpretation contextualized the relations between the teacher and the institution, the Curricular Reform, the nursing care in mental health teaching, and the research and extension activities. It is concluded that nursing care teaching plan, based on epidemiological aspects, requires the relationship between teaching and learning of the educational practice with a model of nursing care in mental health based on the paradigms, evaluated and consistent with the local realities of SUS. The nursing care in mental health teaching, in a general perspective, advances in a field of knowledge in construction, made up of different know-how cores on an expanded concept of health/mental health multidetermined and resulting of the biopsychosocial, spiritual and cultural conditions of living near the individual. Embedded in SUS's principles and guidelines, which has in its conception integrality, interdisciplinarity and actions in health, the Psychosocial Care Strategy thinks these principles articulating mental health polysemic field. Therefore, nursing care teaching involves a preparation for the contradictions that underlie the critic to the mental health field and the practice of teaching activities' ideologies, aiming at social and SUS's transformations.

Describers: teaching, nursing care, mental health, guidelines.

RODRIGUES, Jeferson. **La enseñanza de los cuidados de enfermería en los cursos de graduación en lo estado de Santa Catarina.** 2010. 327p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

Asesor: Dra. Silvia Maria Azevedo dos Santos

Co-asesor: Dr. Jonas Salomão Sprícigo

RESUMEN

La enseñanza de los cuidados de enfermería em salud mental como una dimensión de la salud integral, guiados por el proceso de la reforma psiquiátrica y por el paradigma psicosocial, enfrenta el desafío de integrar el campo de la salud mental con el campo de la salud pública en una instrucción general a contar de la Reforma del Programa de Enseñanza. Estas actividades de replanificación, indicadas por la aplicación de las Directrices Curriculares Nacionales, refleja la necesidad de formular un nuevo plan de estudios que se centra en los objetivos de la formación, a contar de los contenidos de ese enfoque que cierrén e integren mucho más la teoría y la pratica. Se analizó la enseñanza de los cuidados de enfermería en salud mental a través de los contenido que aparecen en los proyectos pedagógicos de los cursos y planes de enseñanza. Fue investigado cómo esta enseñanza se materializa, desde el discurso de los profesores que enseñan la enfermería psiquiátrica y/o de salud mental en los cursos de enfermería más antiguos de lo estado de Santa Catarina. Se utilizó el enfoque de la investigación cualitativa con un estudio descriptivo y exploratorio con el análisis técnico de los documentos y grupos de discusión. La perspectiva dialéctica-hermenéutica he permitido el análisis de los datos. De los resultados es seguro decir que hay contradicciones, a contar de los obeitivos de la enseñanza de los cuidados de enfermería en salud mental, cuya la formación de los enfermeros generales en la pesrpectiva de las recomendaciones de las Directrices Curriculares Nacionales y el Proceso de la Reforma Psiquiátrica está implicada. La presentación del contenido de la atención, en los objetivos de los cursos/ modulos en salud mental, posibilitó asegurar que él es guiado por la Reforma Psiquiátrica y orientado por la transición de los paradigmas manicomial/psiquiátrico y psicosocial, aunque observase un conflicto sobre el cual paradigma

efectivamente, regula la enseñanza de esos cursos. El cuidado de enfermería en salud mental en los documentos analizados está presente en los contenidos de las disciplinas/módulos en 21 (veintiún) plans equivalente a 20 cursos. El desarrollo de ese contenido registrado en los plans, generalmente, está insertado en los aspectos históricos, éticos, legales, políticos de la enfermería psiquiátrica/salud mental con el individuo, la familia y la comunidad. Relacionado a los datos de los grupos de discusión, fue realizado el análisis y evidenciaron la ausencia del paradigma psicosocial en los discursos de los docentes. Las discusiones guiadas por los discursos y las interpretaciones contextualizaron las relaciones entre el profesor y la institución, la Reforma Curricular, la enseñanza de la atención y enfermería en salud mental, la actividad de investigación y extensión. Se concluye que la planificación de la enseñanza de la atención, fundamentado en los aspectos epidemiológicos, requiere una relación entre la enseñanza y el aprendizaje de la práctica educativa con un modelo de atención de enfermería en salud mental basado en paradigmas, valorado y coherente con la realidad local del SUS. La enseñanza de los cuidados de enfermería en la salud mental, de una perspectiva general, avanza en un campo de conocimiento en construcción compuesto de diferentes núcleos de saber-hacer sobre un concepto ampliado de salud/salud mental multidimensional y resultante de las condiciones de vida biopsicosocial, espiritual y cultural cerca de el individuo. Rodeado por los principios y las directrices del SUS, que tiene en su concepción la integralidad, interdisciplinariedad, y las acciones en salud, la Estrategia de Atención Psicosocial piensa esos principios articulando el campo polisémico de salud mental. Por lo tanto, la enseñanza de los cuidados de enfermería supone una preparación para las contradicciones que subyacen la crítica de la ideología, en el campo de la salud mental y la práctica de actividades de enseñanza, con miras a la transformación social y en el SUS.

Descriptor: enseñanza, cuidados de enfermería, salud mental, directrices.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CESM – Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental
CNSM – Conferência Nacional de Saúde Mental
COFEn – Conselho Federal de Enfermagem
COREn – Conselho Regional de Enfermagem
DCNs – Diretrizes Curriculares Nacionais
ESF – Estratégia de Saúde da Família
ESM – Ensino de Enfermagem em Saúde Mental
EAPS – Estratégia de Atenção Psicossocial
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais
LDB - Lei de Diretrizes e Bases
MS – Ministério da Saúde
MEC – Ministério da Educação e Cultura
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PE – Plano de Ensino
PPC – Projeto Pedagógico de Curso
PP – Paradigma de Atenção Psicossocial
PNMS – Política Nacional de Saúde Mental
PSF – Programa de Saúde da Família
RC – Reforma Curricular
RI – Revisão Integrativa
RP – Reforma Psiquiátrica
OMS – Organização Mundial da Saúde
OPAS – Organização Panamericana de Saúde
SC – Santa Catarina
SM – Saúde Mental
SUS – Sistema Único de Saúde

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Habilidades esperadas de um recém-graduado em enfermagem para a saúde mental na percepção de A54.....	62
Quadro 2: Roteiro para o Grupo de Discussão com os docentes de Enfermagem Psiquiátrica e/ou em Saúde Mental nos cursos de Graduação mais antigos do Estado de Santa Catarina.....	96
Quadro 3: Municípios sedes dos cursos de graduação em Enfermagem	97
Quadro 4: Definições de termos sobre aspectos pedagógicos utilizados na análise documental.	105
Quadro 5: Definições de termos sobre aspectos paradigmáticos em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, utilizados na análise documental.	107
Quadro 6: Matriz interpretativa crítico-reflexiva para o processo hermenêutico-dialético.	107
Quadro 7: Principais Características da Enfermagem Psiquiátrica e da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, a partir do Modelo Manicomial e Modelo Psicossocial	156
Quadro 8: Competências para cuidar em saúde mental	166
Quadro 9: Habilidades para cuidar em saúde mental.....	166
Quadro 10: Competências em enfermagem em saúde mental	169

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Técnicas de coleta de dados utilizadas na presente pesquisa	92
Figura 2: Municípios sedes dos cursos de graduação em Enfermagem	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa.....	99
Tabela 2: Características de natureza jurídica, oferta de vagas e carga horária total dos 26 cursos de Graduação em Enfermagem do Estado de Santa Catarina, 2009.....	112
Tabela 3: Caracterização dos Projetos Pedagógicos dos 26 cursos de Enfermagem do Estado de Santa Catarina quanto ao tipo de currículo e à metodologia de ensino empregada, 2009.....	117
Tabela 4: Características do perfil do egresso apresentado pelos 26 PPCs dos cursos de enfermagem de SC.	123
Tabela 5: Características do Referencial Teórico apresentados pelos 26 PPCs dos cursos de graduação em enfermagem de SC.....	132
Tabela 6: Caracterização da denominação da disciplina, carga horária teórica, prática, número de docentes na teoria e prática, período/semestre que a disciplina é ofertada.....	140
Tabela 7: Objetivos gerais e específicos das disciplinas/módulos de saúde mental/psiquiatria.	147
Tabela 8: Caracterização do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental (CESM) presente no conteúdo, habilidade e competência dos planos dos cursos.	151
Tabela 9: Caracterização do cuidado de enfermagem em saúde mental (CESM), enquanto conteúdo geral nos Planos	153
Tabela 10: Descrição das habilidades relacionadas ao cuidado de enfermagem.....	170
Tabela 11: Estratégias de ensino para atividades teórico-práticas	172
Tabela 12: Outras metodologias utilizadas no ensino das atividades teórico-práticas.....	175
Tabela 13: Caraterização dos locais das atividades teórico-práticas. .	176

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	13
LISTA DE QUADROS	15
LISTA DE FIGURAS	17
LISTA DE TABELAS.....	19
APRESENTAÇÃO.....	23
INTRODUÇÃO	25
1.2 JUSTIFICATIVA.....	30
1.3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA	34
1.4 PERGUNTA DE PESQUISA	35
1.5 TESE	35
1.6 OBJETIVO GERAL	35
2 REVISÃO DA LITERATURA	37
2.1 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	37
2.2 DESENHO METODOLÓGICO DA REVISÃO	37
2.3 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	40
2.3.1 Resultado dos artigos	40
2.3.2 Resultados das Teses	44
2.3.3 Resultado das Dissertações	45
2.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	46
2.4.1 Discussão dos Temas Específicos	46
2.5 SÍNTESE.....	77
3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO.....	79
3.1 A ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO MODELO DE ANÁLISE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NO ENSINO DE GRADUAÇÃO.....	85
4 MÉTODO.....	91
4.1 ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO	91
4.2 LOCAL DO ESTUDO	96
4.3 SUJEITOS.....	98
4.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS	100
4.5 ANÁLISE DE DADOS	100
4.5.1 A análise documental	100
4.5.2 Análise Hermenêutica Dialética para os Grupos de Discussão	107

4.6 ASPECTOS ÉTICOS.....	108
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES DA PESQUISA	111
5.1 RESULTADOS E DISCUSSÕES DA PESQUISA DOCUMENTAL NOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS E PLANOS DE ENSINO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E/OU SAÚDE MENTAL.....	111
5.1.1 Resultados e discussão dos Projetos Pedagógicos de Curso .	111
5.1.2 Resultados e discussões dos Planos de Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental	139
5.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO REALIZADOS COM OS DOCENTES DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E/OU SAÚDE MENTAL DOS CURSOS DE ENFERMAGEM MAIS ANTIGOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA	183
5.2.1 Relação docente e instituição.....	183
5.2.2 Reforma curricular	191
5.2.3 O Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e o Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental.....	207
5.2.4 Atividade de Extensão e Pesquisa Docente e suas vivências.	257
CONSIDERAÇÕES FINAIS	267
REFERÊNCIAS.....	273
APÊNDICES	295
ANEXOS.....	325

APRESENTAÇÃO

A sobrevivência do ser humano tem como condição a plenitude do cuidado, pois sem ele nenhum ser humano existe, já que se precisa de um “outro” para se promover e continuar a vida humana. A reflexão sobre o cuidado enquanto objeto epistêmico busquei, somente, a partir do momento de crise profissional e angústia pessoal, durante a prática de enfermagem e início do doutoramento.

Nos serviços de saúde mental em que trabalhei, incomodavam-me os momentos de discussão de casos clínicos, especialmente porque sentia que o conhecimento teórico-filosófico de uma clínica de enfermagem “psi”, mais específica para a subjetividade, era insuficiente para promover um debate mais profundo sobre as estruturas psíquicas dos usuários com as demais profissões.

Outro fato que me causava desconforto era não perceber o próprio núcleo da disciplina de enfermagem nos serviços de saúde mental, para poder se diluir em equipe, avançar no campo de trabalho e caminhar para as fronteiras da multidisciplinaridade, ultrapassando-as na inter e transdisciplinaridade.

Com efeito, o fato de não ter clareza do objeto epistemológico e do processo de trabalho da enfermagem em saúde mental e atenção psicossocial levava-me a interrogações do tipo: como esta profissão se organizou historicamente para deliberar sobre suas especificidades no campo da saúde mental? Como se processam as discussões da enfermagem psiquiátrica e saúde mental na entidade representativa, como a Associação Brasileira de Enfermagem? Como a enfermagem em saúde mental é concebida e avaliada, enquanto especialidade, pelo Conselho de exercício profissional? Quem e como está organizada a comunidade científica da enfermagem psiquiátrica, saúde mental e atenção psicossocial? Entendo, vale registrar, que sua organização participativa e representativa é necessária nas decisões políticas para o Sistema Único de Saúde e para o avanço da enfermagem enquanto disciplina.

Ao entrar para o curso de doutorado, tinha como prerrogativa investigar as habilidades e os conhecimentos necessários para o enfermeiro atuar na saúde mental. Durante o curso, com o processo de estudos, fui percebendo o óbvio - a formação universitária em enfermagem é generalista, e o trabalho em serviço de saúde mental especializado exige uma formação especialista. Destaco essa fala, partindo de estudos que comparam o conhecimento e a prática de

enfermagem em serviços especializados com o ensino na graduação.

Compreendi, ainda, que a Universidade não tem a obrigação nem o propósito de saturar o conhecimento em qualquer área específica. E, então, a partir da disciplina Processo de Viver Humano, convenci-me de que é o cuidado, enquanto objeto epistemológico da enfermagem e como dimensão do trabalho dessa profissão, o que se deve estudar e aprender. Poderia estar aí a raiz de minha pesquisa.

No entanto, a reviravolta em meus pensamentos se deu, de fato, nesses dois últimos anos, com o estágio em docência e como professor substituto em uma universidade. Nessa unidade de ensino vivenciei a mudança curricular na qual a ênfase às atividades teórico-práticas em saúde mental eram experienciadas em nível primário de atenção à saúde. Conversava sobre a realidade da saúde mental com enfermeiros que estavam na prática, e eles demonstravam desinteresse pela área, falta de capacitação técnica para atuar. Isso estimulou minha reflexão sobre o preparo do enfermeiro generalista para atuar em saúde mental na atenção básica, tendo em vista, principalmente, que a integralidade tem sido um princípio em voga dentro das políticas de saúde e educação, conforme se poderá ver na revisão integrativa de literatura.

Entendo hoje que o cuidado está para a enfermagem como mente e corpo, que não se separam. Assim, o ensino desse cuidado na graduação pode e deve ser instigante e estimulador, a fim de que o futuro profissional tenha no cuidado alguma garantia de identidade para atuar, além do interesse por seu constante aprimoramento.

INTRODUÇÃO

A vida humana tem se apresentado numa constante oscilação, historicamente determinada ora saudável, ora com saúde precária. Dentro desse limiar, sobressaem-se os transtornos mentais¹, expressão, também, de uma má saúde mental².

De acordo com a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2009a), pode-se dizer que todo problema de saúde é também mental, e que toda saúde mental é também produção de saúde. Nesse sentido, é importante e necessária a articulação da saúde mental no processo do cuidado em saúde, com destaque na atenção básica/Estratégia de Saúde da Família, considerando-se a atenção básica como entrada preferencial para o sistema de saúde.

Ainda de acordo com essa política, a mudança do modelo de atenção à saúde mental, dentro do Sistema Único de Saúde (SUS), em relação aos sujeitos com transtornos mentais, é direcionada para a ampliação e qualificação do cuidado nos serviços comunitários e com base territorial. Tem como direcionamento a mudança na concepção do cuidado para que este seja o mais próximo possível da rede familiar, social e cultural do usuário, de tal forma que possibilite a retomada de sua história de vida e de seu processo de sofrimento.

Em relação a dados sobre o acometimento do transtorno mental, a Organização Mundial da Saúde (OMS), tanto em seu Relatório Mundial (OMS, 2001a) quanto em seu Atlas de Recursos (OMS, 2001b), refere que uma em cada quatro pessoas será afetada por um transtorno mental em alguma fase de sua vida. De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a), ao se tomar apenas os casos de transtornos mentais

¹ De acordo com Organização Mundial da Saúde, transtorno mental não é um termo exato, mas é empregado “para implicar a existência de um conjunto de sintomas clinicamente identificáveis ou comportamento associado, na maioria dos casos, a sofrimento e à interferência nas funções pessoais. O desvio ou o conflito social, por si sós, sem disfunção pessoal, não devem ser incluídos no transtorno mental conforme aqui definido”. (OMS, 2005, p. 27)

² Segundo Oliveira (2008, p. 46), a discussão das bases conceituais em saúde mental articula-se como um pano de fundo social, político e cultural. As formas de conceituar saúde e saúde mental transcendem disciplinas científicas e territórios de ação em saúde, colocando para o profissional uma constante formação neste campo. Saúde Mental “é como um sistema aberto que pensa a natureza, as condições e as interações humanas, contextualizando sua existência cognitivo-intelectual e suas interações simbólicas. É um universo que constantemente elabora, checka, discute e restabelece valores, símbolos e significados; é um campo que contribui com a formação, compreensão e elaboração de atitudes e comportamentos pessoais, profissionais e institucionais influenciadores na qualidade de vida dos indivíduos e comunidades”.

considerados mais graves, encontrar-se-á, aproximadamente, 3% da população sofrendo de algum transtorno. Esse percentual representa que 5 (cinco) milhões de brasileiros, de todas as faixas etárias, sofrem por possuírem uma má saúde mental; sem falar na trágica situação do consumo prejudicial de drogas, casos em que elas, de fato, dificultam a vida da pessoa, pois o efeito nocivo das drogas reduz as possibilidades de existência. Ao se verificar que a dependência do álcool afeta de 6% a 10% da população depois da adolescência e as drogas ilícitas cerca de 1% da população, percebe-se que um décimo dos brasileiros acima de 12 anos precisam de atendimento urgente, inadiável.

Em termos estatísticos, segundo a Política Nacional de Saúde Mental (Brasil, 2009a), 3% da população geral sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, 6% apresentam transtornos psiquiátricos graves, decorrentes do uso de álcool e outras drogas, e 12% da população necessitam de algum atendimento em saúde mental contínuo ou eventual. Atualmente 2,3% do orçamento anual do SUS vão para o atendimento em saúde mental.

No entanto, deve-se destacar que esse atendimento não é necessário apenas para quem apresenta problemas considerados graves pela especialidade psiquiátrica e saúde pública. O mal-estar de todos os dias, às vezes, se torna insuportável, citando-se, como exemplo, a angústia, a qual, enquanto condição indissociável da experiência humana, pode se apresentar de maneira tão intensa que se torna um risco para as pessoas. Ou o descontentamento e o desencanto com as limitações da vida que, igualmente, podem atingir intensos sofrimentos precisando que sejam acolhidos e cuidados. Também as graves questões da crise urbana, como a violência, têm um impacto devastador sobre a saúde mental, gerando demandas dirigidas à saúde pública (BRASIL, 2001).

Dessa forma, de acordo com a OMS (2001a), um profissional generalista tem responsabilidade adicional de identificar sujeitos que possuam transtornos mentais e/ou problemas pelo uso abusivo de substâncias psicoativas, realizar triagem, intervir precocemente em e cuidar desses sujeitos. Nesse sentido, a OMS (2001a) preconiza a integração da atenção em saúde mental no sistema de saúde geral, aumentando a demanda de generalistas com competência para o atendimento em saúde mental. Como consequência, deverá diminuir a demanda por especialistas, embora deva perdurar a necessidade de uma massa crítica de especialistas em saúde mental para tratar os casos mais graves.

Para a OMS (2001a), os profissionais da equipe de saúde, tais

como enfermeiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, necessitam de treinamento para compreender os transtornos mentais e comportamentais e a variedade de opções de tratamentos disponíveis. Nesse sentido, os cursos de formação devem incorporar conhecimentos sobre saúde mental nas áreas de gestão, administração, formulação de políticas, métodos de pesquisa e assistência.

O cuidado de enfermagem nessa área assistencial até então se restringia àquelas ações realizadas nos espaços de internação, isto é, àquelas pessoas identificadas como acometidas por transtorno mental e que se encontravam institucionalizadas em manicômios, clínicas ou hospitais psiquiátricos. Somente nas duas últimas décadas, com o advento da reforma psiquiátrica, é que se inicia um lento movimento que vai deslocando o tratamento para outros cenários e ampliando as tecnologias assistenciais. Assim, veem-se surgir outros espaços, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS)³, nos quais, segundo Rodrigues (2005a), o cuidado está focado mais no sujeito do que no transtorno mental por ele apresentado.

Outro espaço para cuidar da demanda em saúde mental, fora os dispositivos especializados, tem sido a atenção básica em saúde, devido a esta constituir-se uma das principais portas de entrada para o sistema de saúde. Ao se refletir sobre essa nova forma de exercitar a prática assistencial, da atenção primária em saúde, percebe-se a necessidade de buscar novos referenciais epistemológicos que auxiliem e ofereçam sustentação para trilhar esse novo caminho. Destaca-se que tanto as

³ De acordo com a Legislação em Saúde Mental (BRASIL, 2004), na Portaria 336/02, os CAPS têm a função de atender às pessoas que sofrem com transtornos mentais severos e persistentes, num dado território, oferecendo cuidados clínicos e de reabilitação psicossocial, com objetivo de substituir o modelo hospitalocêntrico, evitando as internações e favorecendo o exercício da cidadania e da inclusão social dos usuários e de suas famílias. O CAPS está dividido em várias modalidades, definidas por ordem crescente de porte, complexidade e abrangência populacional.

- CAPS I – Centro de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes.

- CAPS II – Centro de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes.

- CAPS III - Centro de Atenção Psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes.

- CAPSi II - Centro de Atenção Psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos.

- CAPS ad II - Centro de Atenção Psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000 habitantes.

políticas públicas como a sensibilidade ética estão a exigir essa postura de todo profissional que se proponha a exercer atividade nesse campo.

Embora com uma nova visão, vale ressaltar que a prática de cuidado em hospital psiquiátrico ainda permanece. Antes ela visava à contenção do comportamento dos sujeitos acometidos por transtornos mentais, e eram comuns as práticas de confinamento, de exclusão social, predominando a hegemonia dos saberes e práticas centradas na figura do médico. Agora é imperativa a incorporação de princípios que busquem uma prática integral e interdisciplinar⁴, cujo cuidado seja realizado em equipe, que vise atender às demandas do sujeito que busca o cuidado, exigindo dos profissionais a busca por um novo paradigma para guiar suas ações.

Portanto, para que o campo da saúde mental encontre na rede de serviços de saúde a possibilidade substitutiva ao hospital psiquiátrico, é mister investimento logístico e de formação, a fim de que os princípios do Sistema Único de Saúde se transformem em prática cotidiana. Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2009a), a síntese entre a articulação saúde mental e atenção básica/saúde da família se expressa nos princípios de: promoção da saúde; território; acolhimento; vínculo e responsabilização; integralidade; intersetorialidade; multiprofissionalidade com atuação interdisciplinar; organização da atenção à saúde em rede; desinstitucionalização; reabilitação psicossocial; participação da comunidade; e promoção da cidadania dos usuários.

Assim raciocinando, entende-se que é pertinente pensar na formação que o enfermeiro generalista possui a partir do momento de sua graduação, agora não apenas denominada enfermagem psiquiátrica, mas enfermagem em saúde mental.

A emergência dessas novas demandas está a exigir da formação acadêmica e da educação nos serviços de saúde uma reflexão que aponte, minimamente, ao enfermeiro os parâmetros que delinearão sua formação permanente, de tal modo que ele possa prestar cuidados em saúde mental firmemente ancorado numa matriz teórica, que lhe possibilite cuidar do sujeito em sua existência concreta e complexa.

De acordo com o Ministério da Saúde (Brasil, 2005a), um dos

⁴ Segundo Vasconcelos (2002), a interdisciplinaridade consiste na interação criativa entre campos de conhecimento e de prática, entre paradigmas ou modelos de conhecimento. Constitui-se com práticas de interação participativa que visa a horizontalização das relações de poder entre os profissionais e os campos do saber que pactuam problemas, saberes e valores envolvidos de um projeto ético-político e de assistência comuns, que deve guiar o serviço. Introduce-se a finalidade de trabalho com vistas a questionar e redefinir a formação, as práticas e as identidades profissionais.

principais desafios para o processo de consolidação da Reforma Psiquiátrica Brasileira⁵ é a formação de recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura.

Para Kantorski e Silva (2001), o ensino de enfermagem e a reforma psiquiátrica têm acontecido de forma fragmentada, pois mantém por base o modelo de atenção das instituições psiquiátricas e o relacionamento terapêutico como proposta de intervenção. Isso acentua a dicotomia entre teoria e prática, já que, na maioria dos programas das disciplinas dos currículos de graduação em Enfermagem, não consta na listagem dos conteúdos o de Reforma Psiquiátrica.

Ressalta-se que, atualmente, o processo de reforma psiquiátrica se expressa, também, na diretriz da Política Nacional de Saúde Mental no Brasil aliada ao Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (PRÓ-SAÚDE), levando a entender que essa diretriz deveria ser também referência para a formação do enfermeiro.

Furegato e Saeki (2000) estudando a formação de especialistas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, informam que, em vários momentos, os sujeitos da pesquisa colocaram que os conhecimentos obtidos na graduação não têm sido suficientes para subsidiar seu desempenho como enfermeiros psiquiátricos. Nesse mesmo estudo, as autoras provocam uma reflexão sobre a necessidade de especialização no campo da saúde mental, embora não aprofundem a discussão sobre a formação do enfermeiro generalista, bem como não verificam se os currículos acompanham a Política Nacional de Saúde Mental, inserida no Sistema Único de Saúde.

Oliveira e Alessi (2003) também apontam deficiência no processo de formação de enfermeiros que atuam no campo da saúde mental, com indefinição de papéis do profissional de enfermagem, o que o leva a desempenhar mais as atividades burocrático-administrativas. Segundo essas autoras, os enfermeiros são os que menos realizam atendimentos diretos à clientela, caracterizando-se a sua prática pelo gerenciamento intermediário, que organiza e facilita o trabalho de toda a equipe. Das

⁵ De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005a, p. 5), Reforma Psiquiátrica é o processo político e social complexo, composto de atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado dos serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de práticas, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o Processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcando impasses, tensões, conflitos e desafios.

constatações sobre a atuação dos profissionais de enfermagem em saúde mental apontadas pelas mesmas autoras, uma é a inserção da assistência de enfermagem no contexto atual de mudanças políticas, tendo em vista que a maioria dos enfermeiros não se sente preparada para atuar e para atender a demanda em saúde mental. Por um lado, os enfermeiros não estão adequadamente informados sobre as mudanças políticas que vêm ocorrendo na área, caracterizadas principalmente pela reforma psiquiátrica; de outro lado, os instrumentos de trabalho da enfermagem, nessa área, alinham-se mais na direção da reafirmação da concepção organicista do objeto, característica da medicina psiquiátrica. Esse processo se coloca contrário à reforma psiquiátrica, que pressupõe uma ampliação/superação do objeto, incorporando também características psicossociais.

No entanto, vale destacar as ideias de Silveira e Alves (2003) quando dizem que o curso formal acadêmico não é suficiente para o preparo do enfermeiro com vistas às novas funções, mas que se torna necessário se utilizarem as várias estratégias e fontes disponíveis para buscar o conhecimento relevante para enfrentar o novo.

A consciência de que a universidade representa apenas o caminho inicial, que deve ser contínuo, no processo de formação parece adequada, pois permite incorporar a busca de novos saberes e práticas que possibilitem um fazer crítico e sintonizado com o projeto de desinstitucionalização da loucura.

O enfermeiro é um agente de mudança potencialmente importante nessa área, no entanto, essa potencialidade está diretamente relacionada ao grau de “consciência crítica” desses trabalhadores. Para Oliveira e Alessi (2003), quanto mais o enfermeiro estiver consciente de sua condição pessoal e social, de seu papel de trabalhador inserido num sistema político, mais apto estará para eleger instrumentos de trabalho que visem o resgate dessa mesma condição de sujeito-cidadão para os sujeitos com transtornos mentais. E isso com certeza implica um redirecionamento do olhar para o contexto das políticas públicas de saúde, saúde mental e educação no Brasil.

1.2 JUSTIFICATIVA

De acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 2003a, p. 120), art. 200, inciso III, compete ao Sistema Único

de Saúde, além de outras atribuições, “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Dessa forma, cumpre à política da educação acompanhar a política da saúde, ou seja, pautar suas formulações no que é preconizado pelas políticas públicas de saúde.

Para o Ministério da Educação (BRASIL, 2001), as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem seguem, dentre outras, as Diretrizes do Sistema Único de Saúde e de documentos da OMS/OPAS, Relatório Final da 11ª Conferência Nacional de Saúde. Desse modo, é preconizado na formação do enfermeiro generalista, conforme MEC (2001, p. 1), o seguinte perfil:

Enfermeiro, com formação generalista, humanista crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões bio-psico-sociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano.

Do mesmo modo, a formação do enfermeiro generalista, visando à saúde integral, é apontada para atender às demandas dentro de sua realidade situacional, o que inclui a saúde mental. No que se refere ao ensino e à prática do enfermeiro, no campo de saúde mental, pode-se perceber um hiato dentro do que se preconiza e do que é feito. Como consequência disso, para Oliveira *et al.* (2008), constata-se a ausência de cuidado aos sujeitos com transtorno mental no rol de procedimentos de atenção à saúde do Programa Saúde da Família (PSF).

Para Grant (2006), a consequente confusão entre competências e habilidades, específicas e essenciais para uma formação especializada em saúde mental na formação generalista, continua a gerar distorção na educação em enfermagem. Essa diluição do conteúdo de enfermagem psiquiátrica e em saúde mental no currículo genérico resulta na perda dessas habilidades e competências especiais, acarretando a inabilidade dos graduados para trabalhar satisfatoriamente nas áreas práticas. É questionável ainda, além do tempo suficiente para uma base do

currículo genérico, que o estudo da saúde mental seja adequado para o graduando.

Ainda com relação à graduação de enfermagem relacionada à saúde mental, Grant (2006) aponta problemas dentre os quais estão a ambiguidade do papel e a dificuldade de definir o trabalho do enfermeiro para esse campo, por deixar o profissional vulnerável através dos processos de intensas mudanças nas áreas entre saúde e educação. Para o autor, a clarificação de competências e habilidades essenciais tem resultado em um problema/solução para garantir uma apropriada preparação educacional, já que o uso de um modelo que incorpore tanto princípios especialistas quanto generalistas deve assegurar que os estudantes sejam preparados para seu eventual papel na enfermagem.

De acordo com o Atlas de recursos da OMS (2001b), se não houver centros qualificados para a formação, a carência de profissionais limitará a criação de equipes de atenção integral em saúde mental. Segundo a OMS (2001a) há, nos países em desenvolvimento, carência de especialistas e de trabalhadores em saúde com conhecimentos e aptidões necessários para o trato de transtornos mentais e comportamentais, constituindo-se mais uma barreira significativa para provisão de tratamento e atenção à população. Logo, é sensível a necessidade de formação de enfermeiros generalistas qualificados também na área da saúde mental.

Com vistas à discussão dessa integração ensino e prática, especialista e generalista, o cuidado de enfermagem em saúde mental se coloca enquanto objeto a ser investigado. No entendimento de Moya (1999), o cuidado é o objeto próprio do saber de enfermagem, além de se constituir como valor central e regulativo da prática de ensino e da assistência profissional de Enfermagem. Para Pires (2009), o objeto de trabalho da enfermagem é o indivíduo (seres humanos que são totalidades complexas) ou grupos doentes ou sadios, de cujo objeto epistemológico é o cuidado. A autora refere que o debate sobre o cuidado é permanente na enfermagem em escala internacional, destacando que mesmo assim não há consenso em relação ao conceito de cuidado, a seus componentes e ao processo de cuidar. Registra a estudiosa, no entanto, a importância desse debate para a construção da Enfermagem enquanto disciplina do conhecimento científico, que tem uma identidade, mas que, ao mesmo tempo, tem limites próprios que se relacionam com outros campos do saber.

Kantorski e Pinho (2008) constataram em suas pesquisas a necessidade de contextualização do cuidado em saúde mental, decorrente das transformações nos serviços nas últimas décadas, na

realidade brasileira. E destacam a recente preocupação da maioria das Escolas de Enfermagem no Rio Grande do Sul em possibilitar ao aluno o contato com novos dispositivos de cuidado ao sujeito com transtorno psíquico, apoiados nos princípios da atenção psicossocial. Apontam ainda os autores para a necessidade de humanização do atendimento através do acolhimento, vínculo, além da inclusão da família no processo de ressocialização.

No Estado de Santa Catarina, no entanto, são ausentes estudos recentes sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e em saúde mental e, especificamente, sobre o cuidado de enfermagem no campo da saúde mental e atenção psicossocial. Um dos raros estudos que dissertam sobre o ensino dessa especialidade, no Estado catarinense, o analisa em conjunto com a realidade brasileira (ALENCASTRE, 2000). Esse estudo apontava a existência, na época, de somente quatro escolas de enfermagem no nosso Estado. Atualmente, de acordo com o Ministério da Educação (BRASIL, 2009b), existem 26 cursos de graduação em enfermagem no Estado. Esse fato, também, remete para uma pesquisa e análise sobre o tema proposto.

Kantorski *et al.* (2004), ao analisarem a produção científica da enfermagem brasileira sobre estudos teóricos que subsidiam as práticas de enfermagem psiquiátrica e em saúde mental, enfatizam que é premente a necessidade de se construir mais pesquisas voltadas para o ensino de enfermagem psiquiátrica, que instiguem rupturas com o modelo hegemônico da produção de conhecimentos e contribuam com práticas profissionais mais efetivas.

Nesse raciocínio, na ótica de Alves e Valentini (2003), tem-se que o contexto do ensino universitário reflete o padrão hegemônico de formação acadêmica no Brasil, o qual tem por base o modelo formulado por Flexner e publicado em relatório em 1910, nos Estados Unidos da América (EUA). Esse modelo propõe a superespecialização, a demasiada valorização dos aspectos nosológicos em detrimento dos outros determinantes do adoecer e uma prática clínica hierarquizada e retrógrada.

Recentemente, observa-se uma tendência de reversão dessa hegemonia, apesar da sustentação do modelo de Flexner ser feita pela universidade, a qual, se entende, deveria ser o agente responsável por propor e promover mudanças. Uma dessas tentativas de reversão de modelo tem sido o PRÓ-SAÚDE (BRASIL, 2005b), ao partir do pressuposto de que a excessiva especialização, observada em alguns cursos da área da saúde, tem sido apontada, entre outros fatores, como uma das responsáveis pela elevação dos custos assistenciais. Em função

disso, várias tentativas vêm sendo feitas para corrigir a relação especialistas/generalistas, cuidando que não incorra em prejuízo da qualidade.

Por outro lado, para Campos e Gama (2008), até mesmo os profissionais que possuem formação específica na área de saúde mental, tais como psicólogos e psiquiatras, encontram dificuldades para atuar na atenção básica ligadas à própria formação acadêmica que tiveram. Para os autores, há necessidade de formação técnica continuada a partir da vivência cotidiana nos serviços. A falta de capacitação de algumas categorias profissionais para lidar com problemas de saúde mental produzirá sofrimento psíquico nesses próprios profissionais e comprometerá a resolutividade da intervenção em serviços básicos de saúde.

Portanto, além do exposto, o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, como objeto desta pesquisa justifica-se pela possibilidade que oferece de analisar, em relação às mudanças curriculares, o momento histórico e social pelo qual passa o ensino de Graduação da Enfermagem catarinense.

1.3 DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, com a mudança curricular, tem enfrentado o desafio de incluir a saúde mental na integralidade das ações em saúde, mantendo, porém, a especificidade do sofrimento psíquico e, ao mesmo tempo, uma formação generalista. Por considerar que é algo novo, vê-se um distanciamento entre o que é ensinado na formação universitária e o que é praticado nas unidades básicas de saúde, em relação ao cuidado de enfermagem em saúde mental. Essa situação requer do Curso e do docente um replanejamento sobre suas atividades teórico-práticas, que envolva o ensino do cuidado de enfermagem na perspectiva do paradigma psicossocial.

Esse replanejamento de atividades, orientado pela implementação das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e dos Projetos Pedagógicos dos Cursos, reflete a necessidade de formular Planos de Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, que enfoquem novos objetivos na formação a partir de conteúdos que aproximam e integrem, ainda mais, a teoria e a prática profissional. Assim, a mudança curricular dos Cursos de Graduação em Enfermagem em Santa Catarina, materializada nos Projetos Pedagógicos de Curso, no trabalho docente

nos Planos de Ensino e docentes de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental dos Cursos de Graduação em Enfermagem mais antigos do Estado de Santa Catarina mostra-se como possibilidades de pesquisa nesta tese.

1.4 PERGUNTA DE PESQUISA

Como os Cursos de Graduação materializam o ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental no Estado de Santa Catarina, no período de 2009 a 2010?

1.5 TESE

A análise do conteúdo do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental, ministrado nos Cursos de Graduação, possibilita identificar as contradições que envolvem a formação do enfermeiro generalista, na perspectiva do preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais e no Processo de Reforma Psiquiátrica.

1.6 OBJETIVO GERAL

- Analisar o ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental através dos conteúdos expostos ou não nos Projetos Pedagógicos dos Cursos e Planos de Ensino, nos Cursos de Graduação em Enfermagem no Estado de Santa Catarina, no período de 2009 a 2010.

- Investigar como se materializa o ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, através do discurso dos docentes que ministram os conteúdos de Enfermagem Psiquiátrica e/ou Saúde Mental nos Cursos de Graduação em Enfermagem mais antigos⁶ no Estado de Santa Catarina,

⁶ A escolha pelos docentes dos cursos mais antigos considerou o histórico das reformulações curriculares dos cursos anteriores as DCNs e a possível comparação a partir desta, sendo que a abertura da maioria dos cursos de Enfermagem em Santa Catarina se dá após essas diretrizes. Considerou, também, que os cursos mais antigos possuem um processo de análise crítica e de avaliações mais consolidadas com as mudanças curriculares ao longo do tempo. Essa opção

no período de 2009 a 2010.

- Comparar o conteúdo do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental expostos nos Projetos Pedagógicos dos Cursos e Planos de Ensino com o discurso dos docentes dos Cursos de Graduação mais antigos no Estado de Santa Catarina.

pelos docentes dos cursos mais antigos foi sugerida durante o exame de qualificação dessa tese quando em conjunto com os membros da banca se verificou que seria impossível trabalhar com os docentes de todos os cursos do Estado, devido aos limites temporais da pesquisa.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

A partir do objetivo de analisar o processo que envolve o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental com a mudança curricular, especificamente com as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (DCNs), optou-se pela Revisão Integrativa de Literatura para apresentar o estado da arte da produção científica referente a esse tema. O objetivo dessa revisão de literatura é levantar os dados das produções científicas relativas ao objeto de tese, para que se possa conhecer o arcabouço teórico produzido na área e contribuir nas análises e discussões dos dados coletados na tese.

A escolha pela revisão integrativa (RI) deu-se pela possibilidade de analisar estudos científicos de modo sistemático e amplo, permitindo conhecer em profundidade as produções no campo do ensino de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, de acordo com o objeto de estudo, para, por fim, gerar conclusões gerais sobre o tema.

Para Ganong (1987), a revisão integrativa é um método de pesquisa pelo qual se busca deduzir generalizações sobre questões substantivas, a partir de um conjunto de estudos que as influenciam diretamente. Questões substantivas são aquelas que envolvem a delimitação do tema a ser pesquisado, numa revisão que inclui apoio à pesquisa para discutir hipóteses, sugestões para novas questões teóricas e identificação de uma pesquisa necessária.

Ainda que haja variações quanto ao método de condução da RI, Ganong (1987) propõe um modelo com os seguintes passos: a) seleção das questões temáticas; b) estabelecimento dos critérios para a seleção da amostra; c) representação das características da pesquisa original; d) análise dos dados; e) interpretação dos resultados; e f) apresentação da revisão. Para essa revisão foi adotado o modelo de condução da RI de Ganong, conforme desenho apresentado a seguir.

2.2 DESENHO METODOLÓGICO DA REVISÃO

Com a finalidade de revisar o contexto científico das produções sobre o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental após a

mudança curricular (DCNs), partiu-se da questão: Como se apresenta, nas produções científicas, o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental com a mudança curricular?

Para responder essa interrogação, inicialmente, foi instituído o objeto desta revisão: O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental após a mudança curricular. A importância do objeto se dá pelo fato de ele próprio designar parâmetros para o indicador crítico proposto por Ganong (1987), entendendo-se como indicador crítico o elemento essencial para objetivar a busca nos estudos nas bases de dados.

Do objeto, estabeleceu-se o protocolo da RI, contendo: a) questão de pesquisa; b) critérios de busca – critérios de inclusão, descritores, base de dados; c) busca nos resumos e artigos – objetivos, métodos, resultados, conclusão.

Para esta pesquisa, foram adotados como critérios de inclusão nas bases de dados: artigos científicos indexados em periódicos nacionais e internacionais; artigos que abordassem o tema do ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental e a mudança curricular; teses e dissertações; legislação – desta buscaram-se artigos que abordassem Lei de Diretrizes e Bases, Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, Política Nacional de Saúde Mental (PNSM). Os idiomas definidos foram português, espanhol e inglês. O período pesquisado da revisão foi de 2002 a junho de 2009. Esse recorte temporal se justifica porque as DCNs são de 2001 e as publicações que as contemplam foram mais profícuas a partir de 2002.

Descritores foram eleitos para aproximar a pesquisa dos estudos e contou-se com a colaboração de uma bibliotecária para o refinamento deles. Os descritores selecionados para a investigação em trabalhos nacionais foram: Currículo, Ensino, Diretrizes, Educação Superior, Educação em Enfermagem, Educação, Enfermagem Psiquiátrica, Saúde Mental; e os descritores selecionados para busca em trabalhos internacionais foram: *Curriculum; Teaching; Education; Nursing; Education Undergraduate; Undergraduate Education Nursing; Undergraduate Study; Undergraduate Students; Psychiatric Nursing; Mental Health; Nursing Care; Psychiatric Nursing/ED.*

O levantamento foi realizado através da internet, utilizando as seguintes bases de dados: LILACS; BDNF; SciELO; PUBMED; CINAHL; SCOPUS e ERIC, para artigos indexados. O Portal CAPES foi utilizado para teses e dissertações. Para cada base de dados foram mantidos os descritores e testadas suas combinações até atingir as estratégias definitivas (Apêndice A). A seguir, apresentam-se exemplos de descritor, de base de dados e de estratégia utilizados para chegar aos

periódicos e artigos analisados.

LILACS/BDENF

Estratégia 1

Base de dados: LILACS - currículo or ensino or educação superior OR diretrizes [Descritor de assunto] and enfermagem or enfermagem psiquiátrica OR educação em enfermagem OR saúde mental [Descritor de assunto] and "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" [País, ano de publicação] - Total de referências: 206

Portal CAPES

No intuito de resgatar o maior número possível de teses e dissertações referentes ao objeto, iniciou-se com o descritor mais amplo, como Enfermagem Psiquiátrica, e foi-se afunilando conforme descrito a seguir:

Teses: Enfermagem psiquiátrica – 64; Ensino de enfermagem psiquiátrica – 17; Ensino do cuidado de enfermagem psiquiátrica – 2; Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental – 4; O currículo e o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental – 1. Total de teses escolhidas e utilizadas: 09.

Dissertações: Enfermagem psiquiátrica – 174; Ensino de enfermagem psiquiátrica – 38; Ensino do cuidado de enfermagem psiquiátrica – 6; Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental – 7; O currículo e o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental – 0. Total de dissertações escolhidas: 13. Utilizadas – 11.

Algumas teses e dissertações se repetiram na busca no Portal CAPES, por conta da pesquisa ter sido iniciada em outras bases. Na base de dados LILACS, foi encontrada uma tese sobre o ensino de enfermagem em saúde mental na América Latina e pôde-se constatar que algumas teses e dissertações já estavam publicadas em artigos como: T2 T3, T4, T6, T8, D1, D5, D7, mesmo assim foram lidas e tabuladas.

Essas estratégias foram construídas e testadas no decorrer dos meses de abril e maio do ano de 2009. Na busca por título, excluam-se vários artigos; pelos resumos, outros; e, em caso de dúvida, lia-se o artigo completo. Assim, o número representativo final foi composto por 33 artigos nacionais e 27 internacionais, num total de 60 artigos produzidos por enfermeiros.

Após a impressão e a leitura dos 60 (sessenta) artigos na íntegra, foram coletados os dados dos artigos e catalogados em tabela com

auxílio de computador através do programa Excel[®], como é proposto por Ganong (1987). Nessa tabela foram resumidas as seguintes informações de identificação dos artigos: autor, título, ano, pergunta de pesquisa, objetivo geral, objetivo específico, referencial teórico, abordagem metodológica, local, sujeitos, amostra, técnica de coleta de dados, período da coleta, método de análise, resultado, discussão, conclusão e trechos narrativos de destaque. Os artigos encontrados foram numerados por ordem crescente do ano de sua publicação (Apêndice B).

As teses e dissertações foram buscadas em suas bibliotecas virtuais ou, quando da impossibilidade, eram solicitadas no serviço de comutação entre bibliotecas. Cerca de duas dissertações não foram localizadas pelo serviço de comutação. O tratamento dos dados para as teses e dissertações seguiu o procedimento utilizado com os artigos. As teses e dissertações estão identificadas e foram numeradas por ordem crescente do ano de sua publicação (Apêndice C). Os dados foram analisados segundo agrupamento por temas e estatística descritiva, nos meses de junho e julho de 2009.

2.3 APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

2.3.1 Resultado dos artigos

Os resultados foram analisados e serão apresentados conforme os itens que compõem os tópicos autor, título, ano, objetivo, entre outros. Essa apresentação analisou os tópicos pelo proposto de Ganong, até método de análise. Os tópicos resultados, discussões, conclusões e trechos de destaque serão apresentados a seguir. Utilizou-se a nomenclatura (A) para artigos, (T) para teses e (D) para dissertações. Ainda em relação aos resultados dos estudos, trabalhos como Gesteira *et al.* (2007), Silveira *et al.* (2006) e Loro *et al.* (2002) foram consultados por utilizarem também a revisão integrativa e contribuirão quanto à organização da apresentação dos resultados.

Observa-se que 53,33% são **autores** brasileiros e 46,67%, estrangeiros, isso pelo fato de estudos brasileiros superarem em quantidade os artigos internacionais nesta revisão. Há raros estudos, como o A25, em que ocorre a parceria entre autores brasileiros e estrangeiros.

De acordo com os 60 **títulos**, os temas que mais se destacam são os que envolvem estudantes, professores e enfermeiros, somando 14 deles; seguido de experiência/estágios clínicos, com 11; e ensino teórico e prático de enfermagem psiquiátrica, com 9. Em 3, aparecem o saber essencial para consulta de enfermagem e em saúde mental; currículos, formação e pesquisa; fenômeno das drogas; educação em enfermagem psiquiátrica; competências e habilidades em saúde mental. Em 2, têm-se a relação terapêutica e cuidado de enfermagem; história de enfermagem e fenômeno das drogas. Em um deles, mostram-se temas como: estudos comparativos de educação de enfermagem psiquiátrica; reabilitação psicossocial; educação artística na formação em saúde mental e ensino do cuidado.

Em relação ao **ano** de publicação dos estudos, houve uma oscilação quanto à publicação deles. A maior produção ocorreu nos anos de 2002 e 2008, com 11 e 10 artigos respectivamente. A menor produção ficou nos anos de 2005 e 2009. Pode-se inferir uma média de 7 artigos por ano. Esses dados representam o número de publicações sobre a temática em estudo para o período de busca do pesquisador para esta revisão.

De maneira geral, foram identificados 11 (18,33%) estudos apresentando a **pergunta de pesquisa**, e 49 (81,66%) que não apresentam explicitamente a pergunta. No entanto, nos que contêm, as perguntas são claras, objetivas e pertinentes ao problema dos estudos expostos.

Todos os estudos apresentam os **objetivos gerais**, os quais refletem clareza e coerência em sua descrição, seguindo as introduções e problemas dos estudos. Alguns apresentam mais de um objetivo geral. Dos **objetivos específicos**, 14 (23,33%) estudos os utilizam para complementarem seus objetivos e especificar a pesquisa, os demais não referem ou não deixam especificados.

Em relação ao **referencial teórico**, cerca de 95% dos estudos estrangeiros não o descrevem, tendo em vista as formas diferenciadas de como estes são utilizados para esse contexto internacional. Percebe-se uma diversidade nos estudos brasileiros que citam o referencial teórico, enquanto, em alguns deles, há uma combinação de referenciais como, por exemplo, A1, A7 e A33. Contudo, os conceitos desses referenciais raramente surgem na apresentação dos resultados, da discussão e interpretação. Aproximadamente 44 (73,33%) estudos não expressam ou não deixam claro o referencial ao ponto de este pesquisador identificá-los. Dois estudos, A1 e A8, apresentam um embasamento teórico de seu objeto e utilizam múltiplos referenciais, de acordo com o momento da

pesquisa. Dos referenciais apresentados, destaca-se uma maior citação da Fenomenologia, seguido da Psicanálise. Outros referenciais são apontados, como o Materialismo Histórico.

Quanto à **abordagem metodológica**, 9 artigos não discriminam ou não deixam clara qual abordagem utilizam, destacando-se, como mais utilizada, a qualitativa, em 14 estudos, seguida de 8 em Ensaio/Reflexão teórica. Algumas abordagens foram descritas nos estudos, dentre estas, a abordagem quali e quantitativa. Nos estudos brasileiros, há um predomínio de abordagem qualitativa, enquanto nos artigos estrangeiros há uma expressão ora quali-quantitativa, ora quantitativa. Nos estudos que referem revisões de literatura, algumas vezes, apresentam-se incongruências quanto ao rigor e à argumentação que o tipo de revisão exige.

Segundo o **local** onde foram realizados os estudos, houve dúvidas, pois, em alguns ensaios teóricos, às vezes, o autor é de tal universidade, mas publica em um periódico de outro estado, confundindo o local da realização do estudo, como ocorre em A47. A maioria dos estudos (22) é produzida na região Sudeste do Brasil, sendo que na região Norte não aparece publicação. Dos estudos internacionais, 10 são da Austrália; 5 dos EUA; 2 da África do Sul e 2 da Inglaterra. Hong Kong, Finlândia, Escócia, Grécia, Havaí, Nova Zelândia, Reino Unido e Irlanda aparecem com um estudo em cada país.

Quanto aos **sujeitos**, há uma pluralidade, o que dificulta o agrupamento destes. A maioria dos estudos (12) se refere a estudantes de enfermagem cursando a disciplina/módulo de saúde mental. Em alguns trabalhos, os sujeitos são professores, outros são enfermeiros, também docentes e gestores, entre outras citações. Apareceram 22 estudos que não deixam claro seus sujeitos, ou ficam imperceptível para o pesquisador. Em parte, isso se deve à natureza dos estudos, pois alguns são Ensaios Teóricos.

Em relação à **amostra**, A1 refere que teve dificuldade de ser exato na amostragem, pois não havia um registro específico de professores de enfermagem psiquiátrica na Nigéria e Botsuana, no entanto registrou um total de 132 professores envolvidos. A maioria dos artigos não apresenta amostragem, devido à natureza metodológica do estudo. Nos estudos estrangeiros de origem quali-quantitativa, a amostra varia entre dezenas a centenas de sujeitos para os estudos, porém não detalha essa representatividade.

Quanto à **técnica de coleta de dados**, 15 estudos não apresentam ou não tornam claro, e 2 não especificam o método. Alguns estudos utilizam apenas uma técnica para a coleta de dados e outros juntam duas

ou mais técnicas, como a entrevista aprofundada e o diário de campo, entre outras. Os estudos estrangeiros utilizam mais ferramentas quantitativas para mensuração, tais como escalas; e recursos tecnológicos de informática, como páginas virtuais na internet. Os instrumentos utilizados, geralmente, são apresentados nos artigos. Nos estudos brasileiros, por serem, em sua maioria, de abordagem qualitativa, são mais citadas as técnicas de entrevista e os grupos focais.

Para o **período da coleta de dados**, 12 estudos nacionais e 3 artigos estrangeiros o descrevem, porém 75% dos estudos não clarificam, ou não ficou nítido para o pesquisador.

Quanto ao **método de análise**, 17 estudos não apresentam o método, ou não ficou claro para o pesquisador. Podem-se distribuir os métodos de análise quanto às abordagens dos estudos.

Há uma variedade de resultados quanto ao **método de análise** aproximada da abordagem qualitativa. A maioria dos estudos utiliza análise temática (6), seguida de análise de conteúdo e análise de discurso. Outros métodos são apresentados, como, dentre outros, a Análise de Codificação Straus e Corbin e Construção de Caso.

Os métodos de análise utilizados na abordagem quantitativa são diversificados e distintos, sendo a Análise Estatística e Escores do Sistema Sten os mais citados. Alguns estudos utilizam o *software* Pacote Estatístico para Ciências Sociais (SPSS) com versões diferentes.

Em relação a estudos quali-quantitativos, a maioria deles utiliza análise estatística para a parte quantitativa pelo pacote SPSS (versão 11.5), além de distintas versões desse pacote serem apontadas, e análise Chi-Square para dados nominais. Para a parte qualitativa, utilizam análise de conteúdo e temática.

Foram ausentes estudos brasileiros que utilizam métodos quantitativos ou quali-quantitativos. Os estudos estrangeiros, em sua grande parte (75%), utilizam métodos quali-quantitativos. Os artigos, quase unanimemente, não explicam ou não deixam visíveis como são utilizados, na prática, os métodos de análise utilizados para abordagem quantitativa.

O tópico sobre os **resultados dos estudos** revelou uma variedade de achados. A quantidade de mediações que envolvem o objeto desta revisão apresenta, entre outras: as diretrizes curriculares; a gestão do curso; o docente; o discente; os contextos que envolvem o processo de ensino-aprendizagem, desde conteúdos teóricos aos estágios clínicos; as concepções de cuidado de enfermagem; as competências, habilidades, atitudes e conhecimentos esperados de um recém-graduado em enfermagem em saúde mental.

Geralmente, nos estudos estrangeiros, apresenta-se um item sobre recomendações ou limitações do estudo, alertando para as variáveis que podem interferir nos resultados do estudo. Também é enfatizado que o estudo não busca generalizações sobre os achados e que estudos devem ser feitos nas distintas realidades.

2.3.2 Resultados das Teses

Foram catalogadas 9 teses. A seguir, relatam-se os resultados dessa análise.

Os **autores** das teses são quase todos brasileiros, percebendo-se que eles possuem experiência docente e envolvimento com a temática de estudo, segundo suas próprias descrições. De acordo com os **títulos**, os temas que mais se destacam são sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, seguidos de estudos que abordam a percepção de alunos e professores.

Em relação ao **ano**, há uma concentração de publicação entre os anos 2003 e 2005.

Sobre a **pergunta de pesquisa**, apenas dois estudos não a deixam explícita, ou ficou incompreensível para o pesquisador.

Os estudos, em sua unanimidade, descrevem seus **objetivos gerais e específicos** e possuem coerência com a pergunta de pesquisa e problema do estudo.

Quanto ao **referencial teórico**, apenas em um estudo, este não ficou claro para o pesquisador. Dois estudos utilizam a Fenomenologia e dois fazem uso de referenciais da educação, os demais fazem outros referenciais, como a Pedagogia das Competências e o Materialismo Histórico.

No quesito **abordagem metodológica**, a maioria dos estudos a descreve como qualitativa, descritiva e exploratória. Há um estudo que faz abordagem comparativa de corte transversal e outro de pesquisa histórica.

Quanto ao **local**, um estudo é realizado em Washington (EUA), mas sua pesquisa é sobre a América Latina (T9). Todos os outros são localizados e realizados no Brasil, em sua maioria na região Sudeste.

Em relação aos **sujeitos**, alguns estudos se voltam para professores e estudantes, outros se reportam a enfermeiros e um, a especialistas. Por tratarem de abordagem qualitativa, não utilizam **amostra**; expõem o número de sujeitos e os critérios de seleção, sem, no

entanto, aprofundarem a discussão sobre a representatividade desses, exceto T9.

Da **técnica de coleta de dados**, é unânime a utilização da técnica de entrevista, baseada em questionário. A análise documental é citada, porém sem clareza quanto a essa técnica. Observação e grupo focal também são utilizados.

O **período da coleta de dados** ficou mais explicado em 4 estudos e representava, em média, três meses.

O **método de análise** nos estudos é variado, alguns combinam ferramentas estatísticas de distribuição e frequência (T4 e T9) e os demais são de acordo com o referencial teórico e metodológico.

2.3.3 Resultado das Dissertações

Foram selecionadas 13 dissertações; no entanto, dois estudos não foram acessados por não terem sido localizados pelo serviço de comutação entre bibliotecas. Dessa forma, foram analisados 11 estudos.

Dos **autores**, todos são brasileiros e as experiências profissionais, de alguns, advêm a partir da docência; e de outros, da prática assistencial.

Em relação aos **títulos**, a maior parcela retrata estudos sobre prática assistencial, focalizando o cuidado, mas há também estudos que descrevem o ensino.

Referente ao **ano**, há uma média anual entre um e dois estudos produzidos, com exceção para 2005, em que não foi identificada produção.

Da **pergunta de pesquisa**, em 3 dissertações não aparecem claramente.

Sobre os **objetivos**, todos os estudos os referenciam e possuem relação com a questão de pesquisa; já, quanto aos **objetivos específicos**, em quatro estudos não são utilizados.

Em relação ao **referencial teórico**, apenas um estudo não o deixou claro, os demais são variados e o utilizam conforme seu objeto e desenho do estudo. 3 estudos utilizam referenciais da educação, principalmente baseado em Paulo Freire.

Segundo a **abordagem metodológica**, apenas um estudo é de cunho teórico, os demais são de abordagem qualitativa.

Conforme o **local**, os estudos são advindos da região Sudeste, em destaque, São Paulo e Rio de Janeiro. De outras regiões, há dois estudos,

um da Paraíba e outro do Paraná.

Os **sujeitos** variam entre professores, estudantes e enfermeiros, porém um estudo (D6) foi realizado com usuário de serviço de saúde mental, e outro (D11) englobou trabalhadores de diferentes profissões.

Embora os estudos sejam de abordagem qualitativa, um deles (D9) apresenta **amostra**.

As **técnicas de coletas de dados** apresentadas são quase totalmente entrevistas individuais e em grupo; um estudo utilizou a técnica de Estudo de Caso Clínico (D6) e outro, adaptação da análise sistemática a partir da metanálise (D7).

O registro do **período de coleta de dados** ficou claro para o pesquisador em 3 estudos.

Do **método de análise**, mais da metade dos estudos utilizam análise de conteúdo ou métodos na perspectiva do referencial teórico adotado.

2.4 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em linhas gerais, pode-se desenvolver um agrupamento temático dos artigos, das teses e dissertações com base nos itens dos tópicos resultados, discussões, conclusões e trechos narrativos de destaque. Contudo, uma das dificuldades de se agrupar por temas são estudos que abordam vários temas em suas discussões e, por isso, um estudo pode aparecer na apresentação de dois temas distintos.

Nesse sentido, foi realizado um agrupamento temático geral (Apêndice D), a análise e discussão específicas desta revisão integrativa.

2.4.1 Discussão dos Temas Específicos

Os temas específicos a seguir foram eleitos por estarem próximos do objeto de estudo e foram analisados com o objetivo de manter o rigor e a inferência da revisão integrativa.

Tema: **Implicação do Currículo para o ensino do cuidado de enfermagem psiquiátrica e saúde mental**

Ao se pensar a totalidade que envolve a relação currículo e

cuidado de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, pode-se partir do âmbito ideológico, das políticas públicas e do legislativo, desde que possuam interferências diretas sobre esse tema. Ressalta-se, porém, que processo decisório que compreende a constituição curricular para o ensino superior de enfermagem e, por sua vez, direciona o ensino do cuidado é particular de país para país.

Para representar essa ideia, utiliza-se Malvárez (2000), ao descrever, através de um mapa conceitual (Apêndice E), o contexto particular em que o ensino de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental possa estar inserido.

Assim, uma das fragilidades desta revisão integrativa em relação ao seu objeto é a relativização entre estudos oriundos de diferentes países. Os estudos internacionais se situam em contextos decisórios, políticas e de leis diferentes. De minha parte, há o compromisso ético em remeter estudos brasileiros para questões peculiares do território nacional. A análise busca ser ampla e converge para a experiência brasileira.

Atualmente, de acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 2003a, p. 120), no art. 200, ao Sistema Único de Saúde (SUS) compete, além de outras atribuições, nos termos da lei, em seu inciso III: “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”. Assim, cumpre à política da educação acompanhar a política da saúde, ou seja, pautar suas formulações no que é preconizado pelas políticas públicas de saúde.

Dessa forma, do ponto de vista da Educação, o ensino é pautado na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei nº 9.394/96 (BRASIL, 1996) que subsidia as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem. As DCNs são expressas sob a Resolução CNE/CES nº 3/2001 (BRASIL, 2001). Entretanto, para se estabelecer uma formação generalista, humanista e qualificada para o exercício profissional, o Ministério da Educação homologou a Resolução nº 4, de abril de 2009, (BRASIL, 2009c), que dispõe sobre a carga horária mínima e os procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação, entre eles a enfermagem. Portanto, a enfermagem brasileira possui um mínimo de 4.000 horas, para serem desenvolvidas em cinco anos de curso, e a construção curricular da enfermagem no Brasil é orientada, principalmente, pelas DCNs, como refere o estudo A11:

Novas diretrizes curriculares para o curso de enfermagem, aprovadas em 2001, propõem uma perspectiva mais humanista, crítica e criadora na

formação profissional, destacando no perfil do enfermeiro a capacidade para atuar como promotor da saúde integral do ser humano, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania.

As DCNs norteiam os Projetos Pedagógicos de Cursos (PPCs) e ambos orientam os currículos das escolas. Para Fernandes (2006), as DCNs trazem a possibilidade de direcionar o processo de formação do enfermeiro, orientando o planejamento acadêmico, priorizando conteúdos universais, articulando saúde e educação e flexibilizando os currículos. Para a autora, o currículo a partir das DCNs está fundamentado no humanismo, que significa a necessidade do desenvolvimento continuado de valores e atitudes no processo ensino-aprendizagem.

A construção e o planejamento do currículo se processam com a comunidade universitária. Considerado um momento singular, a participação dos acadêmicos na elaboração dos currículos é imprescindível.

Por se tratar de um momento de transição para os cursos de enfermagem, estes decidirão se a modalidade de currículo seguirá o integrado ou disciplinar. (A5).

A peculiaridade da experiência é a mobilização e participação efetiva dos docentes no processo de reestruturação curricular. Isto fez com que a integração da área de Saúde Mental/Enfermagem Psiquiátrica com as demais áreas do curso se fortalecesse. (A37).

Em se tratando de modelos de currículos, não há explicitamente um modelo padrão descrito nas DCNs. Percebe-se, nas entrelinhas das DCNs (Brasil, 2001), indicação de que o currículo possa ser de modelo integrado, pois o que se espera, conforme escritos de Fernandes (2006), é uma ruptura com abordagens tradicionais, nesse caso, uma ruptura com modelos de currículo disciplinares.

A modernização dos currículos e a renovação das ideias pedagógicas são necessárias para o fortalecimento da relação educativa. O

deslocamento do professor de sua rotina socialmente construída, passando de um estado de inércia diante das mudanças para uma prática pedagógica mais interativa e construtivista, é tarefa premente. Acreditamos que a formação do enfermeiro em saúde mental não pode ficar imóvel em contextos sociais em transformação. (A47).

Isso requer uma transformação a partir da modalidade de currículos, ponto em que parece haver uma preocupação:

Se nos currículos acadêmicos a parte de saúde mental ainda continua sendo abordada de forma dicotomizada, com certeza a reprodução na prática continuará a mesma. (A13).

De outro modo, alguns estudos reforçam a ideia de currículo integrado, bem como do conteúdo de saúde mental transversal, no decorrer do curso.

O currículo é integrado e fundamenta-se na Teoria Crítica da Educação e utiliza uma pedagogia problematizadora. A saúde mental é abordada ao longo do curso, nos 8 períodos de 9 deste curso de graduação em enfermagem. (A16).

A transversalidade de conteúdos no currículo de cursos de graduação em enfermagem se faz necessária quando se busca a integralização das ações no processo de cuidar. (A13).

A partir das Diretrizes Curriculares Nacionais, solicitou-se a construção de novos Projetos Pedagógicos. Com a reestruturação curricular, a disciplina de Enfermagem Psiquiátrica foi desmembrada em três (4º sem.- Saúde Mental I; 8º sem. - Enfermagem Psiquiátrica; e 9ª sem. - Saúde Mental II). (A37).

Nota-se que o processo de reestruturação curricular é envolvido por uma correlação de forças e que os docentes de enfermagem em

saúde mental têm de conhecer o processo em curso e participar do planejamento deste. A ordem do momento é aprofundar o debate sobre de que forma o currículo pode estar organizado para se obter um ensino de enfermagem em saúde mental dentro da integralidade. Eis o que o estudo citado a seguir refere:

Numa concepção ideal, ter-se-ia um currículo do tipo integração, de prática pedagógica com ações humanistas em que a realidade inclua todos os sujeitos que têm prioridade quando da organização curricular, estimulando o encontro de avaliações e adequações permanentes. (T4)

Vale destacar que a modalidade curricular interessa deveras para este estudo, pois será abordada nos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs) e, conseqüentemente, o conteúdo do cuidado de enfermagem em saúde mental poderá estar concentrado em alguma disciplina ou pulverizado no decorrer do curso, nas ementas e nos planos de ensino.

A discussão acerca das modalidades de currículo é histórica, complexa e profunda. Estudo de Silva (2008a) sobre o assunto relata que tanto o currículo disciplinar quanto o integrado possuem aspectos negativos e positivos, que precisam ser discutidos e analisados conforme suas conseqüências. Para a autora, é preciso questionar o currículo integrado como única possibilidade de construção da escola e, ao se fazer isso, estar-se-ia repetindo as fragilidades do modelo disciplinar. Caso a organização pedagógica na forma disciplinar tenha sido vista como autoritária, a defesa de uma outra modalidade como única saída poderia ser, da mesma forma, também autoritária.

Nesse ponto, está colocada, para as escolas de enfermagem, em seus PPCs, a partir das DCNs, a opção pela modalidade de currículo, mas com ênfase no currículo integrado.

Um dos componentes que formam o currículo são os conteúdos que envolvem o processo de ensino-aprendizagem. O conteúdo que envolve o ensino de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, nos PPCs e no currículo, forma um arcabouço teórico que complementa, também, essa atividade didática.

Pode-se entender, através das DCNs (BRASIL, 2001, p. 4), em seu art. 10, parágrafo segundo, que o “Currículo do Curso de Graduação em Enfermagem deve incluir aspectos complementares de perfil, habilidades, competências e conteúdos, de forma a considerar a inserção institucional do curso”.

Portanto, o conteúdo utilizado no ensino deve estar explícito nos currículos. Sendo assim, os conteúdos de saúde mental/enfermagem psiquiátrica e cuidado de enfermagem em saúde mental poderão constar no PPC. Nas DCNs, a referência aos conteúdos essenciais para o Curso de Graduação em Enfermagem está registrada no art. 6º, mas os conteúdos de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental não estão claros como o eram na organização em disciplinas dos currículos de enfermagem anteriores, nos anos de 1923, 1949, 1962, 1972 e 1994 (SANTOS *et al.*, 2006). O único tópico apontado em relação à saúde mental nas DCNs (BRASIL, 2001, p. 3), e que o estudo T5 também aponta, consta no art. 5º, inciso XXXII, “cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro”.

Nesse sentido, por um lado as escolas poderiam ensinar o autocuidado em saúde mental para os estudantes e, por outro, corre-se o risco de as escolas abordarem a temática da saúde mental de maneira ampla ou de não ministrarem conteúdos específicos sobre enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. A meu ver, isso dependerá do comprometimento do curso em relação à prevalência epidemiológica local, que depende da organização da gestão sanitária no que diz respeito à saúde mental, ou se há pesquisas científicas em relação à demanda de saúde mental local, como preconizado nas DCNs, no art.3º, inciso I.

Em relação ao conteúdo do cuidado de enfermagem, este aparece de uma forma geral nas DCNs (BRASIL, 2001, p. 4, art. 6º, inciso III, alínea b):

Assistência de Enfermagem: os conteúdos (teóricos e práticos) que compõem a assistência de Enfermagem em nível individual e coletivo prestada à criança, ao adolescente, ao adulto, à mulher e ao idoso, considerando os determinantes sócio-culturais, econômicos e ecológicos do processo saúde-doença, bem como os princípios éticos, legais e humanísticos inerentes ao **cuidado de Enfermagem**.

Como se pode perceber, o cuidado é inerente à assistência, embora haja discussão de que o cuidado seja mais amplo e portador de um significado mais abrangente.

Uma constatação que os estudos internacionais trouxeram para esta revisão refere-se à escassa discussão e pesquisa sobre os conteúdos

essenciais que devem amparar o currículo de enfermagem em relação à enfermagem psiquiátrica e de saúde mental (A6, A7, A38). Encontraram-se, ainda, estudos que, em suas pesquisas, não identificaram, em alguns currículos, conteúdos de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental (A35, T9). Por outro lado, o estudo A27 menciona que deveria haver conteúdos obrigatórios para o ensino de enfermagem psiquiátrica, enquanto o trabalho A31 aponta para a necessidade de se criarem fóruns de discussão sobre o tema. O estudo A6 revela que, nos EUA, o ensino de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental possui uma normativa que institui os Conteúdos Essenciais para a graduação de Enfermagem em relação à enfermagem psiquiátrica e de saúde mental. É unânime entre os estudos, principalmente da Austrália e Nova Zelândia, a proposta de que sejam construídas diretrizes nacionais para o ensino de enfermagem psiquiátrica, já que há uma tendência em diminuir a cada vez mais o número de docentes e profissionais para essa área.

De acordo com o Atlas de Enfermagem em Saúde Mental, do Conselho Internacional de Enfermagem (ICN, 2007), quase todos os países de rendimento elevado incluem formação de saúde mental na graduação em enfermagem. Contudo, há 19 países (principalmente no grupo de baixa renda) onde não existe educação de saúde mental em cursos de Graduação em Enfermagem.

Luis e Gray, que contribuem com as informações da enfermagem brasileira no Atlas do ICN (2007), afirmam que é significativo o número de escolas que não preparam os licenciados para praticar a enfermagem em saúde mental, pois fornecem pouca, quando há, especialização do conteúdo de enfermagem em saúde mental dentro de currículos de graduação, bem como pouca prática clínica de saúde mental. As autoras fazem o alerta de que isso requer atenção urgente por parte dos educadores enfermeiros e reguladores de enfermeiros, já que a própria epidemiologia dos transtornos mentais e o número significativo de enfermeiros exigem uma preparação em saúde mental a partir da graduação.

Assim, percebe-se que não há garantia de conteúdos de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental, logo a valorização do conteúdo do cuidado de enfermagem em saúde mental, a partir das DCNs, pode depender da visão de mundo do docente, da correlação de forças que revestem o processo de mudança curricular, do engajamento político dos docentes com os avanços da profissão em saúde mental e do compromisso com seu processo de trabalho em pesquisa, ensino e extensão.

Tema: **Cuidado de Saúde Mental no ensino e na prática**

É unânime, entre os estudos nacionais e internacionais, que o cuidado seja o objeto epistêmico da enfermagem. É pelo cuidado que a enfermagem busca avançar nas ciências e tecnologias e consolidar sua identidade no campo da saúde.

O cuidado citado nas DCNs (Brasil, 2001, p. 3) está referendado no art. 5º: “A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das seguintes competências e habilidades específicas.” Ele é, ainda, ressaltado nos seguintes incisos (do mesmo artigo), quando remete para as atribuições dos enfermeiros:

XVIII – intervir no processo de saúde-doença, responsabilizando-se pela qualidade da assistência/**cuidado** de enfermagem em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência;

[...]

XX – prestar **cuidados** de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas pelo indivíduo, pela família e pelos diferentes grupos da comunidade;

[...]

XXIX – utilizar os instrumentos que garantam a qualidade do **cuidado** de enfermagem e da assistência à saúde.

Como se pode perceber, a partir das DCNs, o cuidado de enfermagem é uma das competências e habilidades específicas a serem adotadas na formação do enfermeiro. Esse cuidado de enfermagem está proposto na perspectiva da integralidade, compatível com a demanda individual e coletiva, através da utilização de instrumentais que garantam a qualidade desse cuidado.

Com as DCNs, o cuidado deixa de ser o protagonista do desenvolvimento da profissão de enfermagem e entra no cenário a formação baseada em conhecimento, habilidade e competência.

Por causa desse impasse, a relação ensino e prática do cuidado de enfermagem vai perdendo sua potência, pois o cuidado, que é para ser discutido em primeiro plano na enfermagem, tornou-se segundo plano nas considerações das competências e habilidades das DCNs. Pereira

(2009) enfatiza que educar para a valorização do cuidado na saúde é, de alguma maneira, negar que as ações dos cuidados podem ser resolvidas somente por habilidades e competências, pois o cuidado exige uma perspectiva ética, política e o centro das discussões em saúde.

Portanto, a inclusão do cuidado em saúde mental no PPC dependerá do envolvimento, principalmente, dos docentes, como refere A21.

Na qualidade de docentes da EEUSP participamos durante anos do processo de reorientação curricular desta Escola, bem como da elaboração do projeto pedagógico no que diz respeito ao conteúdo específico das disciplinas de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental. (A21).

De todo modo, o cuidado em saúde mental que se inicia para o futuro enfermeiro no momento de graduação, para que seja abordado, depende da relação da gestão universitária, do curso de enfermagem e do docente com a realidade sanitária, além da capacitação pedagógica deste.

Do ponto de vista da prática do cuidado em saúde mental, este enfrenta alguns desafios que são comuns no mundo, como retrata A8:

Cuidados de saúde mental na Finlândia estão confrontados com os mesmos problemas de cuidados em saúde mental de todo o mundo: o número de pessoal é reduzido, enquanto o número de pacientes está a aumentar. É necessário mais tempo para entregar os melhores cuidados possíveis ao paciente e mais tempo também é necessário para cuidar adequadamente dos estudantes de enfermagem. A abordagem triangular na qual o estudante, o enfermeiro orientador e o professor de enfermagem trabalham juntos e discutem questões de forma reflexiva, no entanto, é considerada muito frutífera. (A8).

Neste estudo coloca-se a complexidade que envolve o cuidado de saúde mental na prática e que pode ser vista através da realidade sanitária local em relação ao número de recursos humanos e à epidemiologia, o contexto ensino-serviço, os desdobramentos que

envolvem o professor em relação ao acadêmico, ao usuário e ao enfermeiro de campo. Nesse sentido, parte-se do princípio de que tanto o ensino (gestão/professor/aluno) quanto a prática (gestão/enfermeiro/usuário) necessitam de articulação, para que se minimize o distanciamento entre a divisão social do trabalho e haja vínculo entre teoria e prática. Para isso, a característica do cuidado exposto nas DCNs é inerente a conhecimento, competência e habilidade, já no contexto da Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), o cuidado é um norteador das práticas em saúde.

No cenário atual, a PNSM está ancorada na tendência de reversão do modelo hospitalar, para uma ampliação significativa da rede extra-hospitalar, de base comunitária; no entendimento das questões de álcool e outras drogas como problema de saúde pública e como prioridade no atual governo; na ratificação das diretrizes do SUS, pela Lei Federal nº 10.216/01 e III Conferência Nacional de Saúde Mental. E tem como desafio manter um programa permanente de formação de recursos humanos para reforma psiquiátrica (BRASIL, 2009a).

Está-se diante de um contexto em que o cuidado exige complexidade. A partir do momento em que a PNSM exige formação técnica e teórica dos trabalhadores (BRASIL, 2005) e o ensino visa uma formação generalista, o cuidado insere-se numa disputa: generalista *versus* especialista. Interrogações se formam: o cuidado, que seria, em tese, o objeto primário da enfermagem, para o campo da saúde mental um bom profissional é aquele que sabe cuidar e, agora, não só o enfermeiro, mas a equipe, o que sobra então para o enfermeiro no campo da saúde mental? O que se ensinar para um futuro profissional que se deparará, obrigatoriamente, com a demanda de saúde mental onde quer que trabalhe?

Entende-se que o importante para o cuidado de enfermagem em saúde mental seja o “como” se cuida no campo da prática, já que todos os profissionais também cuidam. Tem-se, então, a integralidade, a interdisciplinaridade, a educação permanente e o campo da comunidade como constitutivos de um cuidado em saúde mental. Porém, quais as referências teóricas que sustentariam um cuidado em saúde mental no campo da PNSM? Quais as clínicas que sustentariam o cuidado de enfermagem nos serviços generalistas e especialistas?

De toda forma, a exigência das DCNs é de formação generalista e a da PNSM é de se manter uma coerência com a realidade sanitária e de que os gestores e profissionais que tendem a atuar no campo da saúde mental busquem formação adequada para o campo. No entanto, o estudo A37 alerta:

Embora a preparação de estudantes graduandos para o começo da prática na enfermagem de saúde mental seja frequentemente inadequada, a preparação de especialista num nível pós-graduado é muitas vezes pior.

Assim, o que se queria demonstrar sobre o cuidado em saúde mental, tanto no ensino quanto na prática, é que conteúdo, competência e habilidade, essenciais para uma formação generalista, devem ser discutidos durante o processo de formação, como aponta o artigo A37:

As habilidades requeridas para praticar a enfermagem psiquiátrica não são as mesmas requeridas na enfermagem geral. Entretanto, embora haja singularidade da enfermagem psiquiátrica, há algumas coisas em comum nos papéis da enfermagem psiquiátrica e da enfermagem geral. É questionável assim como o tempo do currículo genérico provê uma base suficiente na qual o estudo do graduado é construído. É argumentado que, possuindo a falta de compreensão do graduado, uma magra habilitação psiquiátrica, que tem por objetivo os cursos direcionados à pós-graduação, dirige essas deficiências de conhecimento essencial e habilidades. Um problema em clarificar as habilidades essenciais tem resultado em um problema para garantir uma apropriada preparação educacional.

Dessa forma, a constituição do cuidado em saúde mental a partir da perspectiva da integralidade e interdisciplinaridade, preconizada tanto pelas DCNs quanto pela PNSM, poderá ser definida pelo nível de complexidade que a formação de graduação orientar. O que está exigido como interface entre o campo da educação e a saúde é um cuidado de enfermagem em saúde mental generalista, logo um preparo para serviços de nível de atenção básica em saúde.

A formação voltada para determinado contexto reflete a complexidade que deve ter o conteúdo do cuidado de enfermagem em saúde mental, exigindo-se uma diferenciação no ensino dos conhecimentos, competências e habilidades. Esse tema é, igualmente, importante nesta pesquisa, pois se inscreve, a partir do PPC, a contradição entre o perfil do egresso idealizado e os caminhos para essa

concretização. Tal constatação pode ser vista nas bibliografias dos planos de ensino em relação ao cuidado em saúde mental.

Contudo, no que se refere ao cuidado em saúde do ponto de vista da integralidade, Pinheiro (2009) destaca três eixos de sentidos diferentes para o cuidado em saúde. No primeiro eixo, em documentos oficiais, como relatórios, programas e projetos, os sentidos são: designação de um nível de atenção do sistema de saúde, como um procedimento técnico específico, uma conduta assistencial simplificada. No segundo eixo, nos conhecimentos utilizados na política de saúde, os sentidos são pautados pelos conhecimentos da anatomia clínica, fisiopatologia e genética médica. Esses sentidos são utilizados amplamente em processos formativos dos profissionais de saúde. No terceiro eixo, a autora parte dos sentidos das rotinas institucionais, que se utilizam como denominações relativas a procedimentos técnico-profissionais e protocolos clínicos. Esses sentidos são adotados por agentes qualificados e legitimados socialmente, porém desconsideram aspectos como os sociais, históricos e culturais.

A autora (PINHEIRO, 2009, p. 26), ao longo do texto, defende a ideia do “cuidado como valor ético-político” e como uma atividade intrinsecamente humana, que tem, na integralidade em saúde, uma responsabilidade coletiva da qual os atores em saúde devem se apropriar.

Para Alves e Guljor (2004), o cuidado em saúde mental baseia-se em quatro premissas: a) liberdade em negação ao isolamento; b) integralidade em negação à seleção; c) enfrentamento do problema e do risco social em contraposição ao modelo nosológico; e d) investigação de cada situação dentro de sua singularidade e ter isso como objetivo já que propiciar a autonomia é possível. Afirmam os autores que a premissa de qualidade do cuidado em saúde mental é a incorporação permanente do papel de agenciador como negação do frequente encaminhamento. O agenciador tem como pressuposto a tomada de responsabilidade e atuar como mediador das relações do usuário com o mundo.

De qualquer forma, além do cuidado em saúde e saúde mental, encontraram-se estudos que realizaram sua proposta sobre cuidado de enfermagem em saúde mental e seus respectivos modelos teóricos, seja a partir dos trabalhadores de hospital psiquiátrico (D1 e D11), seja a partir do Centro de Atenção Psicossocial, na ótica da psicanálise (D6). Nos dois primeiros estudos, há uma referência ao relacionamento terapêutico e à comunicação terapêutica como base para o cuidado; enquanto no terceiro estudo há um destaque para o inconsciente, a transferência e o

sintoma. O que marca a diferença para o cuidado em saúde mental nesses estudos é o referencial teórico-filosófico.

O estudo D17 reflete a relação entre os conceitos de Hildegard Peplau e os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Essa coerência é vital para o ensino e a prática do cuidado em saúde mental pelos enfermeiros. Já o estudo T7 elabora um modelo teórico para a clínica de enfermagem psiquiátrica, baseado na empatia. Ele relata que o cuidado de enfermagem psiquiátrica é evidenciado por:

[...] escuta qualificada, tempo, esperança, prontidão para cuidar, cuidado *a posteriori*, secretariado da loucura e empatia. É uma tentativa de traduzir melhor a especificidade e a natureza da clínica da Enfermagem Psiquiátrica. (T7).

O estudo relata, ainda, pressupostos para uma clínica de enfermagem psiquiátrica.

Portanto, o cuidado de saúde mental no ensino e na prática dependerá de orientação teórica compatível com a PNSM, da articulação ensino-serviço e da construção teórica baseada numa clínica que vise à integralidade, à interdisciplinaridade, com educação permanente e na comunidade. O contexto e a realidade sanitária local, que se vislumbra no PPC para a formação do futuro enfermeiro, indicam a complexidade e os instrumentais teóricos necessários para o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental.

Tema: Estudos baseados na Percepção de Enfermeiros Psiquiátricos - Ensino e Habilidade

A justificativa de escolha deste tema se dá pela importância da visão de enfermeiros psiquiátricos em relação ao ensino de enfermagem em saúde mental. Essa percepção, condicionada ao tempo de atuação na área específica, do contato direto com a demanda em saúde mental, da articulação ensino-serviço, da experiência enquanto estudantes de graduação e pela preocupação com o ensino, fortalece a opção de entender o que esses trabalhadores pensam. Mesmo porque, as DCNs mencionam a necessária articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência em seu art. 9º.

Dessa forma, o estudo A38 investigou 15 enfermeiros psiquiátricos em serviços de saúde mental nos EUA, objetivando o preparo educacional para a prática de enfermagem psiquiátrica, e chegou

aos seguintes resultados:

1) **Importância das interações com paciente** - as enfermeiras comunicaram grande preocupação por não conseguirem identificar, desenvolver e implementar habilidades ensinadas na sala de aula; decepção, porque, como estudantes, eles não foram atribuídos a uma maior quantidade das responsabilidades para fornecer cuidados aos doentes, às vezes visualizando seu contato como 'formal e restritivo'; uma enfermeira citou 'o corpo docente de enfermagem pode conversar com você o quanto eles quiserem sobre livros didáticos, mas até você efetivamente vivê-lo, conhecer e falar com pessoas face a face leva tempo'; vários enfermeiros expressaram ter confiança interagindo em um cenário com pacientes que tinham variadas doenças psiquiátricas, no entanto, alguns atribuíram esta para experiência de vida e não para intervenções educacionais;

2) **Qualidade das atribuições clínicas para fins educacionais** - grande foco sobre comunicação terapêutica; devido à falta de contato dos pacientes, os modos de aprendizagem preferido das enfermeiras foram fazer de conta, gravações de processo e revisão de estudos de caso;

3) **Métodos de aprendizado:** áreas que requerem maior ênfase, a) Psicopatologia das doenças - mais ênfase deve ser colocada na compreensão da Psicopatologia básica das doenças mentais; promover a compreensão do que causa doenças dos pacientes e uma melhor maneira de promover a saúde e o tratamento foi visto como crítico. b) Respostas terapêuticas - discutir questões de pacientes com alunos poderia ser benéfico para atenuar o choque se confrontados com situações semelhantes na prática;

4) **Fronteiras profissionais** - dentro de enfermagem psiquiátrica, a utilização de competências terapêuticas é essencial. Compreender o objeto de trabalho de cada profissão, mas principalmente conhecer a

própria profissão e aprender a trabalhar em grupo;

5) **O valor de grupos de tratamento** – aprendizagem sobre grupos com pacientes é essencial para a prática;

6) **Os desafios da psicofarmacologia** – manter-se atualizado sobre os psicofármacos é essencial para a profissão, para a relação com os pacientes e com a equipe.

Esse estudo contribui para esta revisão, pois a visão apontada pelos enfermeiros confirma o que a maioria dos estudos brasileiros também referem sobre a ênfase em comunicação e relação terapêutica como, por exemplo, D4. Isso se deve, em parte, porque as primeiras sistematizações teóricas de enfermagem psiquiátrica no Brasil, e fora dele, dão-se com as teóricas de enfermagem psiquiátrica Peplau e Travelbee, a partir da década de 1950, focando seus estudos na relação interpessoal.

Em relação à metodologia de ensino, estudos brasileiros indicam o método da pedagogia problematizadora como um dos principais caminhos no ensino. Já, para os estudos internacionais, a pedagogia baseada em problemas (PBL) tem sido apontada como método de ensino.

Sobre os conteúdos a serem abordados, não há consenso nos estudos lidos a partir da percepção de enfermeiros, alguns apontam as psicopatologias, outros trabalhos abordam mais o holístico. Contudo, é unânime, entre os estudos internacionais, a ideia de que devam existir conteúdos obrigatórios e essenciais em relação à enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Os estudos que versam sobre os enfermeiros psiquiátricos relatam sobre a interdisciplinaridade; sobre a competência de se trabalhar em e com grupos; e sobre a necessidade de se manterem atualizados cientificamente com a profissão e o campo de trabalho. Todos os estudos relatam a importância da articulação ensino-serviço, o que é também valorizado tanto pelas DCNs quanto pela PNSM.

Fato observado durante esta revisão integrativa é que, atualmente, ao se abordar o ensino na enfermagem, necessariamente, terá de ser abordado conteúdo, competência e habilidade. A linguagem do conteúdo, da competência e da habilidade, a meu ver, parece universal. Mesmo assim, é ausente nos estudos brasileiros a discussão sobre as habilidades para a enfermagem no campo da saúde mental. Alguns

estudos internacionais abordam o tema, entre eles o estudo escocês A41, que investigou o tema dentro de sua pesquisa; e o estudo australiano A54, que discutiu o tema da habilidade de enfermagem em saúde mental profundamente. Para ambos os trabalhos é inexistente um conjunto claramente definido de habilidades necessárias para a aquisição da enfermagem em saúde mental a partir da graduação. Os dois estudos relatam que, para a constituição das habilidades, é necessária a parceria entre os docentes, os alunos e os enfermeiros do campo prático.

O A41 descreve uma análise ampla sobre a educação em enfermagem em saúde mental. Relata que as competências, os conhecimentos e as habilidades são inseparáveis, embora valorize habilidades de questionamento crítico, crescimento pessoal, confiança, comunicação e relacionamento, gestão e competências organizacionais, intervenções terapêuticas, avaliação de risco, trabalho em grupo e equipe como características para um preparo inicial em enfermagem em saúde mental. Indica, como formas de aprendizagem para a aquisição da educação em enfermagem em saúde mental, o estudo autodirigido; a frequência de dias de estudo no serviço; a participação em oficinas; assistir a palestras, demonstrações práticas; discussão com colegas; apresentação de reflexões próprias sobre a prática em conferências. O estudo não faz explicitamente a associação de como adquirir, na prática, a habilidade, ou seja, não descreve como se desenvolve a habilidade no processo ensino-aprendizagem; porém, tanto em A41 quanto em A54, o estágio clínico-prático é o momento mais propício para a aquisição das habilidades.

O estudo A54 refere que habilidade é a posse de conhecimentos, atitudes; é a capacidade para o desempenho de um determinado padrão. O estudo questiona se a mudança curricular prepara, de modo adequado, os formados para o trabalho no ambiente de saúde mental; se o tempo previsto é ou não suficiente para aquisição de experiências clínicas; e interroga sobre a qualidade e quantidade dos conteúdos de enfermagem em saúde mental na graduação. O estudo ainda coloca que a habilidade tem um papel central na diminuição da lacuna entre teoria e prática, tendo em vista que a maioria dos estudantes sai do ensino sem saber o que se espera que eles saibam sobre saúde mental.

Os autores do A54 comentam outro estudo em que os especialistas em enfermagem psiquiátrica ranquearam as habilidades necessárias para o desempenho na enfermagem em saúde mental, a saber: 1) aptidão para avaliar risco de suicídio; 2) estabelecer estratégias de intervenção de crises; 3) trabalhar em equipe; e 4) manter uma abordagem profissional. Para tanto, os autores do estudo A54, que investi-

garam oito enfermeiros de serviços de saúde mental de uma clínica regional na Austrália, surpreenderam-se com os sujeitos de sua pesquisa, por não relatarem o que outros estudos já haviam abordado, conforme o estudo citado anteriormente. Para A54, as habilidades esperadas de um recém-graduado em enfermagem para a saúde mental são:

Tema	Habilidade
Comunicação	1- Comunicar-se com alguém sofrendo com problemas de saúde mental
	2 – Desenvolver relacionamentos apropriados
	3- Avaliar e observar
	4 - Incluir pacientes e aqueles que os cuidam no processo
	5 – Trabalhar em grupo
Segurança	6 – Reconhecer e identificar causas para administrar comportamentos pouco seguros
	7 – Observar procedimentos legais
	8 – Manter proteção de agressão
	9 – Indicar maturidade profissional
Autoconhecimento	10 – Promover segurança no local de trabalho
	11 – Demonstrar visão pessoal
Tratamento	12 – Sentir-se apto ao desenvolvimento da prática
	13 – Estar seguro no tratamento dos clientes
	14 – Administrar a prática

Quadro 1: Habilidades esperadas de um recém-graduado em enfermagem para a saúde mental na percepção de A54.

O estudo discute todos os tópicos minuciosamente. Para os autores, um forte desejo para atuar como um enfermeiro em saúde mental foi visto como uma atitude necessária para os recém-graduados que trabalham no campo de saúde mental. A atitude e a paixão pela enfermagem em saúde mental são novos conceitos que não haviam sido identificados em pesquisas prévias. A pesquisa relatou, também, que são habilidades primordiais o planejamento, a sensibilidade em relação ao ser humano em sofrimento psíquico e o registro de enfermagem. Os enfermeiros entrevistados, do estudo A54, colocaram que discussões mais amplas, relacionadas entre currículo e habilidades essenciais para a enfermagem em saúde mental devem ser feitas.

No contexto brasileiro, as DCNs (BRASIL, 2001, p. 2), quando se referem à habilidade e à competência, estas são acompanhadas uma da outra, ou seja, habilidade e competência, quando citadas, são

abordadas num mesmo contexto, sem especificações mais explícitas.

O estudo T9, ao se utilizar de Perrenoud, faz distinção entre habilidade e competência, e afirma que: “quando uma pessoa faz o que deve ser feito sem sequer pensar, pois já o fez, não se fala mais em competências, mas sim em habilidades ou hábitos”.

Nas DCNs (BRASIL, 2001, p. 2), é ausente o conceito de habilidade, a qual aparece descrita juntamente com a competência, nos art. 4º, 5º, 6º, 10 e 15. Porém, quanto ao que se espera de um estudante sobre habilidades específicas, estão descritas no art. 4º, em seus incisos III e IV,

Art. 4º [...]

III - Comunicação: os profissionais de saúde devem ser acessíveis e devem manter a confidencialidade das informações a eles confiadas, na interação com outros profissionais de saúde e com o público em geral. A comunicação envolve comunicação verbal, não-verbal e **habilidades** de escrita e leitura; o domínio de, pelo menos, uma língua estrangeira e de tecnologias de comunicação e informação.

VI - Liderança: 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.

De certa forma, observa-se congruência das DCNs com os estudos estrangeiros, na medida em que elas referenciam habilidade à comunicação, ao registro, à gestão e à tomada de decisão. Percebe-se também que o cuidado de enfermagem não é registrado pelos estudos estrangeiros como uma habilidade esperada para os futuros enfermeiros, ao passo que, para as DCNs, o cuidado é uma das habilidades e competências esperadas do futuro enfermeiro.

Para Fernandes (2006), o desenvolvimento de habilidades passa pelo conhecimento explícito, através das disciplinas e de outras atividades curriculares formais, mas não se restringe a ele, requerendo o aprofundamento das discussões. Para a autora, a construção das habilidades necessita da parte implícita do conhecimento que se refere a

cidadãos capazes de responder a desafios colocados pela sociedade. Ainda, para a mesma autora, o desenvolvimento da habilidade depende da adoção de um referencial teórico-pedagógico, que sustente uma aprendizagem transformadora e adequada às demandas sociais.

Para o estudo T9, a habilidade requer repetição e tempo prático para seu aperfeiçoamento:

É possível afirmar que, na formação, em muitos momentos, esse processo de repetição de ações é essencial na aquisição da habilidade, como, por exemplo, no exame físico de enfermagem, que é uma das bases para o planejamento da assistência.

O conteúdo que aborde o cuidado de enfermagem em saúde mental poderá estar relacionado com diferentes habilidades de forma ampla e geral, mas, para esta tese, o importante será a habilidade que relacione diretamente o cuidado como, exemplarmente, planos de ensino, que deixem claro que a habilidade requerida para o cuidado de enfermagem em saúde mental exige comunicação. Afirma-se isso para se manter o rigor da busca e do objeto, já que esta revisão integrativa tem demonstrado que habilidade para o cuidado no campo de saúde mental ainda é incipiente.

Assim, nesta pesquisa, busco conhecer o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através de seu conteúdo, habilidade e competência, expostos ou não pelas escolas de enfermagem em seus PPCs e planos de ensino.

Tema: Competências Teóricas e Práticas

A linguagem da competência parece algo comum entre os estudos revisados. No entanto, os estudos referem escassez de produção teórica sobre a competência na enfermagem psiquiátrica e saúde mental, tanto para o ensino quanto para a prática. São raros os estudos que conceituam e problematizam o termo competência ou lhe atribuem um contexto histórico e teórico.

Em relação à universalização de termos como a *competência*, no Brasil, o estudo T9 fez análise crítica das DCNs, relatando que durante a consolidação desse documento houve tensão entre cenários externos e internos, nos quais o discurso da globalização intensificou princípios tidos como universais. Para a autora do estudo T9, isso significou um

caráter ideológico para a aceitação da mudança, tendo em vista que a intervenção da Rede Unida garantiu competências gerais para todos os cursos da saúde.

Nesse sentido, o mesmo estudo, T9, aponta que a adesão a conceitos e princípios não dependeu da vontade da categoria da enfermagem; foram determinações inspiradas em orientações internacionais, indicando um consenso universal sobre tais conceitos. É enfatizado que:

A introdução da noção de competência na enfermagem foi tomada como dado natural, categoria autoexplicativa e de consenso geral, o que, mais adiante, identificamos que não representava toda a realidade. Ainda hoje, não foi possível estabelecer uma interlocução efetiva sobre esta temática. (T9).

A autora do estudo T9 comenta que, para entender o termo competência mais a fundo, pois não estava claro nas DCNs, tanto seu conceito quanto seu referencial teórico, entrevistou as representantes da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) na comissão de especialistas, durante a discussão das DCNs. Relata, ainda, a autora que as enfermeiras entrevistadas afirmaram que Perrenoud era o referencial quando se falava de competência. Segue a autora de T9 (Rodrigues, 2005b, p. 151) a dizer que, para Perrenoud, competência “é a capacidade de agir eficazmente em um determinado tipo de situação, apoiada em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles”.

Para Fernandes (2006, p. 46), competências são “capacidades para utilizar os conhecimentos, integrá-los ou mobilizá-los, visando à resolução dos diversos problemas enfrentados no cotidiano. As competências também dizem respeito ao saber agir e transformar a prática”. Entende a autora, que a formação por competências desenvolve a utilização de múltiplos conhecimentos necessários para resolver problemas que surgem do cotidiano e que estão em constante transformação.

No estudo T9, as ideias de Perrenoud permitem inferir que a formação por competências consiste na valorização dos saberes advindos da experiência, da prática e de uma postura claramente condenadora da atuação da formação superior preocupada apenas com a transmissão do conhecimento.

Nessa linha, o estudo T8 aprofunda a discussão das competências

em saúde mental sob o referencial da pedagogia das competências, e entre os autores referenciados está Perrenoud. A proposição do estudo é que os professores, ao elaborarem os planos de ensino conforme os princípios da Reforma Psiquiátrica, não definem o referencial pedagógico que sustenta o processo ensino-aprendizagem. A autora revela que o ensino de enfermagem não vem formando para a competência, embora se ouçam discursos revestidos por esse vocábulo. Para tanto, entrevistou enfermeiros da prática e docentes que ensinam saúde mental e, como resultado, apresentou os saberes necessários para administrar uma situação complexa em saúde mental na prática da enfermagem dessa especialidade. A autora de T8 fez uma adaptação a partir da proposta de Lê Boterf sobre competências e elencou saberes gerais, como: saber agir e reagir com pertinência; saber combinar recursos e mobilizá-los em um contexto; saber transpor; saber aprender a aprender; e saber envolver-se. Dos saberes específicos necessários e relacionados ao cuidado, a autora de T8 sinaliza: “Saber transpor o cuidar do usuário do serviço de saúde mental ao projeto institucional.”

Isso pode significar que, para transpor o cuidado ao usuário, deve-se partir do que é preconizado pela instituição; do como a instituição concebe, em termos filosóficos, o cuidado; e de que forma esse cuidado está inserido e previsto no projeto ético e político da instituição, ou seja, não somente o cuidado, a demanda pura e simples, mas como a instituição assegura esse cuidado como princípio de valor.

Em suas páginas finais, o estudo T8 ainda sugere algumas diretrizes por competência para o ensino de enfermagem em saúde mental e disserta sobre 12 competências. Estas variam desde a integração docente assistencial até o investimento próprio e do meio na ruptura com o paradigma dominante.

Pode-se perceber que no estudo T8 e A60, sendo o segundo parte do primeiro, a autora enfatiza competências para o profissional enfermeiro e para o docente em saúde mental. E deixa claro que a escolha pelo referencial pedagógico e a relação ensino-serviço são essenciais, pois não há consenso sobre o que venha a ser competência nesse contexto e sua relação com o processo de Reforma Psiquiátrica.

Ao se pensar o termo *competência* como conceito articulador entre as Políticas de Educação e Saúde, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) e as DCNs, identifica-se que há citação sobre o termo, porém sem detalhes. Na PNSM não há referência para o termo *competência*, ou não é esperado competência para o campo da Reforma Psiquiátrica. Ao se refletir que o preparo de uma formação generalista é direcionado, principalmente, para serviços de atenção básica, na Política Nacional de

Atenção Básica (BRASIL, 2006) também não se preconiza competência, mas atribuições comuns e específicas aos profissionais.

Isso demonstra, em meu ponto de vista, que, para uma relação mais próxima entre teoria e prática, conceitos que são tidos como “chave” poderiam servir como integradores nos documentos que expressam as políticas, pois, se existissem “competências esperadas” em “todas” as políticas, poderia haver (ou não) linhas comuns entre o preconizado e o esperado. Do ponto de vista da educação, exige-se um ensino-aprendizagem baseado em competência, mas no contexto da saúde brasileira, ele é incipiente enquanto prerrogativa.

Para Pinheiro e Barros (2007), o cuidado em saúde é uma competência nuclear para estabelecer transformações efetivas no modelo de atenção e deve ser considerado como uma dimensão da integralidade, como diretriz do SUS, e estar presente tanto no ensino quanto na prática, para que a resolutividade àqueles que buscam os serviços de saúde possam ser mais efetivas.

Independentemente da relação do termo competência nas Políticas, quais seriam as competências para se aprender a cuidar em saúde mental durante o ensino de enfermagem? Essa resposta ainda está em construção, tendo em vista que os estudos revisados não abordam o tema especificamente. De qualquer forma, os estudos A7 e A16 relatam, em suas pesquisas, reflexões também sobre a competência, durante a graduação em enfermagem, para a saúde mental. Referem que tanto o contexto teórico quanto o prático, para o ensino das competências, são inseparáveis.

Para A7, o objetivo dos estágios clínicos é estimular o aluno a ser competente clínico na tentativa de otimizar resultados terapêuticos para os clientes. O mesmo estudo relata ser imprescindível um ensino por competência em saúde mental, por entender que ele possibilita ao aluno visualizar a prática da teoria.

Para o estudo A16, a aquisição da competência em saúde mental inicia-se no estudante de enfermagem com o docente: “Trata-se de ampliar a competência emocional dos alunos, sua capacidade de lidar com as próprias emoções e com as dos outros. Competências para o docente (iniciativa própria) e discente (iniciativa a partir do docente)”.

Ainda para o estudo, a partir do desenvolvimento da competência emocional, o aluno aprende que primeiro o próprio profissional tem que se auto-observar para depois atentar para o outro. Foi unânime entre estudos brasileiros e estrangeiros a indicação do autoconhecimento como abordagem fundamental no ensino de enfermagem psiquiátrica.

Cabe ao docente acompanhar a construção do

enfermeiro que está sendo gerado em cada estudante, através da aproximação com seu mundo subjetivo, pois isto ampliará sua capacidade de cuidador. As interrogações em relação ao outro fazem surgir questões em relação a si mesmo, portanto o ensino teórico não pode ocorrer separado da reflexão, do contato consigo mesmo, do desenvolvimento da sensibilidade. A aliança entre a competência emocional e a competência técnica é alcançada quando há uma aproximação entre o estudante com ele mesmo e com o cliente, seja através da escuta, do respeito e da empatia sobre o sofrimento do outro. (A16).

Desse ponto de vista, seria possível conciliar uma formação profissional e uma pessoal ofertadas pela universidade? Mas seria de competência da universidade essa formação pessoal, independentemente da condição de trabalho, do tempo dado para o ensino de enfermagem em saúde mental, do preparo do docente? De uma forma ou de outra, a meu ver, por mais que haja estudos e diretrizes, a visão de mundo do docente e sua relação com o estudante, baseada num compromisso ético, definem essa proposição. Assim, a flexibilidade colocada pelas DCNs permite a cada instituição decidir o caminho a ser oferecido. O que está proposto para o campo da saúde mental é que o autoconhecimento é básico para o cuidado nesse campo, seja generalista, seja especialista.

Por outro lado, o estudo A42 refere que há uma escassez de pesquisas sobre competências clínicas no ensino de graduação em enfermagem psiquiátrica, bem como de estudos sobre recursos educacionais de ensino do cuidado psiquiátrico e sobre conhecimentos essenciais e métodos de ensino clínico. Dessa forma, partiu da convicção de que o consenso sobre competências clínicas seria importante para a tomada de decisão em momento de reforma curricular nos EUA. Nesse sentido, o estudo explorou a percepção dos enfermeiros de saúde mental sobre competências clínicas para a graduação em enfermagem psiquiátrica e de saúde mental. Os autores propuseram oito competências clínicas constituídas a partir de suas experiências práticas na educação e na saúde e de uma ampla revisão de literatura em documentos oficiais e livros. Elaboraram um questionário com as oito competências e mais 190 itens adicionais. A amostra foi composta por 18 enfermeiros com experiência de três a 30 anos, no campo de saúde

mental.

Dos resultados, o estudo A42 elegeu por consenso as seguintes competências clínicas para a graduação de enfermagem em saúde mental:

1. Comunicação terapêutica: a primeira competência é efetivamente se comunicar terapêuticamente com vários pacientes psiquiátricos. Exemplos dos conhecimentos, habilidades e atitude de critério de itens referenciados são, respectivamente, teoria da comunicação terapêutica, uso da linguagem corporal aberta e não ameaçadora e ser receptivo.
2. Uso terapêutico do eu: a segunda competência é se envolver em interações terapêuticas enfermeiro-paciente em que o uso terapêutico do eu é a capacidade de usar da personalidade conscientemente e em plena consciência, com presença e intenção. Exemplos dos conhecimentos, habilidades e atitudes, itens referenciados de critério são, respectivamente, a teoria interpessoal da enfermagem, desenvolver conexões e não julgando.
3. Processo de enfermagem: a terceira competência é aplicar o processo de enfermagem através da avaliação, planejamento, execução e avaliação terapêutica e intervenções de cuidado para selecionados pacientes psiquiátricos. Exemplos dos conhecimentos, habilidades e atitudes e de itens de critério referenciados são, respectivamente, o processo de enfermagem, interpretar dados e ser responsável.
4. Segurança: a quarta competência é sistematicamente salvaguardar a segurança física e emocional dos pacientes, dele e de outros. Envolve direitos e deveres. Exemplos dos conhecimentos, habilidades e atitudes de itens de referência de critério são, respectivamente, crises de estresse contínuas; avaliar os riscos de suicídio, homicídio e quedas; sendo beneficente.
5. Aprendizado clínico: a quinta competência é participar ativamente em todas as experiências de aprendizagem clínica. Exemplos dos

conhecimentos, habilidades e atitudes de itens de critérios referenciados são, respectivamente, teoria de papel, demonstrar a atenção e estar interessado.

6. Diálogo: a sexta competência é diálogo aberto e claro, tanto oralmente quanto por escrito, com corpo docente clínico atribuído aos critérios de aprendizagem e quaisquer questões relacionadas com experiência de aprendizado e ensino clínico. Exemplos dos conhecimentos, habilidades e atitude de itens de critério referenciados são, respectivamente, comunicação assertiva de teoria, uso de mensagens 'eu' e ser honesto.

7. Orientação do corpo docente: a sétima competência envolve iniciar com o corpo docente a apresentação de perguntas e clarificações sobre questões de prática e desenvolvimento da competência clínica em enfermagem. Exemplos dos conhecimentos, habilidades e atitudes de itens de critérios referenciados são, respectivamente, autodivulgação, fazer perguntas sobre aprendizagem clínica, sendo respeitador.

8. Conduta profissional: a oitava competência é a conduta profissional, que é um comportamento que demonstra a aceitação e integração das responsabilidades pela prática profissional. Exemplos dos conhecimentos, habilidades e atitudes nos itens de critério referenciados, respectivamente, o código de ética da Associação Americana de Enfermagem, manter limites terapêuticos e ser autoconfiante.

Os autores de A42 relataram que o estudo fornece uma versão preliminar sobre o tema, tendo em vista tratar-se de um estudo com os inquiridos, os quais foram selecionados pelos pesquisadores. No entanto, os resultados demonstram que as competências clínicas de graduação em enfermagem psiquiátrica podem servir de base para mais diálogo e pesquisa.

De um modo geral, os estudos que abordam as competências expressam a pesquisa como primordial para o ensino baseado nesse conceito. Referem que há escasso investimento nessa temática, mas que

a tendência é de se explorar esse princípio, tendo em vista que ele tende a se tornar uma linguagem comum para o campo da saúde.

De qualquer forma, o cuidado de enfermagem em saúde mental pode ser apresentado nos planos de ensino como uma competência para o enfermeiro, daí a importância de se debater a competência enquanto princípio organizador dos currículos para as escolas de enfermagem.

Tema: Estratégia de Ensino para/na Prática

As estratégias de ensino para o cuidado de enfermagem em saúde mental configuram uma das partes do compromisso do docente com o desenvolvimento do tema. A ênfase neste tópico é devida à possibilidade de encontrar nos planos de ensino diferentes estratégias para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem em saúde mental.

Nessa direção, as estratégias pedagógicas são expressas como metodologias de ensino nas DCNs (Brasil, 2001, p. 6), de uma maneira geral, no art. 14, prevendo que a estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

Art. 14 [...]

V - a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender;

VI - a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber, o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer, que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro;

VII - o estímulo às dinâmicas de trabalho em grupos, por favorecerem a discussão coletiva e as relações interpessoais.

Do mesmo modo, alguns estudos abordam diferentes estratégias pedagógicas no ensino de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental e demonstram de certa forma, relação com os preceitos legislativos das DCNs. O estudo A40 (Austrália) relatou que:

Entre as estratégias sugeridas na literatura estão: a utilização de habilidades a partir da aprendizagem baseada em problema (PBL) com prioridade, em seguida, para abordagens

fundamentadas em provas sólidas; assegurar a prestação de estágios clínicos satisfatórios; estreitar vínculos entre universidades e áreas clínicas. Autores sugerem a necessidade de comunicação mais eficaz entre áreas clínicas e pessoal acadêmico; sugestões incluem a necessidade de acadêmicos visitarem e estarem familiarizados com o contexto clínico, e que acadêmicos e clínicos precisarão trabalhar colaborativamente para recrutar novos licenciados em enfermagem de saúde mental; oficinas de teatro objetivando a enfermagem em saúde mental; participação de usuários e trabalhadores da saúde mental em aulas teóricas.

O estudo ainda reflete que a presença de usuários no ensino de enfermagem em saúde mental fortalece o desenvolvimento de habilidades para o futuro enfermeiro.

Nesse sentido, os planos de ensino podem apresentar, em suas estratégias práticas, a participação de usuários, de outros profissionais, de familiares, em vista de que assim se inicia o preparo integrado e interdisciplinar, como preconizado pelas DCNs (Brasil, 2001, p. 6), especialmente em seu art. 14, inciso II: “as atividades teóricas e práticas presentes desde o início do curso, permeando toda a formação do Enfermeiro, de forma integrada e interdisciplinar”.

Estudos brasileiros também apontam para essa direção como, por exemplo, os estudos A56 e A57, que enfatizam formas alternativas ao ensino de enfermagem em saúde mental. O A56 aborda uma estratégia baseada na psicanálise de construção de caso clínico que envolve a equipe e o usuário; e o estudo A58 envolve a participação de outros profissionais, bem como a utilização de recursos informatizados. Aliás, alguns estudos estrangeiros também indicam a utilização de recursos virtuais como ferramentas para o ensino de enfermagem, os quais envolvem profissionais e usuários de serviços de saúde mental, como em A30 (EUA) e A58 (Inglaterra).

O estudo A59 (África do Sul) parte de um trabalho que utiliza a gravação em fita cassete durante a entrevista com os usuários em clínicas psiquiátricas, constrói o caso clínico e apresenta em sala de aula, no formato de seminário.

A meu ver, o estudo A3 (Hong Kong) relata uma estratégia próxima do que preconiza a PNSM, no que se refere à construção de

projetos terapêuticos singulares com os usuários (Brasil, 2005a), em que, ao invés de um ensino padrão, ensina-se conforme a demanda individual do aluno, respeitando seu tempo e sua necessidade. No mesmo estudo A3, os autores abordaram a estratégia de contratos de aprendizagem, assim definido: “Um contrato de aprendizagem é um acordo mútuo, por escrito, entre professores e alunos e afirma explicitamente o que um aprendiz irá fazer para alcançar resultados de aprendizagem específicos”.

Essa atividade, para A3, é construída a partir do estudante, para que este possa relacionar o que fora ensinado em sala de aula com o campo clínico. O contrato de aprendizagem possibilita ao estudante identificar necessidades de aprendizagem específicas em cada área clínica, já que, às vezes, não estão previstas no currículo.

Os autores de A3 entrevistaram estudantes e professores clínicos sobre os aspectos positivos e negativos da utilização dessa estratégia. Nos contratos de aprendizagem são pactuados os objetivos de aprendizado, recursos de aprendizagem e estratégias, evidência de sucesso e meios de validação de evidência. Os mesmos autores registram, no artigo, um exemplo de contrato de aprendizagem e concluem que essa forma de aprendizagem depende do estilo de aprendizagem dos estudantes e, se estes não veem sua responsabilidade no sentido de seu aprendizado, é difícil usar o contrato como um método de aprendizagem, especialmente porque os alunos estão acostumados a uma aprendizagem pedagógica.

Em relação ao sucesso dessa estratégia, deve-se verificar se a aprendizagem por contrato pode ser ou não integrada ao currículo como uma das estratégias de aprendizagem. O apoio dos educadores de enfermagem e coordenadores do programa deve ser desenvolvido para integrar o contrato de aprendizagem à estratégia do currículo do programa, como descrito em A3.

Vale destacar que o emprego de estratégias no ensino de enfermagem em saúde mental está preconizado pelas DCNs e cabe às escolas de enfermagem estabelecerem seus métodos pedagógicos visando a integralidade e interdisciplinaridade.

Tema: Experiências/Estágios Clínicos de Enfermagem em Saúde Mental

Estágios clínicos são obrigatórios durante a formação do enfermeiro no Brasil, conforme as DCNs (BRASIL, 2001, p. 4):

Art. 7º Na formação do Enfermeiro, além dos conteúdos teóricos e práticos desenvolvidos ao

longo de sua formação, ficam os **cursos obrigados** a incluir no currículo o **estágio supervisionado** em hospitais gerais e especializados, ambulatorios, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do Curso de Graduação em Enfermagem.

Para cumprir essa determinação, o planejamento para os estágios deve envolver o número de docentes e supervisores de campo, o local, carga horária destinada para a sua realização e a relação ensino-serviço, também preconizados pelas DCNs (BRASIL, 2001, p. 4):

Parágrafo Único. Na elaboração da programação e no processo de supervisão do aluno, em estágio curricular supervisionado, pelo professor, será assegurada efetiva participação dos enfermeiros do serviço de saúde onde se desenvolve o referido estágio. A carga horária mínima do estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% (vinte por cento) da carga horária total do Curso de Graduação em Enfermagem proposto, com base no Parecer/Resolução específico da Câmara de Educação Superior do Conselho Nacional de Educação.

Complementando, as DCNs recomendam um total de 20% sobre uma carga horária mínima de 4.000 horas, para ser desenvolvido em cinco anos, segundo consta na Resolução nº 4, de abril de 2009, (BRASIL, 2009c). Tem-se, desse modo, um total de 800 horas para estágios práticos, sendo que cada escola poderá planejar a carga horária de estágio para enfermagem em saúde mental e descrever conforme sua realidade através dos Projetos Pedagógicos dos Cursos, conforme DCNs (BRASIL, 2001, p. 5):

Art. 8º O projeto pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem deverá contemplar atividades complementares e as Instituições de Ensino Superior deverão criar mecanismos de aproveitamento de conhecimentos, adquiridos pelo estudante, através de estudos e práticas independentes, presenciais e/ou a distância, a

saber: **monitorias e estágios**; programas de iniciação científica; programas de extensão; estudos complementares e cursos realizados em outras áreas afins.

É através do PPC que os cursos indicam a carga horária e o local de estágios para a formação do enfermeiro. Sobre o local, a PNSM (BRASIL, 2009a) tem enfatizado um redirecionamento do cuidado em saúde mental inserido num contexto territorial através de serviços extra-hospitalares, como atenção básica, núcleos de apoio à saúde da família (NASF), residências terapêuticas, hospitais gerais, CAPS, entre outros. Assim sendo, os locais de estágio para o ensino de enfermagem em saúde mental podem estar coerentes com a PNSM desde que a realidade sanitária local ofereça condições para essa prática. Isso não significa negar o manicômio, pura e simplesmente, pensa-se que, caso a realidade em que determinada escola de enfermagem esteja instituída, o hospital psiquiátrico pode se tornar, ao menos, local de visita. O que se observa é que estágio no nosocômio, superior ao número de horas que poderia ser distribuído para outros campos, não tem sido uma orientação condizente com a PNSM, considerando que a formação deve ser orientada para serviços de base comunitária.

Isso se justifica, inclusive, porque, na revisão de literatura, é unânime, entre os estudos nacionais e estrangeiros, a afirmação de que estágios clínicos satisfatórios representam, para o aluno, um fator decisivo na escolha pela atuação profissional em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. Pode-se pensar que o contato do aluno com uma realidade ainda não vista, nesse caso o manicômio, pode minimizar ainda mais o desejo de ir para esse campo. Porém, o que pode também definir a escolha pelo campo de atuação, fora as políticas de saúde e educação, é o próprio mercado de trabalho, que, no Brasil, tem a Estratégia de Saúde da Família, no Sistema Único de Saúde, como a maior empregadora na área da saúde, conforme informação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2009).

De outro vértice, alguns estudos, como A20 (Brasil), relatam que a experiência extramuros é proveitosa para o aluno:

A oportunidade oferecida pelos serviços abertos, como NAPS/CAPS, como campo de estágio, é válida pela riqueza de experiências que oferece, tendo-se em vista que a pessoa com sintomatologia de doença mental apresenta comportamentos próprios de seu estado e

derivados dos tratamentos, mas continua integrado ao seu meio social, sendo por isto estimulado a ser partícipe do seu processo de recuperação.

O mesmo estudo relata que os serviços abertos não comportam um certo quantitativo de estudantes, dificultando estágios baseados nos princípios da Reforma Psiquiátrica.

O estudo E8 (Finlândia) relata que é preciso deixar claro para o estudante o objetivo do estágio, o qual, para os autores, seria formar profissionais de enfermagem competentes e capazes para atender as necessidades da vida de trabalho. O estudo ainda orienta que, para se construir a relação teoria e prática, esta deve ser formulada através da articulação entre docentes, discentes, enfermeiros, orientador e gerentes de enfermagem. Essa mesma informação é corroborada pelo estudo A23 (EUA), que relata as seguintes atividades em estágio:

Os estudantes de Graduação, junto com as supervisoras de Práticas Avançadas em Enfermagem Psiquiátrica, atuaram em: triagens identificando transtornos mentais, sessões de psicoeducação, promoção da saúde da mulher, habilidades em assertividade, montagem de equipe de liderança, educação para saúde mental.

Foram identificados oito estudos australianos que abordaram especificamente estágios clínicos de enfermagem em saúde mental. Todos eles, de maneira geral, descrevem que: o planejamento teórico e prático do estágio deva acontecer junto aos enfermeiros e demais envolvidos no processo; a relação entre docente e aluno é essencial, pois o aluno tem o docente como modelo de aprendizagem; quanto mais atitudes positivas o estágio trouxer para o acadêmico, mais aptidão ele terá para desenvolver atividades satisfatórias em saúde mental; o fator tempo para o acadêmico é determinante para seu desenvolvimento no estágio. (A7, A26, A43, A44, A50, A51, A52 e A53).

O estudo A51 (Austrália) abordou alguns fatores que podem influenciar os estudantes quando vão para o estágio clínico:

As atitudes de estudantes em relação à doença mental, à enfermagem em saúde mental e seu sentimento de preparação para a prática no

campo efetivamente podem influenciar a exposição clínica de forma satisfatória e valiosa. O impacto da teoria sobre atitudes e preparação, consequentemente, é digno de mais pesquisas. (A51).

O estudo A53 (Austrália) também reforça a opinião do A51 sobre a falta de estudos acerca do impacto da teoria nas atitudes de estudantes.

Observa-se, entretanto, que, para este estudo, importa o número de horas utilizadas para as realidades dos cursos de Graduação em Enfermagem, em que o hospital psiquiátrico continua a ser local de estágio, bem como o local em que o estágio em saúde mental é realizado. Esse destaque parte da orientação de Kantorski e Silva (2001), para quem seria uma contradição os estágios de enfermagem em saúde mental continuarem ocorrendo em hospitais psiquiátricos, já que há um direcionamento da PNSM para que os recursos humanos sejam formados nos serviços extra-hospitalares.

2.5 SÍNTESE

Ao retomar o método de condução da RI, chega-se à etapa da apresentação da revisão. (GANONG, 1987).

Para tanto, buscou-se, no decorrer do texto, revisar as produções científicas sobre o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental após a mudança curricular. E pôde-se constatar, nas revisões lidas e discutidas, que esse tema especificamente é quase ausente nas produções teóricas, tendo em vista que, nesta revisão integrativa, nenhum estudo o pesquisou enquanto tema principal de sua abordagem.

Através dos agrupamentos temáticos, foi possível estabelecer a relação entre o objeto da revisão e os estudos. Dessa relação, estabelecida a partir das DCNs, resultou a possibilidade de se traçar, em linhas gerais, o contexto que poderá se deparar nesta tese.

Os seguintes temas, emergidos do agrupamento temático, foram discutidos e analisados a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais: implicação curricular para o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental; cuidado de saúde mental no ensino e na prática; teoria e prática das competências e habilidades para o ensino de enfermagem em saúde mental; estratégia de ensino para/na prática; e estágios clínicos de

enfermagem em saúde mental.

Inferem-se, a partir da revisão integrativa, os seguintes aspectos para esta pesquisa:

- O conteúdo do cuidado de enfermagem em saúde mental no Currículo do Curso de Graduação, a partir das DCNs, poderá estar descrito no PPC, bem como nos Planos de Ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

- Conforme a modalidade de currículo instituído no PPC, o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental poderá estar diluído no decorrer do curso.

- O perfil do egresso, registrado no PPC, reflete o tipo de complexidade na qual o ensino do cuidado deve ser construído.

- Através dos Planos de Ensino, a bibliografia utilizada deve estar coerente com o perfil do egresso, seu contexto para atuação e o cuidado de enfermagem em saúde mental.

- Nos Planos de Ensino, a bibliografia também poderá referenciar literaturas que dissertem sobre a integralidade, interdisciplinaridade, educação permanente, o território, as Políticas de Estado para Educação e Saúde, e sobre a clínica para o campo de saúde mental, como possíveis constitutivos de um cuidado de enfermagem em saúde mental.

- No PPC e no Plano de Ensino, a competência e a habilidade poderão indicar o cuidado como conteúdo a ser desenvolvido.

- No PPC deverá estar descrita a metodologia pedagógica utilizada para o ensino do referido curso.

- No Plano de Ensino poderá constar, como estratégias de ensino, a utilização de grupos, bem como de participantes, além de estudantes e docentes.

- No PPC e no Plano de Ensino deverá constar o local de atividade teórico-prática e estágio, devendo ser este coerente com a Política Nacional de Saúde Mental.

3 REFERENCIAL TEÓRICO-FILOSÓFICO

A escolha pelo referencial teórico-filosófico se dá pela visão de mundo do pesquisador, que é permeado pelas ideologias⁷ presentes na sociedade.

Para romper com as ideologias no campo da saúde mental e da atenção psicossocial, que se configuram, principalmente, no modo de produção do conhecimento, a partir de doença mental pela racionalidade médica, o processo de Reforma Psiquiátrica (RP)⁸ tem-se caracterizado como uma ruptura em relação à psiquiatria tradicional. Isso ocorre especialmente, quando recusa a compreensão do sofrimento humano apenas como objeto puro e simples da doença mental. Assim, a RP visa colocar a complexidade do ser humano como princípio das discussões teórico-práticas.

O processo de RP, que fundamenta a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2009a), utiliza-se do Paradigma Psicossocial (PP) como uma das possibilidades de abordagem teórica para se visualizar a prática das intervenções. O PP analisa criticamente as relações entre dois modelos teórico-práticos para o campo da saúde mental - o modo asilar e o modo psicossocial, nas ações em saúde, a partir da existência humana em sua complexidade.

O Paradigma Psicossocial contém em suas bases epistemológicas o Paradigma da Complexidade de Morin, o Paradigma Emergente de Boaventura Santos e o Paradigma da Nova Aliança, de Prigogine e Stengers. Esses referenciais permitem ao PP um diálogo entre diferentes disciplinas para ampliar as estratégias de cuidado à demanda em saúde mental, com vistas a possibilitar um novo paradigma científico, ético e político (YASUI, 2006).

A origem do termo *psicossocial*, segundo Amarante (2007), remonta os anos 40 (século XX), quando os pacientes psiquiátricos

⁷ O conceito de ideologia para Gramsci é tudo o que está organizado no plano das ideias; é a explicação pela qual uma classe pode exercer hegemonia sobre as demais; ideologias são concepções de mundo que se constroem, desconstroem e manifesta na arte, no direito, na atividade econômica e em todas as manifestações da vida individual e coletiva. Ideologia também se relaciona com a capacidade de inspirar atitudes concretas para a ação. É o terreno sobre o qual os homens adquirem consciência de sua posição. O autor distingue quatro níveis de presença da ideologia: filosofia, religião, senso comum e folclore (GRAMSCI *et al.*, 2001, p. 183-187).

⁸ Aqui entendido como Processo Social Complexo que se articula nas dimensões epistemológico-conceituais, teórico-práticas, jurídico-políticas e socioculturais (AMARANTE, 2008a).

passaram a decidir sobre seus tratamentos. Amarante (2007) cita George Rosen para explicar que o vocábulo *psicossocial* surgiu a partir do livro *Psychosocial Medicine*, de James L. Halliday, em 1948.

Halliday (1948) afirma que o termo *psicossocial* surgiu da ideia de que as mudanças que ocorrem na sociedade interferem também no comportamento biológico, na saúde psicológica e social de uma comunidade.

Essa constatação de Halliday, de associar o social e o psicológico ao biológico, também se confirma em Costa-Rosa, Yasui e Luzio (2003), ao referirem que o termo *psicossocial* se origina de duas vertentes: a primeira aborda a transformação da prática médica na tentativa de integração da dimensão social presente na produção das enfermidades; a segunda vertente designa as experiências de reforma da psiquiatria, agregando ao seu objeto aspectos psíquicos e sociais.

Para Amarante (2008b), qualquer processo de formação em saúde mental deve se iniciar com a reflexão sobre o que é ciência; como o conhecimento é produzido por ela; como este se valida no campo; quais os limites dessa ciência; que possibilidade de abertura é dada para outros paradigmas. Deve, ainda, relacionar o saber e o poder com a hegemonia dominante, a economia e a história.

Assim, o enfermeiro, para enaltecer sua atitude crítico-prática, precisa romper com a ideologia psiquiátrica⁹, presente tanto no processo de ensino teórico-prático de graduação, quanto na prática do cuidado durante o exercício profissional em serviços de atenção básica. Além da ruptura epistemológica do saber, Yasui (2006) refere que a RP insere-se na Reforma Sanitária e que esta tem pautado um novo campo, o da saúde coletiva.

Para Paim e Almeida Filho (1998), a saúde coletiva, enquanto um

⁹ Basaglia (2005, p. 227-229) relata que “a realidade é própria de uma ideologia, pois não corresponde ao concreto. A ideologia é utilizada como instrumento de domínio. Assim, usar a ciência e a tecnologia sem levar em consideração a classe a que pertence o internado psiquiátrico e a evidente função do controle social por parte das instituições e de quem as gerencia deixa explícita a função política da ideologia psiquiátrica, que tem como finalidade primeira a tutela da ordem pública e não o tratamento. Pois, ao utilizar o positivismo como âncora para explicar de maneira racional e científica a condição da loucura, só pode dizer que é doença, a palavra *doença*, nada mais. É como ocupar lugar num saco vazio através de um sopro. Os serviços psiquiátricos permanecem inseridos na lógica científica e econômica de responder à doença mental com a segregação. A doença é incurável e incompreensível, seu sintoma é a periculosidade ou obscenidade, onde a resposta científica é o manicômio, onde a doença mental pode ser tutelada e controlada. A norma é representada pela eficiência e produtividade, quem não produz deve se encontrar num espaço que não atrapalhe o ritmo social. A ciência serve assim para confirmar a diversidade patológica que é instrumentalizada segundo as exigências da ordem pública, da economia e do controle social”.

campo científico aberto à incorporação de práticas inovadoras, tem a capacidade de possibilitar a articulação de novos paradigmas para abordar o objeto saúde-enfermidade-cuidado dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Nessa perspectiva, o PP, ao se colocar como um modelo teórico para a saúde mental e coletiva dentro do SUS apresenta-se como um referencial teórico-filosófico para o estudo do objeto desta pesquisa, qual seja: o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2001).

Por entender que o cuidado de enfermagem, enquanto objeto epistemológico dessa profissão, não deve apenas acompanhar as mudanças históricas, sociais, políticas, econômicas e epistêmicas, mas deve ser permanentemente analisado, refletido e problematizado, para ser propositivo, a utilização do PP se apresenta como oportunidade para se pensar a formação universitária do enfermeiro generalista, que também cuida da demanda em saúde mental, sob os princípios do SUS na atenção básica.

A compreensão mais ampla da complexidade do modo de atenção psicossocial¹⁰ exige incursões pelas teorias da análise política de instituições, da análise institucional, da constituição subjetiva e pela história dos principais movimentos institucionais internacionais no campo da saúde mental. Alguns desses movimentos influenciaram a Reforma Psiquiátrica brasileira, tais como: psiquiatria de setor e psicoterapia institucional (França); antipsiquiatria e comunidade terapêutica (Inglaterra); saúde mental comunitária (EUA) e psiquiatria democrática (Itália) (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003; COSTA-ROSA, 2000).

Os movimentos influenciadores citados, ao fazerem denúncias contundentes à instituição psiquiátrica, não reproduzem um consenso em suas práticas para superar o manicômio. Nessa linha, Costa-Rosa (2000) afirma que alguns conceitos são essenciais para a compreensão da diferença entre os modelos de atenção em saúde mental e possuem relação com a dialética e com a análise institucional: **a) Sobre a noção de Alternatividade como Contradição:** este conceito demonstra quando uma prática está dentro do paradigma asilar ou do paradigma

¹⁰ Atenção psicossocial é o estatuto de designação das práticas em saúde mental coletiva que se inscrevem como transição paradigmática da psiquiatria, conservando para o termo a função de designar práticas reformadoras em sentido amplo (COSTA-ROSA; YASUI; LUZIO, 2003, p.19).

psicossocial. O que marca essa contradição é o desenvolvimento de uma dada formação material e alternativa mistificadoras para manter determinada ideologia psiquiátrica; **b) Sobre a noção de Instituição:** é um conjunto de saberes e práticas articuladas por um discurso de tipo ideológico (lacunar), sendo que esse discurso procura ligar saberes e práticas contraditórias entre si; **c) Sobre a noção do conceito de Instituição como Intermediário Necessário:** visa considerar a instituição como intermediário necessário da relação dos trabalhadores de saúde mental e demais atores sociais com os usuários.

Para Costa-Rosa (2000), as instituições são organizadas segundo as características do Modo Capitalista de Produção (MCP) e imprimem a presença de um intermediário como sendo o dono dos meios de produção: instalações, recursos e a força de trabalho, pois é ele o remunerador direto dos serviços prestados (o Estado). A força de trabalho é uma organização complexa (um trabalho dividido) que tem suas raízes na divisão do trabalho e na divisão do saber em especialismos, compatível com o MCP. A meta do modo psicossocial é superar esse precipitado da psiquiatria e das especialidades. Contudo, qualquer que seja o projeto terapêutico que se efetive em termos ideológicos e teórico-técnicos, ele estará sensível aos modos estruturais e conjunturais de organização do dispositivo institucional em que é executado e inserido.

Costa-Rosa (2000) nomeia o conjunto das práticas promovidas pelo processo de Reforma Psiquiátrica como *Modo Psicossocial*, em um movimento dialético de contradição ao modelo psiquiátrico tradicional, que afirma ser o modelo dominante nas práticas de saúde mental. Sugere o autor que, para configurar a transformação do paradigma de atenção capaz de superar o modelo asilar, é imprescindível que a prática preencha algumas condições relativas a mudanças radicais em quatro âmbitos:

- **Concepção do objeto e dos meios de trabalho:** O modo psicossocial caracteriza-se pela transformação nas concepções do objeto e na participação e implicação do sujeito no tratamento, tendo como meio de trabalho a equipe interprofissional, que, por meio do intercâmbio entre seus saberes e práticas, supera radicalmente o modelo da linha de montagem (COSTA-ROSA, 2000). O objeto passa a ser a forma como o sujeito se posiciona sobre seus conflitos complexos expressos em sua (des)integralidade¹¹. As ações são direcionadas à

¹¹ Integralidade nesta tese é entendida segundo Paim (2008, p. 552) ao citar Giovanella. 1) integração entre ações e níveis de atenção em saúde. 2) abrange as dimensões biopsicossociais.

singularidade da pessoa em suas dimensões familiares e sociais. Os usuários e familiares têm direito à voz e à participação nas decisões de seus cuidados.

Os instrumentos de intervenção são projetos terapêuticos singulares, terapias psicológicas individuais e em grupo, oficinas terapêuticas e de geração e renda, a inclusão pelo trabalho, o lazer, atividades culturais, dispositivos como cooperativas sociais e associações de usuários e familiares que visam à cidadania e à participação em decisões políticas. Os serviços que expressam a rede substitutiva em saúde mental são: equipes de saúde mental na atenção básica, CAPS, Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), moradias para pessoas de longa permanência hospitalar (serviço residencial terapêutico – SRT), centros de convivência, ambulatórios, internação em hospital geral e em CAPS III. Esses serviços devem superar quantitativamente os recursos dos hospitais psiquiátricos e se organizarem numa lógica contrária a essas instituições.

Na construção do paradigma psicossocial em relação à concepção do objeto e dos meios de intervenção, a clínica ampliada é tida como conceito do paradigma psicossocial por estar envolvida pelas seguintes referências teóricas: psicanálise, esquizoanálise, materialismo histórico e dialético e desinstitucionalização italiana (COSTA-ROSA, 2000). A clínica ampliada do paradigma psicossocial é fundamental para o cuidado de enfermagem em saúde mental, no sentido de conceber a demanda com a consideração do aparelho psíquico e dos fenômenos do inconsciente, da condição psicótica particular e suas implicações éticas para o cuidado, pois, para Vasconcelos (2008), esse cuidado poderá ser a expressão da produção de subjetividades, de ser pessoa e estar no mundo.

- **Concepções das formas da organização institucional:** organização verticalizada e um fluxo de poder em sentido do ápice para a base do Modo Asilar sinalizam o modo como os fluxos das práticas terapêuticas chegam aos usuários. O Modo Psicossocial se caracteriza por uma organização institucional dos dispositivos de trabalho horizontal e descentralizado, no qual a participação político-institucional prevista pelo SUS é estimulada. A autogestão e a interprofissionalidade são metas radicais. É retomada a crítica à divisão social do trabalho,

3) garantia de continuidade da atenção nos níveis de complexidade e serviços de saúde. 4) articulação de políticas públicas que incidam sobre condicionantes e determinantes de saúde e de riscos de adocimento mediante ações intersetoriais. É um conceito polissêmico que busca a abordagem integral do indivíduo e das famílias.

fragmentação expressa na organização do trabalho, que, inclusive, repercute na fragmentação também do usuário. A assembleia geral dos serviços que envolvem trabalhador, usuário, familiar e a comunidade em geral é uma das ferramentas de organização institucional, bem como o controle social realizado pelas associações de usuários nos serviços e fora deles.

- **Formas do relacionamento com a clientela:** enquanto o Modo Asilar se caracteriza pela separação entre doentes e sãos, com a instituição cumprindo uma função de depositária que interdita o diálogo e de local especializado para casos graves; no Modo Psicossocial propõe-se que a instituição, por meio de seus agentes, adquira o caráter de espaço de interlocução e como agenciadora de subjetividades. Considerando a dimensão de suas ações no âmbito da saúde coletiva, a instituição deve funcionar como ponto de fala e escuta da população. O relacionamento com a clientela é dentro da perspectiva da integralidade em relação ao território e ao projeto terapêutico singular.

- **Concepção da finalidade em termos terapêuticos e éticos:** no Modo Asilar se observa uma hipertrofia nos métodos de tratamento, como a cronificação asilar, decorrente de um entendimento do tratamento centrado na supressão ou no tamponamento dos sintomas. O Modo Psicossocial propõe o reposicionamento subjetivo, levando-se em conta a dimensão coletiva e sociocultural. É pensado numa ética da singularização. A implicação subjetiva e socio-cultural são metas radicais quanto à ética das práticas no Modo Psicossocial. Trata-se da recuperação do poder de contratualidade social, cidadania, até a implicação subjetiva. Reconhece-se a saúde e a saúde mental como direito e direito de o ser humano ser diferente (equidade).

Para Oliveira (2006), Aranha *et al.* (2005) e Oliveira e Alessi (2005), a finalidade do processo de trabalho psicossocial é a cidadania, a autonomia enquanto busca de liberdade e emancipação. Essa busca, que se faz autônoma em responder à necessidade de saúde mental de uma determinada população, gera produtos de saúde mental para essa população determinada. O trabalho opera nos macro e micromodelos assistenciais, faz e refaz projetos de vida individuais e coletivos.

Por outro lado, no paradigma psicossocial, a cidadania não significa prevenção em saúde mental e tratamento psíquico em saúde coletiva, mesmo sob qualquer definição em que se tome esta última. O importante é especificar quais são as condições das próprias práticas em saúde mental, capazes de criar os meios de exercício de cidadania na relação das instituições e dos trabalhadores com os usuários e com a população. Mostrar, ao mesmo tempo, que essas condições estão em

sintonia com a ética, a cidadania e a produção de subjetividades singularizadas (COSTA-ROSA; LUZIO; YASUI, 2001).

Esses quatro parâmetros descritos acima permitem afirmar que uma instituição orienta-se pelo Modelo Asilar ou pelo Modelo Psicossocial; pois, qualquer mudança que se pretenda realizar poderá ser anulada pela tendência dominante. As iniciativas no campo da saúde mental devem ter articuladas numa base epistemológica, política, ética e cultural de orientação psicossocial ou sobreviverá como um apêndice do modo asilar. Para Oliveira e Marcon (2006), a forma como o profissional se posiciona frente a esses dois modelos reflete a execução de sua prática.

Destarte, a sintonia entre Reforma Psiquiátrica, Modo Psicossocial e Saúde Coletiva buscam a radical transformação nos movimentos que se propõe, porém em contínuo processo e sempre inacabado, pois depende da implicação dos atores compromissados com a dignidade e o inconformismo com o reducionismo da vida humana, o que pressupõe, também aos enfermeiros, uma responsabilidade ética e política para além das produções técnicas.

3.1 A ESTRATÉGIA DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL COMO MODELO DE ANÁLISE DO CUIDADO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL NO ENSINO DE GRADUAÇÃO

O cuidado é a prerrogativa do trabalho cotidiano e a dimensão do encontro efetivo da vida humana no PP, para os profissionais que produzem e consomem a atitude de cuidar. Yasui (2006) relata que o cuidado é uma produção de atos, que pode ser sustentado por encontros agradáveis que potencializam a vida. O cuidado deve nortear-se pela justa medida de uma ética solidária, deve ser planejado e realizado num território, com responsabilidade, na ótica do acolhimento, através de projetos de cuidados e articulado em rede.

Nesse sentido, na tentativa de expandir as ações concretas de atenção e cuidado, o PP busca se inserir e articular na atenção básica, para aumentar o compromisso com a saúde coletiva (COSTA-ROSA e YASUI, 2009). Os autores propõem, assim como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), uma lógica capaz de transcender os Centros de Atenção Psicossocial como dispositivos isolados e articular a rede de atenção e cuidado. A EAPS pautava a “Atenção Psicossocial na territorialidade, na integralidade, no

princípio da participação popular e dos trabalhadores no planejamento, gestão e controle dos dispositivos e ações em saúde” (COSTA-ROSA; YASUI, 2009, p. 125).

Para Yasui e Costa-Rosa (2008), a EAPS, ao se materializar na produção da atenção e do cuidado através do matriciamento na atenção básica, exercitada em alguns municípios, conforme a Portaria nº 154/08 (Brasil, 2008), poderá dar outro significado para as instituições de saúde mental e aos profissionais que participam dessa estratégia de atenção. Para tanto, as EAPS e ESF são inseparáveis parceiras no processo para avançar a reforma psiquiátrica no SUS, ademais a ESF deverá ser sempre a referência maior da EAPS. No entanto, alertam os autores que a mudança de paradigma não é exclusiva da saúde mental, esta se inclui nas transformações práticas da construção do SUS, no contexto da Reforma Sanitária.

Entretanto, ao se pensar a formação acadêmica dos profissionais de saúde e enfermagem, nota-se que ela continua tendo um currículo organizado por disciplinas em especialidades. A falta de integração entre elas pode levar os futuros profissionais a uma prática fragmentada específica, como no modo manicomial. Ao se defrontar com a realidade da implantação da mudança do modelo de atenção em saúde, o profissional pode iniciar uma contradição paradigmática, pois não está apto a lidar com situações cotidianas em que usuários demandem ações de saúde mental nos serviços básicos de saúde. Isso pode levar a uma prática de encaminhamento a profissionais especialistas sem o mínimo de acolhimento.

Yasui e Costa-Rosa (2008) salientam que a formação em ação talvez seja uma das formas capazes de contrapor uma formação universitária fragmentada que se referencia mais pelas ideologias dos interesses sociais dominantes e menos pela exigência ética da Atenção Psicossocial. Assim, tanto o projeto pedagógico do curso quanto o plano de ensino exigem do docente de enfermagem em saúde mental uma reconfiguração do processo de cuidar em saúde mental na perspectiva do Paradigma Psicossocial e dos princípios do SUS para serviços de atenção básica, com vistas à formação do enfermeiro generalista.

Oliveira (2008) comenta que o profissional está submetido a currículos que marginalizam a saúde mental, a partir do momento em que se enfatiza a psicopatologia, os procedimentos clínicos em ambulatoriais e consultórios, pois, ao promover a medicalização da vida, o currículo contribui com a conduta cultural de transformar condições socioculturais em problemas médicos. Para o autor, ainda há o currículo oculto que fomenta a tutela e o poder assimétrico nas relações usuário-

profissional.

De acordo com Oliveira (2008), as ideias que se cristalizaram no campo da psiquiatria ainda estruturaram uma parte significativa dos pensamentos dos profissionais no momento da formação acadêmica. A superação dessa situação é um desafio para o processo de RP. O autor apresenta as vertentes fundamentais na formação em saúde mental e aponta que a concepção do conceito de saúde mental reflete na manutenção, promoção e reabilitação, tanto no ensino quanto na prática profissional.

Pereira (2009) afirma que a formação dos profissionais para a área da saúde apresenta a hegemonia de currículos regidos pela razão instrumental e reforçados no ideário tecnicista da educação. Sublinha que não ocorre a preparação das qualidades sensíveis dos formandos para o cuidado. Para a autora, isso é problemático porque causa um embrutecimento desse profissional para escapar ao sofrimento que o semelhante pode ofertar.

Essa discussão do cuidado no currículo, também da enfermagem, é o que se coloca nesta tese. Portanto, o debate dos currículos de graduação em enfermagem, que visa o preparo do profissional para serviços básicos de saúde, como uma forma de avançar os princípios do SUS, encontra, na articulação entre a EAPS (PP) e os Projetos Pedagógicos de Cursos (PPC) e Planos de Ensino (PE), a possibilidade de se investigar como a educação em enfermagem pensa e materializa o cuidado na saúde mental.

Do mesmo modo que Costa-Rosa e Yasui (2009) utilizaram o conceito de contradição do materialismo como pano de fundo para demonstrar que dois modelos, manicomial e psicossocial, não se complementam, mas se negam entre si, utiliza-se esse conceito para examinar em que modelo o cuidado de enfermagem está sendo ensinado nos cursos de graduação.

Nesta tese ainda, a contradição irá demonstrar os elementos contrários, nos processos de transformações curriculares dos cursos de graduação em enfermagem, opostos em relação ao cuidado de enfermagem em saúde mental, isto é, tanto as mudanças curriculares como o cuidado de enfermagem não podem existir um sem o outro, apesar de possuírem algum aspecto importante ou essencial que o outro não possui. Portanto, os opostos estão em interação permanente, já que a contradição é a fonte autêntica do movimento e da transformação dos fenômenos (ALTHUSSER, 2001).

Nesse raciocínio, entende-se que o momento, enquanto mediação¹² do planejamento e da concretização do PPC e do PE, é tido como momentos de embates políticos e sociais, porque, no mesmo instante que serve de arena de disputas de discursos, também se constitui momento de decisão ética e política sobre os rumos da educação que se queira fomentar.

Isso significa dizer que, entre a enfermagem e as políticas de formação, as mediações são materializadas em documentos como as DCNs (BRASIL, 2001), os PPCs, que expressam os currículos dos cursos de graduação em enfermagem, e os planos de ensino. Parte-se, ainda, do entendimento de que esses documentos são produtos históricos, sociais e políticos de realidades que estão subordinadas a exigências de um determinado conjunto de relações sociais e econômicas.

Em relação ao ensino do **cuidado de enfermagem em saúde mental**, que pode se apresentar no PPC e PE, este deve ser um conteúdo essencial para se pensar a formação do enfermeiro, mantendo por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício de competências e habilidades.

O conteúdo do cuidado de enfermagem em saúde mental como essencial para o Curso de Graduação em Enfermagem relaciona e integra ainda mais o processo saúde-doença-cuidado do sujeito, da família, da comunidade, aliado à realidade epidemiológica, sanitária e profissional, de forma a proporcionar a integralidade e interdisciplinaridade das ações do cuidar em enfermagem e em saúde.

De todo modo, de acordo com Oliveira e Marcon (2006), a assistência de enfermagem em saúde mental requer métodos e sistematização, baseados no Paradigma Psicossocial, que incluam avaliação física e mental, socialmente referenciada, e que dialoguem com outros saberes e fazeres (interdisciplinaridade). Deve amparar seu trabalho em equipe e participação na elaboração e avaliação de projetos terapêuticos dos sujeitos envolvidos. O cuidado, como resultado do trabalho de enfermagem na atenção psicossocial, não pode negligenciar o corpo e, nesse sentido, o cuidado de enfermagem é característico como o de todos os serviços de saúde. O cuidado de enfermagem na atenção psicossocial envolve a implicação subjetiva e sociocultural do

¹² O conceito de mediação, advindo do materialismo, é uma categoria central da dialética e se refere ao estabelecimento de conexões por meio de algum intermediário (LÊNIN, 2001). Mediações são campos e instâncias sociais e históricas do encontro entre dois polos de uma contradição e onde os conflitos se desdobram em suas particularidades.

enfermeiro, atitude permanente de pesquisa e atualização, ampliação de espaços de participação e um investimento no processo de autoconhecimento.

4 MÉTODO

4.1 ABORDAGEM E TIPO DE ESTUDO

Este estudo buscou analisar o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através dos conteúdos expostos nos Projetos Pedagógicos dos Cursos e Planos de Ensino nos cursos de Graduação em Enfermagem. Para tanto, optou-se pela abordagem de pesquisa qualitativa, do tipo descritiva e exploratória.

A escolha por essa abordagem se deu pela possibilidade de relacionar o processo que envolve as mudanças curriculares nos cursos de Graduação em Enfermagem, em Santa Catarina, com as políticas de saúde e educação. Entendeu-se que a análise desse contexto apreende a realidade como contraditória e em permanente transformação, o que possibilitou refletir as práticas de ensino dominantes, em articulação com as mudanças constantes sobre o cuidado de enfermagem em saúde mental.

A abordagem qualitativa permite a construção de novos conceitos e categorias durante a investigação e compreende o aspecto particular do objeto, com explicações históricas e sociais que o envolvem. Para Denzin & Lincoln (2006), a pesquisa qualitativa, enquanto conjunto de práticas materiais possibilita a interpretação que dá visibilidade ao mundo a ser pesquisado.

Souza (2002) refere que a abordagem qualitativa emprega uma série de estratégias e técnicas que permitem gerar dados adequados para estudar um fenômeno com o propósito de não somente identificar e explicar os fatos da realidade, mas, também, interpretá-los à luz da compreensão do investigado.

O tipo de estudo desta pesquisa se configurou como descritivo e exploratório. Descritivo porque permitiu ao pesquisador descrever o conhecimento sobre a realidade histórica e social do contexto onde se situa o objeto. O estudo descritivo possibilitou explorar dimensões de um objeto, na forma como se apresenta, para ampliar o entendimento de sua característica. E o estudo de tipo exploratório compreendeu uma fase também inerente à abordagem qualitativa, pois envolveu etapas que foram desde o planejamento da pesquisa até a entrada em campo. Destarte, explorar documentos oficiais, como Projetos Pedagógicos dos Cursos e Planos de Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e/ou em Saúde Mental, precedeu a pesquisa com os docentes da área específica, e a

organização dos dados para a pesquisa (MINAYO, 2007).

Obtenção dos dados

Na medida em que o Ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental é um objeto complexo, foi necessário o uso de duas técnicas para apreensão de suas diversas expressões ou sentidos, conforme expostas no modelo metodológico que se segue.

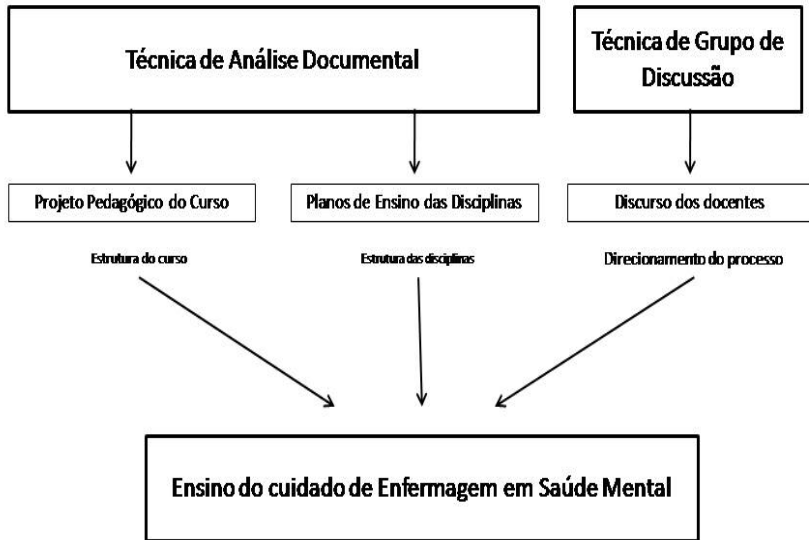


Figura 1: Técnicas de coleta de dados utilizadas na presente pesquisa

De acordo com Gil (2002), a análise documental vale-se de materiais que não receberam um tratamento analítico ou, ainda, que podem ser reelaborados de acordo com os objetos de pesquisa. O delineamento da pesquisa documental depende da natureza dos documentos ou dos procedimentos adotados na interpretação dos dados. Para o autor, as seguintes fases auxiliam a pesquisa documental: a) determinação dos objetivos; b) elaboração do plano de trabalho; c) identificação das fontes; d) localização das fontes e obtenção do material; e) tratamento dos dados; f) confecção das fichas; g) construção lógica e redação do trabalho.

A confecção das fichas e da redação do trabalho, segundo Gil (2002), é um procedimento utilizado frequentemente nas pesquisas documentais e contribui para o rigor científico deste.

O Grupo de Discussão é outra técnica de pesquisa utilizada nesta tese, para cujo desenvolvimento foram convidados os docentes de enfermagem psiquiátrica e/ou em saúde mental dos cursos de Graduação de Enfermagem, na qualidade de informantes em potencial. Na impossibilidade de trabalhar com o universo total de docentes, optou-se por trabalhar com professores dos cursos mais antigos do estado de Santa Catarina. A escolha pelos docentes dos cursos mais antigos considerou o histórico das reformulações curriculares dos cursos anteriores as DCNs e a possível comparação a partir desta, sendo que a abertura da maioria dos cursos de enfermagem em Santa Catarina se dá após essas diretrizes. Considerou, também, que os cursos mais antigos possuem um processo de análise crítica e de avaliações mais consolidadas com as mudanças curriculares ao longo do tempo. Essa opção pelos docentes dos cursos mais antigos foi sugerida durante o exame de qualificação desta tese quando, em conjunto com os membros da banca, se verificou que seria impossível trabalhar com os docentes de todos os cursos do Estado, devido, principalmente, aos limites temporais da pesquisa.

A partir da relação entre os sujeitos de pesquisa com o pesquisador, o Grupo de Discussão possibilita a construção de conteúdos, constituindo-se numa técnica que permite conhecer o objeto de pesquisa através do discurso dialógico pelo agrupamento de pessoas escolhidas, intencionalmente, pelo pesquisador, com objetivo de completar uma ideia. Nesse sentido, o Grupo de Discussão utiliza a palavra de forma alternativa para produzir diferentes visões sobre um mesmo tema; em que o diálogo é tido como processo e o discurso como resultado do grupo de discussão (CALLEJO, 2001).

Procedimentos para coleta dos dados

A entrada no campo para coleta dos dados ocorreu, inicialmente, com a busca pela aproximação com os coordenadores dos cursos de graduação em Enfermagem ou seus representantes legais, nas diferentes instituições, no Estado de Santa Catarina. Essa aproximação foi feita, primeiramente, através de contato telefônico, a fim de falar sobre a pesquisa e seu objetivo, convidá-lo a participar, agendando-se um dia e horário para visita deste pesquisador.

No momento das visitas aos Cursos, foi entregue ao coordenador ou seu representante legal um ofício (Apêndice F), constando a

apresentação do pesquisador, da síntese da pesquisa e dos objetivos com a visita, ou seja, solicitar permissão para acessar aos seguintes documentos: o Projeto Pedagógico do Curso de Graduação em Enfermagem e Plano de Ensino da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental, com, se possível, cópia xerográfica dos mesmos. Os dados investigados nesses documentos foram úteis enquanto fontes primárias e materializadas pelo processo de ensino da enfermagem psiquiátrica ou em saúde mental.

Todos os coordenadores dos 26 (vinte e seis) Cursos de Graduação em Enfermagem aceitaram participar da pesquisa. Foi enviado a todos os coordenadores e/ou autoridades, e quando solicitado pelos dirigentes dos cursos, cópia, via correio eletrônico, da síntese do projeto de tese, bem como o número do protocolo e/ou certificado do comitê de ética.

A forma de acesso aos documentos deu-se por consulta local, podendo ou não tirar cópias xerográficas de partes necessárias; visita local para conseguir os documentos impressos; envio do material via correio eletrônico e documento exposto na internet.

Todas as instituições, no que se refere aos Cursos de Graduação em Enfermagem, já implementaram as mudanças curriculares no curso, conforme proposto pelas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs). Isso foi averiguado e confirmado através dos Projetos Pedagógicos dos Cursos, tanto ao citarem este documento, quando descrevem o perfil do egresso; quanto ao pautarem as competências e habilidades coerentes com as DCNs.

Os dados e documentos coletados, a partir da visita com cada coordenador, eram armazenados em uma pasta até o momento de uni-los em arquivo de documentos do pesquisador. Cada documento coletado foi devidamente identificado com um número para possibilitar sua organização e análise. O acesso aos documentos era exclusivo do pesquisador, orientador e co-orientador do projeto, durante o processo de análise documental.

Do acesso aos Projetos Pedagógicos dos Cursos (PPCs), 5 (cinco) cursos determinaram consulta local, destes um (1) curso não permitiu qualquer tipo de cópia xerográfica. Houve um (1) curso que, por pertencer à mesma rede mantenedora de ensino, relatou que seus documentos são iguais a um outro curso da mesma rede e que não era necessário enviar os documentos solicitados. Um (1) curso solicitou minuciosidade dos dados que seriam investigados no PPC e, correspondentemente, os enviou por correio eletrônico. Um (1) curso pediu os dados que seriam levantados pela pesquisa e informou que a

maioria dos dados estava em sítio de internet e que não poderia como norma institucional, enviar o PPC e nem disponibilizar consulta local. Após busca no sítio e novo contato com o coordenador, os dados desse curso foram complementados e concluídos. 3 (três) cursos determinaram ida do pesquisador ao local para que o PPC impresso fosse disponibilizado. Os demais cursos, 15 (quinze), enviaram seus PPCs por correio eletrônico.

Os Planos de Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e/ou Saúde Mental foram acessados em sua maioria, 21 (vinte e um), através do envio por correio eletrônico, pelos coordenadores dos cursos e/ou representante destes e/ou autoridade como, por exemplo, vice-reitoria de pesquisa. 3 (três) cursos/coordenadores entregaram cópias impressas dos planos de ensino com a visita do pesquisador. Um (1) curso solicitou aguardar até o fim do mês de janeiro/2010, para enviar seu plano, pois seu curso está na quarta turma e a disciplina de saúde mental estará sendo ofertada no 5º (quinto) semestre do curso. Um (1) curso referiu que seu plano era igual a de outro curso e que não o enviaria pois seria redundante.

Nos cursos mais antigos do Estado de Santa Catarina, foi verificada a possibilidade de se realizar Grupo de Discussão com os docentes de enfermagem psiquiátrica e/ou em saúde mental. O agendamento desses grupos foi feito de acordo com a disponibilidade dos docentes. O pesquisador, ao iniciar o Grupo de Discussão, apresentava seu projeto e os objetivos aos docentes, dispondo-se a responder as perguntas que, eventualmente, ocorriam. Uma vez feitos os esclarecimentos solicitava aos participantes que lessem e assinassem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice G). Os docentes também foram convidados a preencherem uma ficha demográfica com a finalidade de caracterizá-los enquanto sujeitos de pesquisa (Apêndice H). As discussões foram provocadas com algumas perguntas disparadoras, sendo possível que, ao longo delas, novas indagações ocorressem.

O roteiro de perguntas desenvolvido pelo pesquisador e utilizado nos Grupos de Discussão com os docentes é apresentado a seguir:

a) Como ocorreu o processo de implantação das DCNs nesse Curso de Graduação em Enfermagem?
b) Como se deu o processo da reformulação do Projeto Pedagógico e do currículo do Curso de Graduação em Enfermagem dessa instituição?
c) Como era realizado o ensino de enfermagem psiquiátrica e/ou em saúde mental no currículo anterior, e como está sendo proposto e executado no novo currículo?
d) Como é o ensino teórico e teórico-prático do cuidado de enfermagem em saúde mental no currículo?

Fonte: Roteiro utilizado nos Grupos de Discussão com docentes de Enfermagem Psiquiátrica e em Saúde Mental no período de março a maio de 2010.

Quadro 2: Roteiro para o Grupo de Discussão com os docentes de Enfermagem Psiquiátrica e/ou em Saúde Mental nos cursos de Graduação mais antigos do Estado de Santa Catarina

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O local de busca dos dados para o desenvolvimento deste estudo compreendeu o espaço dos Cursos de Graduação em Enfermagem do Estado de Santa Catarina. A busca para identificação do quantitativo e sua localização ocorreu no mês de setembro/2009, através da página de internet do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (Brasil, Ministério da Educação e Cultura, 2009b), *link* Educação Superior Cursos e Instituições, por ser esse o órgão oficial do Ministério da Educação (MEC). No momento da pesquisa, existiam 26 instituições de ensino superior que ofereciam o Curso de Graduação em Enfermagem, no Estado de Santa Catarina.

Regiões	Municípios
Grande Florianópolis	Florianópolis Biguaçu Palhoça São José
Vale do Itajaí	Itajaí Blumenau Rio do Sul
Norte	Joinville Mafra Canoinhas Jaraguá do Sul
Oeste	Caçador

	Concórdia Chapecó Palmitos Joaçaba Videira São Miguel do Oeste
Serrana	Lages
Sul	Tubarão Araranguá Orleans Criciúma

Fonte: Projetos Pedagógicos dos 26 Cursos de Graduação em Enfermagem de SC.

Quadro 3: Municípios sedes dos cursos de graduação em Enfermagem



Figura 2: Municípios sedes dos cursos de graduação em Enfermagem

4.3 SUJEITOS

Crêterios de Inclusão dos Sujeitos

Participaram do estudo documental as 26 (vinte e seis) institui es de ensino superior que possuem Curso de Gradua o em Enfermagem em Santa Catarina e que atenderam aos seguintes cr terios:

- institui es cujos Cursos de Gradua o em Enfermagem já tinham implementadas as mudanças curriculares em todo o curso, conforme proposto pelas DCNs;
- institui es cujos coordenadores de Curso ou seus representantes legais aceitaram contribuir com o estudo e receber a visita do pesquisador; disponibilizaram todos os documentos necessários para análise e indicaram os professores de enfermagem psiquiátrica e em saúde mental.

Participaram do estudo através dos grupos de discussão docentes de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental:

- 9 (nove) docentes de enfermagem psiquiátrica e/ou em saúde mental dos 4 (quatro) Cursos de Gradua o em Enfermagem mais antigos do Estado de Santa Catarina, que aceitaram participar do estudo como sujeitos de pesquisa.

Tabela 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa

Sujeito	Profissão	Idade (anos)	Sexo	Vínculo trabalhista	Tempo na carreira docente	Tempo na docência em Saúde Mental	Tipo de Formação em Saúde Mental	Disciplinas/módulo que ministra	
								Enfermagem em Saúde Mental	Processo de viver Humanos III
S1	Enfermeiro	52	F	Efetivo	30 anos	13 anos	Não	Enfermagem em Saúde Mental;	Processo de viver Humanos III
S2	Enfermeiro	52	F	Efetivo	30 anos	30 anos	Enfermagem Psiquiátrica	Disciplina de Saúde Mental; Disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica	
S3	Enfermeiro	42	F	Professor Horista	13 anos	13 anos	Especialização em Saúde Mental; Mestrado em Saúde Coletiva	Disciplina de Saúde Mental; Disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica	
S4	Enfermeiro	49	F	Professor Horista	14 anos	14 anos	Especialização em Saúde Mental	Disciplina de Saúde Mental; Disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica	
S5	Enfermeiro	58	F	Celestista	28 anos	27 anos	Mestrado e Doutorado	Enfermagem na Saúde Mental I e II; Vivência em Enfermagem Coletiva; Estágio Supervisionado em Administração e Liderança	
S6	Enfermeiro	49	F	Celestista	11 anos	06 meses	Não	Enfermagem na Saúde Mental II	
S7	Enfermeiro	48	F	Celestista	25 anos	06 meses	Não	Saúde do Adulto e do Idoso I; Trabalho de Iniciação Científica	
S8	Enfermeiro	33	F	Celestista	9 anos	06 meses	Não	Saúde do Adulto e do Idoso I - (alcoolicismo, relação enfermeiro-usuário)	
S9	Psicólogo	41	M	Celestista	15 anos	2 anos	Não	Saúde do Adulto e Idoso II - (Transformos Mentais)	

Fonte: Dados oriundos dos Grupos de Discussão, realizados com docentes que ministram a disciplina/módulo de Saúde Mental nos cursos de Graduação em Enfermagem mais antigos do Estado de SC, investigados no período de março a maio de 2010.

4.4 PERÍODO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu no período estabelecido entre novembro/2009 a maio/2010. Num primeiro momento o pesquisador realizou a busca pelos Projetos Pedagógicos de Cursos e Planos de Ensino de cada curso. No segundo momento foram organizados os grupos de discussão com os docentes dos cursos mais antigos, no local de origem do curso. Para tanto, o pesquisador precisou se deslocar até as cidades onde se localizavam esses cursos, mediante agendamento prévio do dia e horário do encontro com os docentes. Destaca-se que foi necessário respeitar o período de férias das instituições e dos docentes de enfermagem, o qual é específico de cada instituição.

4.5 ANÁLISE DE DADOS

A pesquisa produziu vários tipos de dados brutos, quais sejam, os dados gerados a partir dos documentos de cada Curso e as transcrições literais de áudio, resultante das gravações feitas durante os Grupos de Discussão. Os dados foram analisados qualitativamente, desde a fase da coleta.

Para tanto, foram utilizados os princípios da Análise Documental para os dados emanados dos Projetos Pedagógicos dos Cursos e Planos de Ensino e a perspectiva teórica da Hermenêutica Dialética para os Grupos de Discussão.

4.5.1 A análise documental

Com a presente tese, que analisou o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, pode-se inferir que a política de educação superior no Brasil e suas simplificações para a enfermagem expressam-se por mediações que se materializam e que estão colocadas em várias instâncias: nas Diretrizes Curriculares Nacionais, obrigatórias e particulares para os cursos de enfermagem; nas diretrizes de cada universidade, através do Projeto Pedagógico de Curso; e nos Planos de Ensino, referentes à enfermagem em saúde mental e psiquiátrica.

A utilização da técnica documental justifica-se por se entender

que a materialidade das mediações, como uma das vertentes filosóficas do Paradigma Psicossocial, diz respeito a documentos que foram concretizados a partir de campos e instâncias sociais e históricas do encontro entre dois polos de uma contradição, na qual os conflitos se desdobram em suas particularidades.

Tratamento e análise das informações

No tratamento das informações e dos dados, utilizou-se a análise documental, tanto para os PPCs quanto para os Planos de Ensino, de acordo com as fases traçadas por Gil (2002), anteriormente citadas. Com a possibilidade de utilizar outro recurso em substituição às fichas, foi elaborada uma tabela, com auxílio da informática, através do programa Excel[®], versão 2003, para subsidiar a análise e a interpretação. Através da descrição analítica das unidades, como, por exemplo, carga horária, número de docentes, metodologia, entre outras, essas foram discutidas a partir do registrado nos Projetos Pedagógicos dos Cursos e nos Planos de Ensino, à luz das DCNs (Brasil, 2001) e do Paradigma de Atenção Psicossocial.

Para a discussão dos dados, adotou-se, como base, as Diretrizes Curriculares Nacionais, (Brasil, Ministério da Educação, 2001), versão para a Enfermagem. Buscou-se também basear-se em estudos que tratam de análises do processo de implementação das DCNs nos cursos de enfermagem no Brasil para sustentar as discussões. Utilizou-se, ainda, o referencial teórico desta tese, qual seja, o Paradigma de Atenção Psicossocial.

Os dados referentes aos projetos tomados para análise, com especial atenção à dimensão da saúde mental neles expressa serão apresentados a seguir. E foram sistematizados de forma que se pudesse delinear um panorama dos cursos de Enfermagem no Estado de Santa Catarina, e que norteasse as análises na internalidade dos PPCs.

Na presente tese, para a etapa de análise documental, foram utilizados os instrumentos relacionados a seguir:

Dimensões do Projeto Pedagógico de Curso
Vínculo público ou privado
Modalidade/Regime de entrada no curso
Número de estudantes no curso, por modalidade
Carga horária teórica total do curso
Tipo de currículo/componente curricular
Marco conceitual-referencial-teórico
Metodologia de ensino
Perfil do egresso/profissiográfico/Perfil profissional pretendido
Disciplina obrigatória
Optativa
Não ofertada

Dimensões do Plano de Ensino da Disciplina
Denominação da disciplina
Carga horária teórica
Carga horária prática
Número de docentes teoria
Número de docentes prática
Número de alunos
Período/Semestre em que é ministrada
Objetivos da disciplina
CESM - Conteúdo - Geral
CESM - Habilidade - Geral
CESM – Competências - Geral
CESM - Conteúdos - específicos
CESM - Habilidades - específicas
CESM - Competências - específicas
Estratégia de ensino/Procedimentos de ensino/metodologia de condução
Local de estágio para o desenvolvimento de atividades teórico-práticas
Referências
Pré requisito

Para avaliação dos conteúdos dos PPCs e dos Planos de ensino, o material foi analisado tomando como parâmetro a citação direta do termo sob a forma *ipsis literis* ou termos que indicassem relação com a definição.

Termo	Definição	Parâmetros para avaliação
Metodologia problematizadora	Metodologia que parte da proposta de Paulo Freire, visando utilizar a realidade das relações sociais entre docente e aluno, como fundamento do ensino.	Uso da realidade como instrumento pedagógico; Diálogo como ferramenta fundamental de aprendizagem; Reflexão crítica do mundo social.
Metodologias ativas	Metodologia onde o aluno é o protagonista principal e o docente é o facilitador do processo de ensino-aprendizagem.	- a definição de estratégias pedagógicas que articulem o saber; o saber fazer e o saber conviver, visando desenvolver o aprender a aprender, o aprender a ser, o aprender a fazer, o aprender a viver juntos e o aprender a conhecer, que constitui atributos indispensáveis à formação do Enfermeiro; - o Curso de Graduação em Enfermagem deve ter um projeto pedagógico, construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador do processo ensino-aprendizagem.
Desenvolvimento de competências	Metodologia que visa o desempenho de funções baseadas nos conhecimentos, nas habilidades e atitudes para o desenvolvimento do saber fazer.	Competências baseadas em Perrenoud, Le Boterf. Capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar um tipo de situação.
Currículo disciplinar	Conteúdos agrupados em disciplinas.	Disciplinas específicas
Currículo integrado	Conteúdos agrupados pela forma escolhida de organização pedagógica como módulos, eixos, núcleos. Há integração entre as áreas do	Integrado por módulos, eixos, núcleos.

	conhecimento.	
Cuidado	Ação humana que possibilita a existência. Interesse e compromisso com o ser humano.	Compaixão, ocupação, responsabilidade, solicitude, zelo.
Cuidado de Enfermagem	Objeto epistemológico e como dimensão do trabalho desta profissão. Conteúdo e categoria de análise.	Cuidado profissional de enfermagem; conceito e conteúdo de cuidado de enfermagem.
Cuidado integral	Ação integral polissêmica com a finalidade de compreender o conceito ampliado de saúde como direito do ser.	Cuidado ao todo do ser humano; cuidado integral.
Teoria do cuidado	Interpretação e compreensão de como o cuidado é desenvolvido em um campo de conhecimento. O que a enfermagem teoriza sobre o cuidado. Conjunto de conceitos, definições que descrevem e explicam o objeto.	Autores como Heidegger, Boff e teóricos de enfermagem.
Marco contextual/situacional	Compreensão do mundo do trabalho, da realidade dos aspectos profissionais articulada pela Educação.	Informações do curso sobre trabalho da enfermagem, contexto político e econômico.
Marco conceitual	Pressupostos e conceitos básicos articulados aos preceitos do curso. Conceitos que sustentam a proposta do curso.	Conceitos como: Sociedade, Enfermagem, Cuidado, Ser Humano, Educação, Pedagogia.
Marco teórico	Diretriz teórica que orienta a proposta do curso.	Teorias que envolvam a Educação. Teoria da Complexidade – Morin-

		(globalização/complexidade); Teoria Crítica da Educação – Saviani, Libâneo, Freire - (reflexão crítica sobre as contradições da sociedade).
Marco referencial	Proposta composta dos marcos situacional, filosófico e pedagógico.	Mercado de trabalho, valores e princípios, proposta didático-pedagógica
Marco pedagógico	Concepção didático pedagógica do curso.	Processo de ensino-aprendizagem; recursos e metodologias; conteúdos.
Marco norteador	São pressupostos e conceitos que contribuem para a construção da matriz curricular.	Pressupostos de saúde-educação, promoção a saúde, princípios do SUS, processo educativo, ser humano, enfermagem.
Marco filosófico	Concepções filosóficas que o curso possui.	Fundamentos filosóficos sobre educação (Delors, Morin).
Bases político-filosóficas.	Premissas sobre o processo educativo do curso.	Aprender e ensinar é um processo político; educador e educando exercitam a aprendizagem.

Quadro 4: Definições de termos sobre aspectos pedagógicos utilizados na análise documental.

Reforma Psiquiátrica	Processo social complexo nas dimensões epistêmicas, práticas, jurídico-políticas, sócio-culturais.	Política de saúde mental; Lei nº 10.216; sofrimento psíquico; desinstitucionalização; conferências de saúde mental.
Paradigma Psicossocial	Desígnio de práticas transformadoras.	Sujeito em sofrimento psíquico; princípios e diretrizes do SUS; tecnologias relacionais de cuidado; território/comunidade; rede intersetorial; ações em saúde.
Paradigma Psiquiátrico/manicomial	Desígnio de práticas conformadoras.	Paciente com doença mental/transtorno mental;

		medicamento; classificação das psicopatologias.
Enfermagem Psiquiátrica	Especialidade da enfermagem que cuida do doente/paciente com problemas psiquiátricos ou doença mental.	Assistência ao doente/paciente; doença mental; hospital psiquiátrico.
Enfermagem em Saúde Mental	Núcleo ou especificidade transversal do campo de conhecimento relativo ao cuidado do sujeito do sofrimento no SUS.	Cuidado ao sujeito do sofrimento; território/comunidade; autonomia; cidadania; autocuidado; liberdade.
Conteúdo do cuidado em Saúde Mental	Termo que se refere ao cuidado inserido nos conteúdos de ensino-aprendizagem dos planos de ensino.	Cuidado de enfermagem em saúde mental; cuidado de enfermagem psiquiátrica; cuidado ao portador de transtorno mental.
Competências do cuidado em Saúde Mental	Termo que se refere ao cuidado, inserido nas competências de ensino-aprendizagem nos planos de ensino.	Competências citando o cuidado; cuidar do sujeito; cuidar da própria saúde física e mental; atitude para cuidar.
Habilidades do Cuidado em Saúde Mental	Termo que se refere ao cuidado, inserido nas habilidades de ensino-aprendizagem, nos planos de ensino.	Habilidades citando o cuidado; cuidar do sujeito; exercício da prática no campo da saúde mental; decisão, comunicação.
Estratégias de ensino	São métodos e meios de ensino escolhidos e utilizados no processo ensino-aprendizagem nas atividades teórico-práticas e estágio supervisionado.	Aulas expositivas; estudo dirigido; estudo de caso; pesquisa bibliográfica; recursos audiovisuais; filmes, dentre outros.
Conteúdo inespecífico	Termo utilizado quando o material afirmava haver a informação, mas não detalhava a mesma.	Oferta a informação, mas sem detalhes.
Conteúdo sem clareza	Termo utilizado quando o material não propiciava a análise das	Não possibilita enquadrar em uma abordagem teórico-metodológica.

	informações.	
Conteúdo não encontrado	Termo utilizado quando o material não foi encontrado.	Quando não há informação sobre o tópico buscado; quando não é apresentado.

Quadro 5: Definições de termos sobre aspectos paradigmáticos em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, utilizados na análise documental.

4.5.2 Análise Hermenêutica Dialética para os Grupos de Discussão

Os dados transcritos dos Grupos de Discussões, realizados com os docentes de enfermagem em saúde mental/psiquiátrica dos quatro cursos mais antigos de SC, foram analisados à luz da Hermenêutica Dialética, conforme adaptações dos procedimentos propostos por Moretti-Pires & Campos (2011), segundo quadro que se segue.

Hermenêutica			Dialética		Síntese Hermenêutica Dialética
<i>Legitimação</i>	<i>Interpretação</i>	<i>Saturação</i>	<i>Questionamentos emergentes</i>	<i>Dialética</i>	<i>Síntese e superação</i>
Dado recortado (fala com maior significado dentro do material empírico acerca da intencionalidade de pesquisa e transformação social visada pelo pesquisador.	Interpretar o dado recortado, buscando a raiz do que está sendo dito.	Indícios oriundos do material empírico, que existe recorrência de significados no fenômeno pesquisado.	Contextualização histórico-social e crítico-reflexiva da manifestação que emerge no fenômeno após a interpretação.	Articular o produto do processo com a fundamentação teórica, na busca de contradições do fenômeno pesquisado.	Fusão das principais interpretações do produto do processo, questionamentos emergentes, dos silêncios (significados não explícitos, mas que permeiam o objeto) e das contradições sócio-históricas implicadas no fenômeno/interpretação. É importante ressaltar que nesta etapa o pesquisador deve ter vista na melhora social do contexto investigado.

Quadro 6: Matriz interpretativa crítico-reflexiva para o processo hermenêutico-dialético.

A utilização dessa perspectiva teórica para análise justifica-se,

tendo em vista que a presente tese foca-se nas contradições do ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, dado que a constituição do Paradigma Psicossocial é dialética. A Hermenêutica Dialética possibilita identificar as contradições na materialidade do discurso dos docentes de enfermagem psiquiátrica/saúde mental, ao propor a interpretação do sentido, a reflexão crítica e a elaboração de texto, através da análise do pesquisador. O método de coleta de dados se baseia no discurso – Grupo de Discussão. A estrutura Hermenêutica, que possibilita elaborar crítica no mesmo momento da interpretação e sentido da ideia, é a Hermenêutica Dialética. A Hermenêutica é um caminho do pensamento que investiga o discurso através da interpretação decorrente do discurso dos sujeitos.

A partir dessa análise, a redação do texto foi construída, e um novo texto foi apresentado *a posteriori*.

Critérios de escolha dos discursos para legitimação

Na presente pesquisa, a fim de tornar o material mais fluente na leitura e discussão, optou-se por selecionar os discursos do material empírico, a partir de dois critérios: 1) para as categorias e subcategorias em que os produtos (discursos e interpretações) foram semelhantes entre as quatro instituições, selecionou-se o discurso em termos de abrangência de conteúdo com base na interpretação; 2) para aquelas em que os produtos apresentavam similaridade interpretativa que os aproximavam, mas que existiam singularidades e/ou divergências entre as instituições, legitimou-se a interpretação com os discursos de cada uma delas.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram salvaguardados perante a garantia do sigilo e do anonimato quanto ao uso das informações, conforme Resolução nº 196/96. A presente pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, no mês de novembro de 2009, através do processo nº 478, folha de rosto 302344. Vale lembrar, que todos os docentes de Enfermagem Psiquiátrica e/ou em Saúde Mental foram convidados e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A). Para resguardar o sigilo e o anonimato dos sujeitos da presente pesquisa, optou-se por identificar os discursos dos sujeitos sem explicitar

claramente a Instituição na qual exercem atividade docente, sendo os mesmos identificados através do termo sujeito (S) e o número que o pesquisador atribuiu a cada um como, por exemplo, S1.

O retorno desta pesquisa à comunidade acadêmica investigada dar-se-á através de correspondência aos coordenadores dos cursos e docentes que participaram do grupo de discussão, comunicando a finalização do estudo, defesa da tese e ofertando a possibilidade de envio de cópia da mesma via *online*, e informando-se os endereços acadêmicos onde a mesma pode ser localizada.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES DA PESQUISA

5.1 RESULTADOS E DISCUSSÕES DA PESQUISA DOCUMENTAL NOS PROJETOS PEDAGÓGICOS DOS CURSOS E PLANOS DE ENSINO DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E/OU SAÚDE MENTAL

5.1.1 Resultados e discussão dos Projetos Pedagógicos de Curso

A análise do ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, através dos Projetos Pedagógicos de Curso (PPC), significou investigar o contexto e a forma como o curso concebe e integra esse ensino no processo de formação, conforme o momento histórico e social determinado.

Os PPCs são diretrizes fundamentais para o entendimento da orientação político-pedagógica dos cursos. Para a análise inicial do contexto, referente ao estudo, analisou-se a natureza jurídica das instituições formadoras de Enfermeiros no Estado, a oferta de vagas e a carga horária total dos cursos. Os dados obtidos estão sintetizados na tabela que segue.

Tabela 2: Características de natureza jurídica, oferta de vagas e carga horária total dos 26 cursos de Graduação em Enfermagem do Estado de Santa Catarina, 2009.

PPC	Natureza Jurídica	Regime de entrada no curso	Oferta de vagas/ano	Carga horária total do curso
1	Privada	Anual	40	3675 horas
2	Pública	Semestral	70	4122 horas
3	Privada	Anual	45	3510 horas
4	Privada	Semestral	200*	3780 horas
5	Privada	Semestral	80	3540 horas.
6	Privada	Anual	50	3675 horas
7	Privada	Semestral	90	3990 horas
8	Pública	Semestral	60	4200 horas
9	Privada	Semestral	80	4005 horas
10	Privada	Anual	40	4005 horas
11	Privada	Anual	50	3675 horas
12	Privada	Anual	40	4005 horas
13	Privada	Semestral	200*	3774 horas
14	Privada	Semestral	50	3808 horas.
15	Privada	Semestral	40	4185 horas
16	Privada	Anual	50	3675 horas
17	Privada	Semestral	80	4030 horas
18	Privada	Semestral	100	4280 horas
19	Privada	Anual	80	3906 horas
20	Privada	Semestral	50	4185 horas
21	Privada	Anual	40	3530 horas
22	Privada	Semestral	100	4227 horas
23	Privada	Anual	50	3720 horas
24	Privada	Semestral	Entre 30 e 45	3510 horas
25	Privada	Semestral	Entre 30 e 45	3510 horas
26	Privada	Semestral	Entre 30 e 45	3510 horas
Total de vagas			1820**	

*Curso com dois ingressos anuais de dois semestres com 50 alunos.

**Somaram-se o número maior das instituições 24 a 26.

Fonte: Projetos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

Conforme os dados apresentados na Tabela 2, observa-se que a formação do Enfermeiro, no Estado de Santa Catarina, é realizada, principalmente, em instituições de caráter privado. Dados do INEP, relacionados a Sinopses Estatísticas para a Educação Superior, (Brasil, 2010a), revelam que, no cenário nacional, em 1999, o número de cursos de Enfermagem era de 153, sendo 77 públicos e 76 privados. Em 2008,

os dados passam para 679, dos quais 132 são públicos e 547 privados.

Resultante das políticas de expansão da educação superior privada, o Estado catarinense é reflexo do que acontece no cenário nacional. Sobre o número de cursos de graduação em Enfermagem em Santa Catarina nota-se o aumento de mais de seis vezes, no período dos últimos dez anos, comparado com os dados do estudo de Alencastre *et al.* (2000), que apontou a existência de 4 cursos de graduação em Enfermagem no ano de 1999. Isso demonstra a criação de 2 cursos por ano, em média, com o agravante de que apenas um desses é público. Esse crescimento dos cursos pode ser atribuído ao resultado das relações políticas, econômicas, exigência do mercado de trabalho e das transformações dos setores da educação e saúde na sociedade catarinense.

Vieira *et al.* (2006) consideram que o aumento dos cursos privados pode se dar, também, pelas mudanças da Lei nº 9.394/96 - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), pois por ela é concedida autonomia às instituições e a possibilidade de flexibilização dos currículos, conforme o art. 53 da lei citada. Ferraz *et al.* (2006) refere que houve, também, uma admissão formal de instituições educacionais, com fins lucrativos, através do Decreto nº 2.306/97.

Entende-se, de certa forma, que há uma relativização entre mercado e Estado, em se tratando do público e privado, pois o Estado é quem legitima a abertura de novos cursos. Os cursos públicos, por serem em menor proporção numérica em relação aos privados, podem mostrar o afastamento do Estado, na oferta da educação superior pública, fazendo que esta seja buscada pela iniciativa privada. Santomé (2003) denomina esse fato de mercantilização do sistema educacional, em que, a partir das concepções neoliberais, impõe-se um modelo de sociedade na qual a educação seja reduzida a um bem de consumo.

Santos (2010) afirma que, independente de respostas reducionistas, a crise institucional, pela via da crise financeira, é um fenômeno decorrente da perda de prioridade da universidade pública, entre os bens públicos pelo Estado. Para o autor, há de se investigar as causas das crises financeiras e sua implicação na educação superior para se obter explicações, mais aprofundadas, sobre o tema de público e privado. Há um desinvestimento do Estado na universidade pública e uma mercantilização da universidade.

Destarte, a mercantilização do sistema educacional, Santomé (2003) destaca a descentralização. Por um lado, há uma luta de posições ideológicas progressistas, que visa o exercício da democracia. Seria o governo a possibilitar formas de participação da comunidade no controle

democrático da educação e, ao mesmo tempo, a comunidade a se empoderar para participar, ativamente, do governo, a fim de construir mais serviços públicos. Por outro lado, as forças neoliberais tentam enfraquecer o Estado para que o mercado administre a regulação social. O objetivo é envolver consumidores de serviços ou produtos para que adotem modos de funcionamento e adaptação às exigências do mercado. À medida que o Estado delega funções ao mercado, este tenta inutilizar o próprio Estado ao tentar colocá-lo a seu serviço.

Ressalta-se ainda que, pela descrição detalhada da natureza jurídica dos PPCs, comparada ao INEP, verificou-se que, das instituições privadas, um (1) curso informou em seu PPC que é de caráter filantrópico, sem fins lucrativos, no entanto, no sítio do INEP, caracteriza-se como tendo fins lucrativos. Quatro cursos são privados, com fins lucrativos, conforme sítio do INEP, mas não está informado no PPC. Os cursos privados (4), sem fins lucrativos, segundo os PPCs, são: um (1) curso comunitário e 3 (três) filantrópicos. Quanto aos demais, 15 (quinze) cursos não foram encontrados detalhamentos da natureza jurídica nos PPCs. Esses dados interessam, considerando-se que, segundo Gisi e Zainko (1998), o projeto pedagógico é marcado por relações de poder, disputas ideológicas, conflitos e interesses que podem reproduzir ou transformar os interesses de uma classe social dominante ou da política do governo.

Nota-se, também, que 3 (três) instituições destacam um número mínimo de ingressantes, depreendendo-se que, na ausência destes, não há abertura de turmas, do que pode decorrer descontinuidade, tanto do curso como da permanência de docentes. Para Santos (2010), há uma tendência em eliminar as diferenças entre universidade pública e privada ao serem transformadas e tratadas como empresas. Essas entidades não produziram apenas para o mercado, mas produzem como o próprio mercado. A relação produção/mercado pode-se expressar na gestão universitária, em planos de estudo, formação docente, avaliações, entre outros.

Esse alerta de Santos (2010) necessita de análises profundas para que a realidade de SC possa ser comparada a esta tendência, tendo em vista a desproporção entre o número de universidades públicas e privadas. No entanto, tendo em vista a pluralidade geográfica, a forma como a população se mobiliza e se organiza para participar do controle da Educação no Estado (formulação, planejamento, execução e fiscalização de políticas públicas de educação), os orçamentos para educação superior, a realidade epidemiológica, a necessidade de saúde da população e a abertura de novos cursos da área da saúde

(enfermagem) implica, para as diferentes formas, que o ensino do cuidado possa ser ofertado.

Entretanto, independente de se contradizer, a comparação em relação ao ensino do cuidado entre universidades públicas e privadas se esvai, pois o quantitativo de 24 cursos privados em face de 2 (dois) cursos públicos, limita a comparação devido à inequivalência.

De todo modo, se a contradição quantitativa versos a qualitativa do ensino do cuidado em instituições públicas e privadas é notória, Santos (2010) propõe algumas diretrizes para se repensar a relação das universidades públicas e privadas. Primeiro tem de se começar pelo novo, e isto implica que, para além da mercantilização da educação, há também processos que envolvem transformações na produção e contextualização social dos conhecimentos. A segunda alternativa seria a resistência, a qual deve promover oportunidades de pesquisa que envolvam a formação, a extensão e a organização, apontando para a democratização do bem público universitário.

Em relação à modalidade/regime de entrada no curso, foram encontradas duas formas, uma anual e outra semestral. Cerca de 10 (dez) cursos apresentam a modalidade anual e 16 (dezesesseis) cursos, o regime semestral. Sobre a modalidade de entrada do curso, Kantorski e Silva (2001) descrevem que o sistema de única entrada pode levar a um congestionamento no campo de atividades práticas, sendo possível a contratação de docentes substitutos, o que pode implicar no ensino do cuidado.

De acordo com dados do IBGE (2010), a estimativa populacional de SC para o ano de 2009 é de 6.118.743. A página da internet do Conselho Regional de Enfermagem de SC (COREn, 2010), de acordo com a estatística de profissionais de setembro do referido ano, aponta 8.188 enfermeiros cadastrados. Esses dados indicam a proporção de um (1) enfermeiro para 747,28 habitantes em SC. A Organização Mundial de Saúde preconiza um (1) enfermeiro para cada 500 habitantes. Vê-se que SC está abaixo da média de enfermeiros por habitante.

De todo modo, embora Santa Catarina tenha um (1) enfermeiro para 747,28 habitantes, há a necessidade de aprofundar uma análise crítica desses dados, antes de utilizá-los como justificativa para abrir novos cursos de graduação em Enfermagem. É preciso verificar as circunstâncias que envolvem a necessidade de saúde da população, com análises do controle do exercício profissional, a relação com mercado de trabalho, a necessidade de demanda no SUS, entre outros.

De toda forma, novos cursos são abertos e funcionam autorizados pelo Estado. Recentemente, a Associação Brasileira de Enfermagem

(ABEn) e o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) assinaram um documento apresentando uma reflexão sobre a qualidade da formação dos profissionais de enfermagem nas instituições de ensino, com base nas DCNs, SUS e necessidades sociais. Esse tema é fator de preocupação das entidades ao apontar que a abertura de novos cursos de enfermagem não é apreciada pelo Conselho Nacional de Saúde. Há a reivindicação de que o Conselho Nacional de Saúde emita parecer de necessidade social para os projetos de criação e autorização de novos cursos de Enfermagem (ABEn, 2010).

Por outro lado, o Conselho Federal de Enfermagem assinou um Termo de Cooperação com o Ministério da Educação que, além de criar uma comissão entre COFEn e MEC, permite à autarquia conferir parecer sobre Avaliação, Reconhecimento e Renovação de Reconhecimento dos Cursos de Graduação em Enfermagem no Brasil. Este fato inicial possibilita ao órgão fiscalizador aprofundar o debate sobre a abertura de novos cursos que possam não garantir a qualidade da formação (COFEn, 2010a).

Os dados da Tabela 2 indicam que para 16 (dezesseis) cursos a carga horária total esta entre 3500 a 3990 horas-aula; e para 10 (dez) cursos acima de 4000 horas aula. Essa variante é um reflexo das DCNs ao referir a flexibilidade para os cursos decidirem suas cargas horárias. Por outro lado, sobre a carga horária total dos cursos, sabe-se que o ensino brasileiro de enfermagem atravessa uma transformação de acordo com a Resolução nº 4, de abril de 2009, (Brasil, 2009c), que prevê que os cursos deverão ter sua carga horária mínima de 4.000 horas a serem desenvolvidas em 5 (cinco) anos, a partir do ano de 2010. Os Projetos Pedagógicos dos Cursos, solicitados e investigados nesta pesquisa, são os que estavam em vigor no período de nov/dez. 2009, quando foram coletados os dados. Sabe-se, portanto, que essas cargas horárias devem ser revistas para se adequarem aos dispositivos legais.

A partir da natureza jurídica, do regime de entrada e da carga horária, foram analisados, nos PPCs, o tipo de currículo e a metodologia que o curso concebe para a formação do aluno. As formas curriculares foram entendidas como disciplinares ou integradas a partir do registro explícito nos PPCs.

Em relação à metodologia que o curso propõe, 6 (seis) PPCs foram considerados sem clareza, quais sejam 1, 2, 6, 9, 11, 16, caracterizados por: não cita; não há tópico sobre metodologia do curso; não aponta a metodologia de forma específica/explicita, que possibilite compreensão como, por exemplo, *os profissionais de saúde devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua*

educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais; metodologia utilizada pelo professor, ou seja, as estratégias utilizadas para que o aluno construa o conhecimento. Esse fato dificulta enquadrar a metodologia de ensino em uma abordagem teórico-pedagógica. As metodologias de ensino dos cursos se apresentam, em maioria, problematizadoras (14), por metodologias ativas (4) e (2) por competências. A Tabela 3 sintetiza essas informações, oriundas dos PPCs dos cursos investigados.

Tabela 3: Caracterização dos Projetos Pedagógicos dos 26 cursos de Enfermagem do Estado de Santa Catarina quanto ao tipo de currículo e à metodologia de ensino empregada, 2009.

PPP	Tipo de currículo/componente curricular	Metodologia de Ensino
1	Disciplinar	Sem clareza
2	Disciplinar	Sem clareza
3	Disciplinar	Metodologia problematizadora
4	Disciplinar	Metodologias ativas
5	Integrado	Metodologias ativas
6	Disciplinar	Sem clareza
7	Disciplinar	Metodologias problematizadora
8	Disciplinar	Metodologias ativas
9	Disciplinar	Sem clareza
10	Integrado	Metodologia problematizadora
11	Disciplinar	Sem clareza
12	Integrado	Metodologia problematizadora
13	Disciplinar	Metodologia problematizadora
14	Disciplinar	Metodologia problematizadora
15	Integrado	Desenvolvimento de competências
16	Disciplinar	Sem clareza
17	Disciplinar	Metodologia problematizadora
18	Disciplinar	Metodologia problematizadora
19	Integrado	Metodologia problematizadora
20	Integrado	Desenvolvimento de competências
21	Disciplinar	Metodologias ativas
22	Integrado	Metodologia problematizadora
23	Disciplinar	Metodologia problematizadora
24	Disciplinar	Metodologia problematizadora
25	Disciplinar	Metodologia problematizadora
26	Disciplinar	Metodologia problematizadora

Fonte: Projetos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

Dos 26 currículos, 7 (sete) declaram-se pautados em estruturas curriculares que os aproximam dos currículos integrados e os restantes no ensino curricular disciplinar. Um dado interessante é a falta de clareza sobre as metodologias de ensino do curso nesse importante aspecto dos PPCs, dificultando a análise dos mesmos.

Para Sacristán (2000), um dos problemas teóricos e práticos na investigação curricular é esclarecer quais caminhos são os mais efetivos para a comunicação entre princípios curriculares, pedagógicos e práticos, em vias de qualidade de ensino. Para o autor, o plano e os métodos pedagógicos projetam as ideias sobre educação que um curso possui.

Destarte, a relação tipo de currículo e a metodologia de ensino implica a forma como o curso pretende alcançar o perfil proposto do egresso, da mesma forma, a maneira como o docente realizará sua prática para com o aluno e futuro enfermeiro que irá cuidar na saúde. Tendo em vista que cuidado em saúde mental é uma dimensão da integralidade em saúde e está projetado para promover os princípios do SUS, de que maneira se pode ter, na graduação, uma formação para a saúde coletiva sem correr o risco de fragmentar o conceito ampliado de saúde? (PEREIRA, 2006). O autor aponta que a integralidade e a interdisciplinaridade, na educação, devem ser base de proposta, convergindo para o preconizado pelas DCNs. Faz-se necessário o entendimento de saúde como prática social e a relação da organização curricular que proporcione a integração entre conceitos.

No entanto, nas DCNs (BRASIL, 2001, p.6), art. 14, V, a indicação metodológica propõe “a implementação de metodologia no processo ensinar-aprender que estimule o aluno a refletir sobre a realidade social e aprenda a aprender”; e o art. 15, § 2º pressupõe que o “O Curso de Graduação em Enfermagem deverá utilizar metodologias e critérios para acompanhamento e avaliação do processo ensino-aprendizagem e do próprio curso, em consonância com o sistema de avaliação e a dinâmica curricular, definidos pela IES à qual pertence”. Nesse sentido, a lei estabelece que cada curso tem autonomia para decidir a metodologia apropriada, a partir de sua realidade. Observou-se que as metodologias descritas nos PPCs visam a integralidade e a interdisciplinaridade, preconizadas pelas DCNs.

Feuerwerker e Almeida (2003) comentam que as DCNs não indicam com precisão se o aprendizado deve ser orientado pelas necessidades dos estudantes ou pelas necessidades de aprendizagem articuladas às necessidades sociais; mencionam a necessidade de aprendizagem ativa e que trate dos problemas da realidade. Para as

autoras, as DCNs deixam em aberto o tipo de orientação a ser adotada pelos cursos, porém sugerem a superação das tradicionais.

Por outro lado, Fernandes (2006) entende que as DCNs (art. 9º, 14 - V; VI) focam o aluno em uma relação em que o professor é facilitador e que é preciso preparar para aprender a aprender. A autora entende, nas entrelinhas das DCNs, que as metodologias de ensino aproximam-se das metodologias ativas. Essas metodologias possibilitam o aprender a aprender, garantindo o aprender fazendo, e estão fundamentadas nos princípios da pedagogia interativa, em uma concepção pedagógica crítica e reflexiva, centrada na participação ativa dos sujeitos do processo de formação.

A interpretação e a compreensão de que, nas DCNs, a metodologia apontada nas entrelinhas seja a metodologia ativa também é encontrada no estudo de Rodrigues (2005b), no qual, são aprofundados os termos aprender a aprender centrados no aluno, tendo o professor como facilitador. Problematicadora, ativa e por competência são metodologias que buscam romper com as pedagogias tradicionais, baseadas no professor. Essas metodologias provêm da pedagogia nova.

Entende-se que as fronteiras entre a pedagogia das competências, as metodologias problematicadora e ativa são revestidas pelo novo, ao contrário da pedagogia tradicional de transmissão de conhecimento, baseado no docente. Todavia, “ler e interpretar nas entrelinhas” das DCNs faz com que haja opiniões divididas em relação a sua metodologia para os cursos de graduação. Por um lado, os cursos podem seguir as DCNs que se entende prevêm uma metodologia ativa e/ou de competência. Por outro lado, o coletivo docente tem autonomia para escolher a forma mais adequada a sua realidade. As DCNs, como linhas mestras, sugerem um caminho, logo esse deve ser problematizado, conforme o aprofundamento dessas indicações, sob ponto de vista histórico-crítico.

De todo modo, os resultados da pesquisa quanto às metodologias de ensino, apontam para as metodologias problematicadoras, ativas e por competências. Segundo Backes, Silva e Rodrigues (2007), a metodologia da problematização é o referencial mais utilizado na construção metodológica do currículo na enfermagem, já que busca relacionar os novos conteúdos ao conhecimento prévio do aluno pela reflexão crítica da realidade. Ainda para as autoras, essa metodologia permite aos alunos serem construtores de seus conhecimentos e tornarem-se participantes ativos na transformação da sociedade, e o docente passa a ser mediador do processo.

Reibnitz e Prado (2006a) referem que a metodologia

problematizadora surge como uma das possibilidades desafiadoras, pois considera a percepção da realidade e o protagonismo do aluno. Não é uma metodologia única, com técnicas fixas, pois o aluno somente pode aprender algo quando, nessa relação de problemas da realidade, a transforma e se transforma. A solução envolve diálogo e participação ativa entre alunos e docentes. A aprendizagem é uma resposta do aluno à situação-problema, por meio de uma atitude investigativa e compreensiva da realidade em foco.

A abordagem centrada no aluno é a proposta da pedagogia ativa, que trata o aluno como protagonista central e o professor como facilitador das experiências de aprendizagem. Com isso, o estudante passa a ser co-responsável por sua educação, a qual está condicionada a sua participação ativa. Pedagogia ativa é um processo de aprendizagem, focalizado na realidade que objetiva a participação crítico-criativa do aluno (REIBNITZ; PRADO, 2006a).

Nesta pesquisa, podem ser vistas algumas incompatibilidades entre os tipos de currículo e as metodologias apontadas pelos PPCs dos cursos. Currículos disciplinares são menos indicados pelas DCNs, tendo em vista que as metodologias ativas e por competências seriam sua indicação. Assim, há 10 (dez) cursos que possuem currículo disciplinar e metodologia de ensino tida como problematizadora; 3 (três) currículos disciplinares com metodologias ativas; 4 (quatro) currículos integrados com metodologia problematizadora, compatíveis com o preconizado pelas DCNs. Há ainda dois 2 (dois) currículos integrados, desenvolvidos por competências; e um (1) currículo integrado, baseado em metodologia ativa. As incompatibilidades podem interferir na integralidade e interdisciplinaridade do ensino do cuidado e dificultar tanto o docente como o aluno em integrar os conteúdos e as práticas transformadoras em relação à saúde coletiva. Reibnitz e Prado (2006b) afirmam que uma escolha pedagógica requer avaliações, pois esta pode dificultar a operacionalização do PPC e o alcance do perfil do egresso.

Para Ramos (2009a), a pedagogia por competências tem sua prática curricular baseada em conhecimentos técnicos e em interesses/experiências dos alunos. O ensino é centrado em métodos ativos. Essa metodologia é associada ao condutivismo e ao construtivismo. Entretanto, o currículo integrado, tendo como base a compreensão do real como totalidade histórica e dialética, torna-se incompatível com a utilização da pedagogia das competências, pois esta não dá conta de transformar o currículo para um ensino integral, tendo em vista que os pressupostos epistemológicos se opõem ao que se sustenta na abordagem integrada. Essa prática pedagógica e a forma

curricular pode se constituir, no máximo, como horizontes, cujos limites se alargam na proporção de novas aprendizagens.

Saviani (2008) registra que foi a partir de 1960 que a matriz behaviorista aponta a aquisição das competências como tarefa pedagógica. Essa pedagogia é a outra face da pedagogia do aprender a aprender, cujo objetivo é dotar o indivíduo de comportamentos flexíveis, que possam ser ajustados a condições imprevisíveis do viver em sociedade. A aquisição deixa de ser um compromisso coletivo para focar-se na responsabilidade do próprio indivíduo.

Em relação à estrutura curricular, segundo Silva (2008a), a enfermagem brasileira, na década de 1990, iniciou discussões acerca do novo currículo, resultando na proposição das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Enfermagem. Consideram-se propostas integradoras as que visam alterar a relação docente-aluno, cenários de ensino-aprendizagem e outros, em detrimento das concepções pedagógicas tradicionais. Assim, os princípios pedagógicos que sustentam os currículos foram discutidos com vistas a romper a fragmentação do conhecimento e a especificidade de disciplinas.

O currículo integrado, para Ramos (2009b), visa a unidade entre as diferentes disciplinas e formas de conhecimento; pode integrar uma formação geral, técnica e política, articulada com o conhecimento geral e específico; organiza o conhecimento e desenvolve o processo de ensino-aprendizagem, de forma que os conceitos sejam apreendidos como sistema de relações que se pretende explicar e compreender.

A estrutura curricular resulta de reformas cuja escolha do currículo integrado ou disciplinar operacionaliza a mudança pedagógica. Dependendo de como é realizado o processo, tanto o currículo disciplinar como o integrado podem propiciar meios de articulação do conhecimento com as etapas da formação (BACKES; SILVA; RODRIGUES, 2007).

De toda forma, para que o cuidado de enfermagem em saúde mental seja ministrado durante o curso, este pode estar fundamentado em um modelo curricular, que, por sua vez, pode ser disciplinar ou integrado. Os cursos apresentam currículos, em sua maioria, modelo disciplinar (19), contra 7 (sete) integrado. Entretanto, essa integração se dá por conteúdos inseridos em disciplinas que se desenvolvem no curso por módulos, eixos ou núcleos temáticos. Nas DCNs (BRASIL, 2001) pode-se entender a indicação de um modelo integrado, ao estatuir o rompimento da fragmentação do saber, saber-fazer, saber-conviver. Entretanto, em Santa Catarina identifica-se o predomínio da modalidade disciplinar nos currículos de Enfermagem, o que pressupõe afirmar que

cada curso compreende limites, desafios e consequências que um ou outro modelo curricular representa para seu curso. Implica dizer, ainda, que estudos podem ser aprofundados se um modelo ou outro torna o exercício profissional e o cuidado mais integral ou não.

Os dados referentes aos modelos disciplinar e integrado, deste estudo, têm proximidade com os dados de outra pesquisa sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica, em que, segundo Gross e Casagrande (1987), já havia, na década de 80, um predomínio dessas duas modalidades curriculares. Para as autoras, a modalidade disciplinar mantém a disciplina de enfermagem psiquiátrica isolada, mas pode favorecer a compreensão mais ampla do indivíduo adoecido. O currículo integrado promove fusão de disciplinas em que o estudo do desenvolvimento humano, através do ciclo vital, é focalizado em aspectos de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde.

O enfoque do ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, inserido em um currículo disciplinar ou integrado, através de conteúdos e práticas de ensino, tanto pode ser fragmentado como pode ser integrado, depende da integração e interdisciplinaridade feita, pelos docentes, com os demais conteúdos e disciplinas. No entanto, a concepção de currículo integrado visa, em sua origem, a conexão das partes no todo.

Para Henriques e Acioli (2006), o currículo integrado permite ao aluno processar a informação sobre o cuidado e sua fundamentação a partir de uma visão crítica sobre a realidade na qual atua. Por essa razão, se adotou a metodologia baseada na problematização, amparada no pensamento de Freire, como referencial. Essa proposta metodológica tem a perspectiva da construção de sujeitos ativos, em um sentido social e solidário, na relação dialógica, dialética entre educador e educando em que ambos aprendem juntos. As autoras referem que as avaliações curriculares permitem afirmar que o cuidado tem aparecido ao longo do curso.

De todo modo, se o objetivo é possibilitar a formação de alunos críticos, reflexivos e humanistas, ao ensino cabe preconizar a autonomia nos educandos, tendo no currículo integrado uma aproximação a mais da e com a realidade do ensino, pois busca a integração do conhecimento. Esse objetivo inclui um compartilhamento de responsabilidades entre docente e aluno. O processo de formação não pode ficar restrito ao aluno ter que elaborar a integração dos conteúdos apreendidos, pois, na relação entre teoria-prática, ele pode fazê-lo movido pelo ativismo, como diz Saviani (2007), a ação pela ação, a prática sem rumo claro ou sem objetivo.

Para Reibnitz e Prado (2006a), as opções pedagógicas refletem a ideologia do contexto em que se inserem, tendo por base como se quer que o aluno aprenda e seja capaz de transformar a realidade. Isso se concretiza, também, através de uma educação baseada na criatividade, que possibilita reflexão e ação crítica sobre a realidade social.

O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, a partir da leitura crítica de referências da educação em enfermagem, parece estar para um currículo integrado, no qual se busca a integralidade e a interdisciplinaridade entre conteúdos, práticas de ensino e avaliações, com metodologias ativas para que juntos, docente e aluno, possam alcançar um perfil de egresso generalista, crítico, reflexivo, humanista e criativo.

Nesta pesquisa, os resultados relacionados ao perfil do egresso indicam que todos os PPCs aproximam-se do preconizado pelas DCNs, sendo que, os PPCs 14, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 26, apontam para além do preconizado pelas DCNs, conforme apresentado na tabela a seguir.

Tabela 4: Características do perfil do egresso apresentado pelos 26 PPCs dos cursos de enfermagem de SC.

PPP	Perfil do egresso/profissiográfico/Perfil Profissional Pretendido
1	Enfermeiro, com formações generalistas, humanistas, críticas e reflexivas.
2	Enfermeiro, com formação generalista e capacidade crítica, reflexiva e criativa.
3	Enfermeiros, críticos e criativos, com atuação generalista, habilitados para desenvolver ações de promoção da saúde, de cuidado holístico e de gestão e gerência de serviços de saúde.
4	Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítico-reflexiva e criativa, capaz de compreender o educar, o gerenciar, o pesquisar e o assistir como dimensões do cuidar.
5	Enfermeiro com formação generalista, empreendedor e transformador, que desenvolve o cuidado integral, interagindo com a realidade de maneira crítica, criativa, reflexiva e consciente.
6	Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos.
7	Enfermeiro, com formação generalista, capacidade crítica, reflexiva e criativa, e visão da realidade social em âmbito local e global.
8	Enfermeiros generalistas críticos e reflexivos, com competências técnico-científicas e ético-políticas para exercer atividades de atenção à saúde nas áreas de assistência, pesquisa e ensino
9	Bacharel em enfermagem, enfermeiro generalista, crítico e reflexivo, capaz de conhecer e intervir nas situações saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, regional e local, identificando as

- dimensões bio-psico-sociais e culturais dos seus determinantes.
- 10 Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos.
- 11 O enfermeiro terá formação generalista, competência, cientificidade e expressão de suas características no viver o cuidado na profissão.
- 12 Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos.
- 13 Enfermeiro, com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos.
- 14 O Enfermeiro é um profissional com formação generalista, habilitado para gerenciar o processo de trabalho e a equipe de enfermagem, da qual fazem parte, além dele próprio os técnicos e auxiliares de enfermagem. É formado para assistir pessoas por meio de intervenções de alcance individual e coletivo, desenvolvidas em: Instituições de saúde como centros de saúde, hospitais, ambulatórios, clínicas especializadas. Instituições educacionais como escolas, creches. Empresas. Instituições de pesquisa e extensão. Profissional autônomo. Auditoria, consultoria e assessoria. Instituições de ensino. Formação de recursos humanos. Atendimento domiciliar.
- 15 Profissional generalista, qualificado para o exercício da enfermagem com rigor técnico científico e ético, competente no assistir/cuidar do ser humano, na administração e liderança, de tomar decisões com responsabilidade social e com compromisso com a educação permanente.
- 16 O Curso de Enfermagem da Universidade X formará profissionais que virão suprir uma carência nessa área.
- 17 Competências, ou seja, conhecimentos, habilidades e atitudes que o acadêmico em Enfermagem constituirá ao longo do curso.
- 18 A formação do enfermeiro tem por objetivo dotar o profissional dos conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades. (Conforme as DCNs)
- 19 Generalista, humanista e crítico, qualificando-o para o exercício profissional, com base no rigor científico e intelectual, pautado nos princípios éticos, capacitado para conhecer e explicar os problemas/situações de saúde-doença com base no perfil epidemiológico, intervindo sobre seus determinantes biopsicossociais.
- 20 Profissional generalista, qualificado para o exercício da enfermagem com rigor técnico científico e ético, competente no assistir/cuidar do ser humano, na administração e liderança, de tomar decisões com responsabilidade social e com compromisso com a educação permanente.
- 21 Formação generalista, com domínio das técnicas básicas, de utilização de laboratórios e equipamentos, com condições de atuar nos campos de atividades da saúde que envolvam administração hospitalar e de saúde pública, assistência nas diversas áreas da saúde
- 22 O enfermeiro deve ser um profissional capaz de atuar em todos os níveis de atenção à saúde do indivíduo, família e coletividade.
- 23 Enfermeiro com formação generalista, humanista, crítica e reflexiva
- 24 O enfermeiro deve integrar a prática, de forma que esta seja

- contextualizada socialmente, crítica, criativa, dinâmica, universal, integral, equânime, histórica, dialógica, construtiva e empreendedora.
- 25 O enfermeiro deve integrar a prática, de forma que esta seja contextualizada socialmente, crítica, criativa, dinâmica, universal, integral, equânime, histórica, dialógica, construtiva e empreendedora.
- 26 O enfermeiro deve integrar a prática, de forma que esta seja contextualizada socialmente, crítica, criativa, dinâmica, universal, integral, equânime, histórica, dialógica, construtiva e empreendedora.
-

Fonte: Projetos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

Todos os PPCs apresentam o perfil do egresso e/ou profissiográfico e/ou perfil profissional pretendido. Aproximadamente 14 (quatorze) cursos relatam em seu perfil que o cuidar/cuidado é prerrogativa do futuro enfermeiro.

O perfil do egresso, investigado descritivamente nos PPCs, atende o disposto no art. 3º das DCNs (BRASIL, 2001). Esse dado se confirma com o estudo de Neto *et al.* (2008), ao relatar que há uma tendência dos cursos reproduzirem o conteúdo do texto das DCNs. Para os autores, o compromisso dos cursos com as DCNs, por vezes, os limita quando não há esforço para a reelaboração/ inovação do texto.

Para Silva (2008b), o perfil esperado é aquele em que o profissional seja crítico, reflexivo e desenvolva a liderança na sua área de atuação. Especificamente para os cursos de Enfermagem em SC, o perfil generalista significa atuar nos diferentes níveis de atenção em saúde, como a prevenção, promoção, proteção, recuperação, tratamento, reabilitação da saúde individual e coletiva.

Outro fato a destacar é que apenas 2 (dois) PPCs registram, em seu perfil do egresso, uma formação compromissada/voltada para o Sistema Único de Saúde (SUS), ao citá-lo literalmente. De um lado, esse dado aproxima-se, também, do estudo de Neto *et al.* (2008), pelos cursos, quase unanimemente, não incluírem o SUS em seus perfis de egresso, ou pelo perfil do egresso nas DCNs não registrar o SUS como componente explícito neste tópico.

Por outro lado, segundo Bernardino *et al.* (2006), para preparar os alunos para o SUS é preciso mais do que as DCNs e os PCCs. É preciso que a coordenação de curso envolva todos os atores no processo. Para as autoras, os cursos precisam monitorar constantemente seus conteúdos e objetivos; criar espaços de integração entre as disciplinas; fazer divulgação, pela universidade, de todas as possibilidades de mercado de

trabalho; manter programa permanente de capacitação docente; promover fóruns de discussão sobre as políticas públicas vigentes; ampliar a abordagem da saúde coletiva em todo o curso. Esses apontamentos, para as autoras, necessitam de monitoramento, tendo como norte as DCNs, os PPCs e o perfil do egresso.

Observa-se que 11 (onze) PPCs citam a necessidade de se conhecer e intervir na realidade sanitária a partir do perfil epidemiológico, quando o preconizado pelas DCNs é que o formando seja capaz de exercê-lo.

Dessa forma, através do perfil epidemiológico, as ações em saúde são planejadas e a demanda em saúde mental, necessariamente, constará. Assim, um curso que não aponta o perfil epidemiológico pode não o utilizar no momento da prática. No entanto, pode também deixar de oportunizar o conhecimento sobre o planejamento do cuidado de enfermagem em suas respectivas áreas como, por exemplo, saúde mental. Tal fato pode fazer com que seus egressos não tenham uma formação capaz de atender a realidade sanitária do Sistema Único de Saúde, seja nacional, seja da região de abrangência.

O conhecimento e a intervenção sobre problemas de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico significam reconhecer que os sofrimentos psíquicos/transtornos mentais fazem parte do contexto epidemiológico mais amplo. De todo modo, são incipientes os dados sobre a epidemiologia e os indicadores por tipo de transtornos mentais e comportamentais no Brasil. Os dados oferecidos são amplos, a exemplo dos relatórios Saúde Mental em Dados (BRASIL, 2010b) e diversos deles não fazem parte do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica).

Especificamente sobre os indicadores de saúde mental, eles são colocados como sugestão no documento do Ministério da Saúde, Saúde Mental e Atenção Básica: vínculos e diálogos necessários (Brasil, 2003b). No entanto, a realidade dos serviços de saúde demonstra que os indicadores presentes no SIAB são restritos a internações em hospital psiquiátrico ou internação devido ao uso abusivo de álcool e outras drogas. Assim, cada curso terá que se articular com a organização sanitária local para conhecer sua realidade.

Vasconcelos (2008) refere que a apropriação da epidemiologia pelo movimento sanitário e pelo SUS tem se refletido no uso de instrumentos para estabelecer prioridades nas intervenções, alocação de recursos e na orientação das ações programáticas na Estratégia de Saúde da Família. Tais ações têm a finalidade de analisar e avaliar medidas que busquem promover a saúde da população e a qualidade de vida. O autor

ênfatisa que o aprofundamento sobre a epidemiologia se constitui indispensável no campo das abordagens psicossociais.

O debate científico em relação à evidência e ao valor da carga dos transtornos mentais no campo da saúde coletiva é um desafio para o processo de Reforma Psiquiátrica, conforme indicam estudos¹³, como os de Mello *et al.* (2007), Mello *et al.* (2009) e Rodríguez *et al.* (2009) ao apontarem os índices de transtornos mentais na América Latina e no Brasil como causadores de discapacidades nos cidadãos.

Para Delgado *et al.* (2007), a academia tem feito críticas aos novos serviços de saúde mental quanto à qualidade do trabalho de atenção realizado na rede pública. A Reforma Psiquiátrica levou às discussões científicas da psiquiatria e saúde mental o tema inóspito, por algumas correntes, da organização dos serviços amparados pelos princípios do SUS. Para o autor, a produção científica brasileira, na abordagem da psiquiatria/saúde mental no campo da saúde coletiva, ainda é incipiente. Dessa forma, esse desafio está na formação dos profissionais também na graduação para a saúde coletiva. Mello *et al.* (2007) coloca que os cuidados para sujeitos com transtornos mentais é um dos maiores problemas de saúde coletiva, pois se carece de estudos epidemiológicos, necessários para a compreensão do planejamento em saúde.

Logo, o perfil do egresso, apontado pelas DCNs, ao contemplar a capacidade de conhecer e intervir sobre os problemas ou situações de saúde-doença, prevalentes no perfil epidemiológico, enfatizando a região de abrangência do curso, visa identificar os determinantes das dimensões biopsicossociais, com base no rigor científico, intelectual e ético. Esse desafio posto considera que o ensino do cuidado envolve a busca de informações mais fidedignas em relação aos problemas de saúde mental, encontrados nos serviços de saúde, para que estes possam ser planejados, gerenciados e acompanhados.

Thornicroft e Tansella (2010) colocam que, para a utilização de dados para sustentar o planejamento e a oferta de cuidados, são importantes tais aspectos: 1) definir as categorias dos componentes de serviços para os diferentes níveis de atenção; 2) quantificar as capacidades dos componentes dos serviços, como número de leitos, casos cuidados no domicílio, entre outros; 3) avaliar a qualidade do cuidado dos locais prestadores dos serviços; 4) coletar informações

¹³ Estes estudos enquadram-se, conforme definições de Vasconcelos (2008), em estudos transversais que mostram a prevalência dos transtornos, inquéritos populacionais transversais de transtornos em geral e estudos longitudinais.

qualitativas e quantitativas na equipe; e 5) avaliar o grau de integração e coordenação entre os componentes da rede sanitária de serviços. Os autores indicam que há métodos desenvolvidos para guiar a descrição do cuidado em saúde mental de forma estruturada, a exemplo: a) Classificação Internacional dos Cuidados em Saúde Mental (WHO-ICMHC) e b) European Service Mapping Schedule.

Ainda nesse sentido, para Mello *et al.* (2009), apresenta-se o desafio da brecha do tratamento, que consiste na proporção de pessoas que sofrem com transtornos mentais, mas que não recebem atendimento. Os autores pontuam que a Organização Mundial da Saúde propõe 10 (dez) recomendações, e que podem ser aplicadas no Brasil, para reduzir essa brecha: (1) dispor de cuidado na atenção primária em saúde; (2) disponibilizar medicamentos psicotrópicos racionalmente; (3) prestar cuidados na comunidade; (4) realizar educação em saúde para o público; (5) envolver a comunidade, as famílias e os sujeitos do sofrimento¹⁴ nas ações em saúde; (6) estabelecer políticas, programas e legislação; (7) desenvolver recursos humanos necessários; (8) estabelecer vínculos intersetoriais; (9) estabelecer vigilância em saúde e saúde mental nas comunidades; (10) apoiar novas pesquisas.

Barros (2004) indica que algumas questões continuam presentes, como as contradições no processo de reforma psiquiátrica e a necessária avaliação de instrumentos de intervenção e cuidado.

Logo, o docente, ao ensinar o cuidado de enfermagem em saúde mental ao aluno, considerando os aspectos epidemiológicos, pode buscar modelos de cuidados avaliados na comunidade e que produzam mudanças sobre a saúde/saúde mental do sujeito do sofrimento, para ser utilizado durante o processo de ensino-aprendizagem nas atividades teórico-práticas.

Em relação ao perfil dos egressos apresentado, destaca-se o seguinte trecho:

O Enfermeiro é um profissional com formação generalista, habilitado para gerenciar o processo de trabalho e a equipe de enfermagem, da qual fazem parte, além dele próprio, os técnicos e auxiliares de enfermagem. Sendo assim, ele é formado para assistir pessoas por meio de intervenções de alcance individual e coletivo,

¹⁴ Nesta tese, sujeito do sofrimento é uma locução para manter o duplo sentido do termo sujeito, simultaneamente protagonista (sujeito de direitos) e causado pelo inconsciente, pelas condições históricas e sociais tanto amplas quanto restritas. O sofrimento psíquico advém do posicionamento que o sujeito tem em relação a sua subjetividade (COSTA-ROSA, 2010).

desenvolvidas em: - instituições de saúde como centros de saúde, hospitais, ambulatórios, clínicas especializadas. - Instituições educacionais como escolas, creches. - Empresas. - Instituições de pesquisa e extensão. - Profissional autônomo. - Auditoria, consultoria e assessoria. - Instituições de ensino. - Formação de recursos humanos. - Atendimento domiciliar (PPC 14)

Ao mesmo tempo em que o perfil do egresso é de formação generalista, tem-se como local de aprendizagem clínicas especializadas. Seria dizer que o local de aprendizagem da saúde mental é especialista e generalista ao mesmo tempo; mas não se pode dizer que a especialidade existe e não existe ao mesmo tempo. Assim, o debate entre locais especializados e de níveis de atenção na formação generalista aponta para um desafio, segundo Campos (2000), de como combinar as duas perspectivas, tanto ao socializar saberes e práticas quanto resguardar os especialistas para cooperarem em situações complexas.

O que importa desse destaque do perfil do egresso é que isso pode indicar a realidade sanitária local do curso, de acordo com a demanda de saúde da população e que não necessariamente é utilizada para o campo da saúde mental. Entretanto, o SUS, pautado na saúde coletiva, não tem preconizado clínicas públicas especializadas para a saúde mental. Isso fica a critério da instituição formadora, divergente da política nacional de saúde mental.

Para Meyer e Kruse (2003), há de se interrogar o que seria uma formação generalista, porque esta definição comporta múltiplas interpretações, o que pode determinar uma indefinição do tipo de profissional que se pretenda formar. Questionam as autoras: essa formação generalista se diferencia em quê de uma formação geral? Seria uma contraposição com o conhecimento especializado?

Freitas, Guedes e Silva (2003) compreendem que um profissional com perfil generalista é aquele capaz de se inserir no mercado de trabalho, realizar reflexão crítica, que tenha compromisso ético, científico, social, político frente à realidade sanitária global/local. Intervém sobre o processo que envolve os problemas, situações de saúde/doença, enfatiza os condicionantes e determinantes das dimensões biopsicossociais.

Em seu artigo, que estuda em minúcias cada item do perfil do egresso nas DCNs, Santos (2006) manifesta que, na formação

generalista, o conhecimento deve ser global e menos específico na Enfermagem. Disciplinas como unidade de terapia intensiva ou voltadas para as especialidades em enfermagem não precisam fazer parte do rol das disciplinas principais, podendo entrar como conteúdo em disciplinas mais gerais ou como atividade a ser contemplada em ações complementares. O futuro enfermeiro necessita adquirir uma visão a mais ampliada possível do trabalho e da profissão.

Uma formação generalista para o campo da saúde mental pode preconizar o conhecimento dos problemas de saúde/saúde mental e as respectivas ações em saúde de prevenção, promoção, proteção e reabilitação no campo da saúde mental. Assim, a construção da relação entre um perfil generalista e o desenvolvimento do tema da saúde mental nessa formação, em que a psiquiatria e a saúde mental são historicamente concebidas como especialidades, necessita de reflexões conceituais, a partir das abordagens generalistas e especialistas, para que se possa integrar e aprofundar essa discussão.

Amarante (2008b) propõe que se interogue, no momento da formação - quem, para quê e para quem se pretende formar? Qual o objetivo da formação? O que se pretende mudar com a formação? O autor aponta que é necessário problematizar o conceito de Reforma Psiquiátrica e Desinstitucionalização, para refletir criticamente a formação em saúde mental. O processo de RP visa a transformação social e política da saúde mental, mediando outro lugar social para o sofrimento humano. É preciso colocar a doença entre parênteses para se ocupar dos sujeitos do sofrimento, como dizia Basaglia.

Para Amarante (2008b), a dimensão epistemológica da RP é a mais importante na formação, porém, a menos abordada. Faz-se necessário problematizar o que é ciência, as relações entre saber e poder, a complexidade das experiências humanas ou as produções de sentidos, a subjetividade das relações individuais e coletivas, a clínica, entre outros. Há de se agregar saberes da filosofia, antropologia, sociologia, geografia, história e literatura. O autor destaca que compreender o conceito de método, de conhecimento é essencial, pois também levam à formação de um pensamento crítico sobre a psicopatologia.

De acordo com o Conselho Internacional de Enfermagem - ICN (2009), em seu documento *Estruturas das competências para enfermeiros especialistas*, os domínios esperados de um especialista envolveriam: coordenação de cuidado; gerenciamento de caso; continuidade de cuidado; planejamento, organização, execução e avaliação do cuidado; envolvimento como membro da equipe de trabalho; provimento de apoio terapêutico e psicológico; comunicação

terapêutica; promoção de educação e informação específica; conhecimento de especialista; liderança; prática de pesquisa baseada em evidência; pensamento clínico e de análise; identificação e solução de problemas.

Para Marshall e Luffingham (1999), o desafio na relação entre generalistas e especialistas é definir as competências nucleares específicas, ou seja, os enfermeiros especialistas têm de problematizar e desenvolver pesquisas sobre os núcleos de conhecimentos e competências nucleares para avançarem, claramente, nessa relação.

Cuadra e Apalategui (2001) entendem que a especialidade de enfermagem em saúde mental deve aprofundar o âmbito psíquico e de assistência à pessoa, família e comunidade para fomentar a saúde mental, prevenir a enfermidade e enfrentar as experiências estressantes, detectar os padrões adaptativos de cada pessoa e aplicar o cuidado singular, adequado a partir de uma perspectiva interdisciplinar.

Pode-se interpretar que a diferença entre o enfermeiro generalista e o especialista, no campo da saúde mental, se caracteriza pela responsabilidade técnica e ética atribuída à complexidade da situação em saúde e saúde mental demandada. Esse argumento torna-se importante porque a tomada de posição do docente, em relação ao ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, pressupõe, por vezes, reconhecer os limites entre o ensino de uma prática especialista versus generalista para o aluno. A formação, ao tornar claro para o aluno que a complexidade do sujeito em sofrimento é o que modula o cuidado, talvez possa mostrar para esse futuro profissional que sua atuação requererá um pensamento reflexivo e crítico, de uma materialidade humanista e criativa, no momento de sua ação em saúde.

Nesse contexto, a relação perfil do egresso, encontrado nos PPCs, e o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental remete uma formação norteada pelo SUS. Atribui-se, nesta pesquisa, que o paradigma de Atenção Psicossocial contribui para o estabelecimento de um perfil generalista, reflexivo, crítico, humanista e criativo, a partir do momento em que possibilita analisar se as práticas, baseadas na Reforma Psiquiátrica, estão de acordo com um modelo de atenção psicossocial ou manicomial. Aprofundar o planejamento do cuidado no ensino envolve conhecimentos epidemiológicos que, por sua vez, requerem modelos de cuidados avaliados e coerentes com a realidade local.

A relação dos locais para o desenvolvimento das atividades teórico-práticas tem como parâmetro o SUS, pois a utilização de espaços especializados requer clareza na medida em que tem interface com uma

formação generalista. O campo da saúde coletiva é apontado como parâmetro para se refletir sobre a relação da enfermagem em saúde mental como núcleo de conhecimento (e especialidade) e sua integração com os demais conhecimentos e áreas nos diferentes tipos de currículos. Tendo em vista o que Silva (2008b) afirma, o conceito de saúde nos PPCs em Enfermagem em SC tem acontecido na área de saúde coletiva. A tabela a seguir apresenta os Marcos Teóricos utilizados pelos Cursos, apontados nesta pesquisa.

Tabela 5: Características do Referencial Teórico apresentados pelos 26 PPCs dos cursos de graduação em enfermagem de SC.

PPP	Marco conceitual/Referencial teórico/Marco teórico do Curso
1	Não encontrado. Segue as DCNs
2	Marco Contextual/Situacional, Conceitual. Cuidado de Enfermagem.
3	Conceitos Filosóficos norteiam o curso. Cuidado de Enfermagem.
4	Marco Conceitual. Cuidado de enfermagem.
5	Marco Norteador. Cuidado Integral.
6	Não encontrado. Segue as DCNs.
7	Bases político-filosóficas.
8	Marco Teórico. Teoria do Cuidado
9	Marco Referencial e Marco Filosófico, Conceitual. Cuidado de Enfermagem.
10	Não encontrado.
11	Pressupostos norteadores.
12	Não encontrado. Segue DCNs.
13	Não encontrado. Segue DCNs.
14	Não encontrado. Segue DCNs.
15	Não encontrado. Segue DCNs.
16	Marco Conceitual.
17	Marco Filosófico.
18	Não encontrado. Segue DCNs.
19	Não encontrado. Segue DCNs.
20	Não encontrado. Segue DCNs.
21	Não encontrado. Segue DCNs.
22	Marco Referencial (Situacional; Marco filosófico; Marco pedagógico).
23	Não encontrado. Segue DCNs.
24	Marco Conceitual e Cuidado de enfermagem.
25	Marco Conceitual e Cuidado de enfermagem.
26	Marco Conceitual e Cuidado de enfermagem.

Fonte: Projetos Pedagógicos dos Cursos de Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

Em relação aos Marcos Teóricos dos Cursos, vê-se que em 11 (onze) PPCs não foram explicitamente delimitados, o que não significa que não existam na concepção do próprio curso. Entretanto, esses PPCs apontam alguma associação com as DCNs quando enfatizam que atendem a essa Resolução, a qual, em si, apresenta uma fundamentação teórico-ideológica quando de sua elaboração pelo Ministério da Educação.

Gisi e Zainko (1998) afirmam que o projeto pedagógico deve ser fundamentado em um referencial teórico crítico, pois assim possibilita identificar como essas concepções compõem um determinado processo de formação.

Nesta pesquisa, a abordagem teórica que fundamenta os PPCs, baseada, principalmente, em marcos conceituais, teóricos, filosóficos, estruturais, situacional, pedagógico e pressupostos norteadores é ampla. Isso porque as DCNs declaram princípios de autonomia institucional, flexibilidade e pluralidade na escolha das concepções. As DCNs orientam que os cursos desenvolvam seus arcabouços teóricos, orientação que se confirmou observada ao investigar os PPCs.

Timoteo e Liberalino (2003) afirmam que nas DCNs estão explicitados alguns referenciais teóricos quando orientam uma proposta de relação democrática, horizontal e plural, pensar/fazer, interdisciplinar/transdisciplinar, flexível, reflexivo, criativo e transformador.

Sobre a utilização de marcos nos PPCs, Reibnitz e Prado (2006b) referem que um marco referencial serve como eixo teórico para nortear a proposta do curso. As autoras entendem esse marco referencial como o conhecimento da realidade socioeconômica, política e cultural, local e global, reflete o registro dos problemas gerais que envolvem a sociedade, especificamente a situação de saúde e educação.

Segundo Backes, Silva e Rodrigues (2007), a teoria crítico-social tem sido tomada como referencial teórico para os cursos da enfermagem brasileira, e Saviani, Libâneo e Freire são apontados como referenciais mais citados. Ainda para as autoras, na Região Sul do Brasil, através do trabalho de Saupe (1998), marcos conceituais foram os que mais se destacaram dentro da construção dos currículos. Os resultados desta pesquisa se associam aos apontamentos do trabalho de Saupe.

Nesta tese, em alguns PPCs encontrou-se o registro da Teoria da Complexidade, de Edgar Morin, como uma das teorias componentes do marco referencial. Essa teoria, por vezes, aparece no mesmo marco, juntamente com a Teoria Crítico-Social. Infere-se daí que pode haver uma tendência de integração dessas duas teorias para o campo da educação.

Foi investigado nos PPCs, dentro do preconizado nos marcos, conceitos de cuidados concebidos pelos cursos e que orientam o desenvolvimento da prática docente e também o aluno.

Cuidado de Enfermagem é um processo que envolve ações profissionais de natureza disciplinar e interdisciplinar que se dá na interação dialógico-terapêutica, de forma individual e coletiva. É fundamentado em conhecimentos empíricos, pessoais, éticos, estéticos, educativos, políticos e científicos, entre outros, com a intenção de promover a saúde e a qualidade de vida (PPC 2).

O cuidado de enfermagem considera o ser humano na sua integralidade e, para tanto, requer intervenção interdisciplinar, em seu planejamento, coordenação, execução e avaliação, promovendo a autonomia e as relações solidárias na comunidade (PPC 3)

Cuidado de enfermagem é processo dinâmico, que integra em um só tempo, conhecimento empírico, pessoal, ético, estético, político, ações terapêuticas e educativas da profissão de Enfermagem, sendo construído nas relações interpessoais terapêuticas, ou não, e direcionado à saúde dos seres humanos e do ambiente. Desenvolve-se no conjunto das ações interdisciplinares, das práticas populares e nos diferentes cenários da vida social. Sustenta-se em bases comprometidas com as transformações sociais, pautadas por princípios éticos, solidários, de responsabilidade ecológico-social e de permanente busca da equidade e da igualdade de oportunidades bem como do acesso às condições dignas de vida para todos; implica a compreensão do ser humano nos seus direitos, na sua especificidade, na sua integralidade (PPC 4)

Cuidado Integral: Cuidado é 'entendido como ocupação e preocupação para fora de si, como aplicação do pensamento a algo que não sou eu. Esta ocupação tem um sentido primeiro de preservação de um outro ser humano. Caracteriza-se pela expressão de uma ação' (Heidegger, 1999, p.257). A ocupação/preocupação para fora de si

implica antes a preservação de si, logo, o cuidado integral só se realiza quando estabelecemos uma relação sujeito-sujeito – condição para a integralidade, que envolve o diálogo com o outro, o reconhecimento da subjetividade e do direito universal ao atendimento das necessidades de saúde (Mattos, 2001); se constrói no ato de vincular-se ao outro, na qual são consideradas as diferentes concepções de mundo destes sujeitos. O vínculo se evidencia através do interesse, respeito e na aceitação de diferenças. (PPC 5)

Teoria do Cuidado: É de entendimento do grupo que o cuidar de si e do outro, deve estar presente no contexto das relações. O cuidado significa, segundo Martin Heidegger, '[...] um fenômeno que é a base possibilitadora da existência humana. [...] Do ponto de vista existencial, o cuidado se acha a priori, antes de toda atitude e situação do ser humano, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda a atitude e situação de fato'. (PPC 8)

Cuidar/cuidado é o processo de interação no qual a/o enfermeira se utiliza, com base nos conhecimentos, valores/crenças e habilidades. Está implícito na interação entre quem cuida e quem é cuidado a responsabilidade de ambos. É uma atitude de comprometimento ético e estético com o ser cuidado (PPC 9)

Cuidado de enfermagem é a práxis de enfermagem, exercida no âmbito da atenção e da assistência ao sujeito individual e coletivo com sensibilidade, cientificidade, comprometimento e ética. O agente que desta prática se ocupa deve interagir com a pessoa atendida e também com a comunidade, respeitando as características de cada um e tendo como propósito de proteger e recuperar a saúde, mas também de ajudar a construção da cidadania (PPCs 24, 25, 26)

A intencionalidade de se buscar os conceitos de cuidado nos PPCs, para esta tese, é de analisar se esses conceitos poderiam ser

contraditórios para o desígnio de uma formação generalista. Todavia, os conceitos de cuidado nos PPCs também podem servir de diretrizes para que o cuidado de enfermagem em saúde mental possa ser concebido e desenvolvido no ensino.

Embora não haja uma conceituação de cuidado de enfermagem nas DCNs, alguns cursos entendem que o aprofundamento deste é de sua responsabilidade. Nas DCNs, o cuidado de enfermagem é enfatizado, em seus arts 5º e 6º como uma atribuição do enfermeiro, através da utilização de tecnologias que garantam a qualidade desse cuidado, sob os princípios éticos, legais e humanísticos.

Silva (2008b), ao estudar os PPCs dos cursos de graduação em Enfermagem de SC, enfatiza que a discussão da integralidade no SUS e a construção do conceito ampliado de saúde já se iniciam desde a primeira fase dos cursos.

De todo modo, pode-se dizer que as definições registradas nos PPCs, alicerçadas pelos elementos que as constituem, são comparadas, em suas formas gerais, com o conceito de Cuidado em Saúde, formulado em Pinheiro (2009). Por se aproximarem do entendimento dessa autora, bem como dos princípios do SUS e das DCNs, principalmente em relação à citação da integralidade e interdisciplinaridade como elementos componentes das definições, os conceitos de cuidado encontrados nos PPCs podem estar apresentados em uma perspectiva de formação de enfermeiro generalista.

Segundo Pinheiro (2009), o cuidado em saúde é tido como dimensão da integralidade em saúde e permeia as práticas de saúde. É constituído pelos elementos como acolhimento, vínculo e responsabilidade. O cuidado envolve uma relação intersubjetiva e que é desenvolvida em um tempo contínuo, envolvido por saberes profissionais e tecnologias. Visa abrir espaços para negociação e inclusão do saber, necessidades e desejos do outro.

De outro ângulo, quando os PPCs apontam os conceitos de cuidado também, relacionando com a Lei nº 7.498/86 e o Decreto nº 94.406/87, (COFEN, 2010b;c), pois dentre as atividades privativas do enfermeiro, são destaques no art. 8º da referida Lei: “[...] g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves, com risco de vida; [...] h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas.”

Infere-se, pelo que está grafado nos PPCs, ao dissertarem sobre o cuidado de enfermagem, que há coerência tanto com as DCNs quanto com a Lei de Regulamentação do Exercício da Enfermagem, pois há

exposição do cuidado nos PPCs e os debates a partir dessas definições podem contribuir para a reflexão de que, para cada contexto de trabalho com determinado nível de atenção, há uma complexidade de cuidado equivalente.

Santos (2006), ao analisar nas DCNs o termo cuidado, registra que este é o cerne do exercício profissional do enfermeiro e enfatiza que deve ser diferenciado das palavras cuidar e assistir, pois, nas DCNs, são ausentes os respectivos esclarecimentos. Cuidado, para a autora, conota responsabilidade e zelo, pois o processo de cuidar é a forma como se dá o cuidado, e é um processo interativo que desenvolve ações, baseadas no conhecimento científico, na experiência e na intuição, tendo no pensamento crítico a ferramenta para realizar ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação para e com o ser cuidado. Nesse caso, também os conceitos dos PPCs se aproximam do pensamento da autora.

Os conceitos encontrados nos PPCs também podem ser balizados na proposta de Pires (2009), na qual o cuidado de enfermagem é objeto de estudo da disciplina de enfermagem, em que o processo de cuidar possui três dimensões básicas: Cuidar – Educar e Pesquisar – Administrar-Gerenciar. Assim, os PPCs apontam o cuidado de enfermagem enquanto objeto de estudo da disciplina de enfermagem ao referirem a intencionalidade de ser desenvolvida de forma planejada, executada, avaliada, científica, política, ética, que visa a qualidade de vida e transformação social. Esses conceitos também se inserem nas dimensões do processo de Cuidar quando afirmam que o cuidar envolve indivíduos, coletivos e comunidade com a finalidade de promover saúde e cidadania. Do mesmo modo, incluem-se na dimensão do Educar por estarem em instituições de ensino.

Entende-se que os achados nos PPCs, nos Marcos Teóricos e Conceituais, dentre outros sobre cuidado, o referenciam como cuidado de enfermagem, cuidado integral e teoria de cuidado.

Santos (2006) compreende que, na enfermagem, não se pode separar o cuidado humano, do profissional e do ecológico. Cuidado humano porque o cuidar se manifesta como comportamentos e ações formadas por conhecimentos, valores, habilidades e atitudes, realizadas para desenvolver a potencialidade do ser humano, para a melhoria da condição humana no processo de viver e morrer. Cuidado profissional considera que o cuidado humano envolve a ética, princípios e valores e, esse cuidado, faz parte do ensino e da prática das profissões e está disposto na Lei do Exercício Profissional e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Cuidado ecológico é o cuidado com o

planeta terra, os seres vivos, as águas e outros, cuja centralidade são todos os seres do meio ambiente (SANTOS, 2006).

Por outro lado, Moya (1999) enfatiza que o cuidado é de natureza universal, todas as ações de cuidado envolvem interesse (implicação) e preocupação para amenizar uma situação ou produzir o bem-estar do sujeito. O cuidado profissional está envolvido por componentes científicos, com ações reconhecidas pela eficácia, em que o cuidador/profissional se utiliza de conhecimentos para cuidar do outro, diferindo do cuidado geral por seus elementos e funções. O cuidado de enfermagem se diferencia dos demais cuidados por sua finalidade e pelos meios utilizados para sua concretização. Deve estar fundamentado em um corpo de conhecimentos que possam ser ensinados e aprendidos. O cuidado de enfermagem exige destreza distinta e complexa nas ações de suporte e ajuda.

A teoria do cuidado consiste na teorização sobre a natureza, os limites e a validade de um conjunto de conceitos, definições e proposições que projetam uma visão sistemática dos fenômenos acerca do cuidado. Estabelece relações específicas entre os conceitos, a fim de descrever, explicar, prever ou controlar o objeto cuidado (MOYA, 1994). Assim, quando o PPC (8) registra o tipo de teoria do cuidado, refere-se que o entendimento do curso sobre o cuidado também se dá a partir da corrente filosófica da fenomenologia, para quem o cuidado é uma condição humana. O entendimento de que o cuidado envolve a si e ao outro se aproxima com o das DCNs.

O cuidado integral, referenciado pelo PPC (5), aproxima-se do entendimento de Pinheiro (2009), para quem ele é uma ação integral para a compreensão de saúde como direito de ser. É um cuidado voltado para as diferenças dos sujeitos, respeitando suas singularidades, como cultura, gênero, história de vida, etnia, entre outros. Visa a resolutividade dos problemas surgidos das fragilidades do ser humano em seu sofrimento. Esse cuidado ocorre a partir da relação de interatividade entre usuário, profissional e instituição.

Contudo, as definições de cuidado de enfermagem expressas nos PPCs refletem, como em Pires (2009), um objeto em debate e em construção, pois está inserido no próprio processo de estruturação da disciplina enfermagem. O aprofundamento do objeto da disciplina é o que confere a objetividade de uma disciplina científica, pois na base de uma prática científica existem ações humanas e não um objeto dado.

O processo de construção da disciplina de enfermagem, para Pires (2009), nasce com a necessidade social de qualificar o cuidado de enfermagem para grupos populacionais, a partir de Florence

Nightingale. A disciplina se amplia com a sistematização das técnicas de enfermagem, com os princípios científicos e com a construção das teorias de enfermagem, a partir dos anos 1950. Como não há consenso em relação à definição de cuidado, os debates contribuem para a estruturação da enfermagem enquanto disciplina do campo da saúde, tendo o cuidado como objeto epistemológico, ou seja, a comunidade científica é quem determina a disciplina e o objeto para estabelecer o saber.

O conteúdo do cuidado é uma construção histórico-social, definido por teorias e paradigmas relacionados ao contexto historicamente determinado para responder a disciplina de enfermagem, bem como para áreas de especificidades, a exemplo do campo da saúde mental.

Assim, os conceitos de cuidado, expressos nos PPCs dos cursos, contribuem para duas direções, de um lado para uma formação generalista, pois se aproxima do cuidado em saúde. De outro lado, para que o docente, ao ministrar o conteúdo do cuidado de enfermagem em saúde mental, tenha uma diretriz para práticas de ensino. Desse modo, o ensino do cuidado de enfermagem requer uma relação entre o ensino-aprendizagem da prática educativa, com um modelo de cuidado de enfermagem, relacionado com o campo da saúde mental, norteado pelo SUS.

5.1.2 Resultados e discussões dos Planos de Ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental

As mudanças provenientes das DCNs nos PPCs de Enfermagem repercutiram na formulação dos novos planos de ensino. Para Teixeira *et al.* (2006), esse processo exige transformação nos objetivos da formação, certificando-se de que os planos possam orientar a escolha dos conteúdos a serem desenvolvidos. Conforme a tabela a seguir, foram caracterizados: a apresentação dos cursos, através dos planos de ensino¹⁵, e nestes foi investigada a denominação da disciplina/módulo, carga horária teórica e prática, número de docentes na teoria e prática, período/semestre em que a disciplina/módulo é ministrada.

¹⁵ Os planos de ensino são enumerados de 1 a 26 conforme os cursos. Como há mais de uma disciplina e/ou módulo/eixo/núcleo, que desenvolve a saúde mental/psiquiatria, foram atribuídas letras de identificação. Total de 45 planos de ensino.

Tabela 6: Caracterização da denominação da disciplina, carga horária teórica, prática, número de docentes na teoria e prática, período/semestre que a disciplina é ofertada.

Planos	Denominação da disciplina/módulo	Carga horária teórica	Carga horária prática	Número de docentes teoria	Número de docentes prática	Período/Semestre
1a	Enfermagem em Saúde Mental I	45 horas	-----	1	-----	3ª Fase
b	Enfermagem na Saúde Mental II	60 horas	60 horas	1	1	7ª Fase
2	O cuidado no processo de viver humano III	111*	321 horas*	5	5	6ª Fase
3	Enfermagem em Saúde Mental	108 horas	-----	4	Inespecífica	7ª Fase
4	Cuidado de Enfermagem na Saúde Mental	72 horas	-----	1	-----	4ª Fase
5a	Cuidado de Enfermagem à Criança e ao Adolescente **	72 horas	Inespecífico	2	2	4ª Semestre
b	Cuidado de Enfermagem ao Adulto e ao Idoso I**	Inespecífico	72 horas	3	3	6ª Semestre.
6a	Enfermagem na Saúde Mental I	45 horas	-----	1	-----	3ª Fase
b	Enfermagem na Saúde Mental II	60 horas	60 horas	2	2	7ª Fase
7a	Cuidado Terapêutico II	60 horas	-----	1	-----	4ª Fase
b	Cuidado de Enfermagem ao Indivíduo com Transtornos Mentais e sua Família	45 horas	45 horas	1	1	7ª Fase
8	Estágio Curricular Supervisionado I	Inespecífico	Inespecífico	Inespecífico	Inespecífico	7ª Fase
9	Enfermagem na Saúde Mental	120 horas	Inespecífico	3	-----	4ª Fase
10	Saúde Mental****	60 horas	Inespecífico	1	1	6ª Fase
11	Enfermagem em Saúde Mental II	120 horas	60 horas	1	1	7ª Fase
12	Saúde Mental****	60 horas	-----	1	-----	6ª Fase
13	Assistência de Enfermagem em Saúde Mental	102 horas	51 horas	1	2	5ª Semestre.
14	Atenção Integral à Saúde do Adulto e do Idoso II**	Inespecífico	Inespecífico	1	Inespecífico	6ª Semestre.
15a	Saúde do Adulto e do Idoso - Saúde Mental**	15 horas	-----	1	-----	4ª semestre
b	Saúde da Mulher, Criança, Adolescente, Adulto e Idoso - Enfermagem em Transtornos Psiquiátricos.**	34 horas	-----	1	-----	6ª Semestre.
16a	Enfermagem na Saúde Mental I	45 horas	-----	1	-----	3ª Fase
b	Enfermagem na Saúde Mental II	120 horas	Inespecífico	1	-----	7ª Fase
17	Enfermagem em Saúde Mental	60 horas	15 horas	1	1	6ª Período.
18	Enfermagem em Saúde Mental	80 horas	-----	1	-----	5ª semestre.
19a	Adulto: Família e Sociedade**	Inespecífico	Inespecífico	1	1	5ª Fase
b	Idoso: Família e Sociedade**	Inespecífico	Inespecífico	1	1	5ª Fase
c	Internato: Atenção Terciária**	Inespecífico	Inespecífico	1	1	7ª Fase
d	Internato em Atenção Básica e Secundária**	Inespecífico	Inespecífico	Inespecífico	Inespecífico	8ª Fase
20a	Saúde do Adulto e do Idoso I**	30 horas	-----	Inespecífico	-----	4º Período
b	Atividade Assistencial na Saúde Mental***	Inespecífico	40 horas	Inespecífico	Inespecífico	4º Período
c	Enfermagem em Transtornos Psiquiátricos***	42 horas	-----	Inespecífico	-----	6º Período.
d	Atividade Assistencial aos Transtornos Psiquiátricos***	Inespecífico	56 horas	Inespecífico	Inespecífico	6º Período.
21a	Enfermagem na Saúde Mental	45 horas	-----	1	-----	3ª semestre.
b	Enfermagem em Neuropsiquiatria	60 horas	-----	1	-----	6ª semestre
22a	Unidade Disciplinar Enfermagem em Saúde Mental***	18 horas	-----	2	-----	2ª semestre.
b	Unidade Disciplinar Enfermagem em Saúde Mental***	18 horas	-----	1	-----	4ª semestre.
c	Cuidados de Enfermagem ao Indivíduo Hospitalizado em Intercorrências Psiquiátricas **	Inespecífico	Inespecífico	2	Inespecífico	6ª semestre.
23a	Saúde Mental	60 horas	-----	1	-----	4ª Semestre
b	Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica	60 horas	60 horas	2	2	7ª Semestre
24a	Enfermagem em Psiquiatria	75 horas	-----	1	-----	4ª Fase
b	Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica	60 horas	60 horas	1	1	7ª Fase
25a	Saúde Mental	60 horas	-----	2	-----	4ª Semestre
b	Estágio Curricular Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica	60 horas	60 horas	2	3	7ª Semestre.
26a	Saúde Mental	60 horas	-----	1	-----	4ª Semestre
b	Estágio Supervisionado em Enfermagem Psiquiátrica	60 horas	60 horas	1	1	7ª Semestre.

* Horário para Atenção Básica e Saúde Mental. Não quantifica a carga da Saúde Mental

**Disciplinas que possuem módulos de Saúde Mental

*** Módulos que estão inseridos em disciplinas mais amplas.

**** Módulos de Saúde Mental.

Fonte: Planos de ensino da disciplina/módulo de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental dos 26 cursos de Graduação em Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

Dos 26 (vinte e seis) cursos, pode se verificar que 5 (cinco) realizam apenas atividades teóricas. Nos 21 (vinte e um) cursos que realizam atividades teórico-práticas foi atribuída, em alguns dados, a palavra “inespecífico” quando não se visualizou o detalhamento da informação para a carga teórica e o número de docente. Para a carga horária prática, a palavra “inespecífico” tem o sentido de que há a prática, mas sem detalhar a informação, em relação ao número de horas e, por vezes, ao docente.

Todos os cursos ofertam e apresentam disciplina e/ou módulos de saúde mental de forma que se compreenda que essa é obrigatória. 2 (dois) cursos apresentam uma disciplina optativa com a temática fenômenos das drogas, ambos com 36 (trinta e seis) hora/aula.

Em relação aos nomes das disciplinas, observou-se coerência com o preconizado pelas DCNs, pois esta propõe uma ampla liberdade na composição das estruturas curriculares. Com isso, o universo apresentado é amplo. Há cursos que possuem de 2 (duas) a/ou 4 (quatro) disciplinas/módulos durante o curso. Vê-se que há cursos que denominam a disciplina literalmente, outros que incluem módulos próprios de saúde mental no currículo ou inseridos em disciplinas matrizes, o que amplia a variedade de denominações.

As denominações mostram, de certa forma, uma ruptura com a linguagem mais tradicional de enfermagem psiquiátrica quando apresentada sob a forma de disciplinas e/ou módulos. Destaca-se que, em uma disciplina, a denominação cuidado de enfermagem na saúde mental possuiu coerência com a proposta deste estudo. Isso é destacado como relevante, considerando que o próprio nome da disciplina associa a enfermagem ao cuidado, à saúde mental, além da possibilidade de o docente ensinar a partir dessa perspectiva.

Maftum (2010) comenta que as denominações enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, predominantes nos currículos, são originários no ensino da enfermagem como um todo. Embora haja mudanças nas nomenclaturas, na carga horária e no momento no curso, continua se dando ênfase à saúde e ao transtorno mental, no que se refere às atividades teórico-práticas. O estudo de Malvarez (2006), na América Latina, apontou que as escolas utilizam, em sua maioria, enfermagem psiquiátrica, saúde mental ou as duas nomenclaturas.

Comparado ao estudo de Alencastre *et al.* (2000), observa-se que, por um lado, as denominações se aproximam quando apontadas como enfermagem psiquiátrica, psiquiatria e neuropsiquiatria, na década passada. Por outro lado, com as mudanças curriculares, nas quais as disciplinas nos currículos integrados passaram a módulos, sofreram

também mudanças nos nomes. Outro fator que parece ter influenciado foram as mudanças decorrentes da Reforma Psiquiátrica, as mudanças nos contextos sociais e institucionais, contribuindo também para a variação nominal das disciplinas/módulos.

A variação da carga horária teórica, envolvendo os planos que especificam a disciplina/módulo, foi atribuída a dois fatores:

a) de acordo com o número de vezes em que a disciplina é ofertada durante o curso, como exemplo, o plano 1a,b oferta a disciplina enfermagem em saúde mental I, com 45 hora/aula, no 3º (terceiro) semestre; e enfermagem em saúde mental II, com 60 hora/aula, no 7º (sétimo) semestre. Planos desenvolvidos uma (1) vez durante o curso e apresentam carga horária teórica entre 42 a 120 horas-aula, como os Planos 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 17 e 18. Planos distintos e desenvolvidos em 2 (duas) ou mais disciplinas/módulos durante o curso (Planos 1, 5, 6, 7, 15, 16, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26);

b) de acordo com o momento de oferta pelo curso. Os planos que são desenvolvidos nos primeiros semestres têm carga horária entre 15 a 120 horas-aula (1a, 6a, 7a, 15a,16a, 21a, 22a, 23a, 24a, 25a, 26a). Nos semestres em que os planos de ensino são desenvolvidos próximos ao fim do curso, a carga horária teórica aumenta e varia entre 60 a 120 horas-aula, como exemplo, os planos 1b, 7b, 15b, 16b, 22b,c, 23b, 24b.

Portanto, a carga horária teórica encontrada nos planos de ensino apresenta um mínimo de 15 horas-aula a um máximo de 120 horas-aula. No entanto, existem planos que não detalham esse item, são eles: os planos 2, 5b, 8, 14, 19a,b,c,d, 20b,d, 22c.

Quanto às variáveis sobre a carga horária prática, esta é caracterizada em:

a) cursos que desenvolvem a saúde mental mais de uma vez (no curso) e que a disciplina/módulo é ofertada pela segunda vez, a carga prática varia de 40 a 72 horas-aula, como os planos 1b, 5b, 7b, 20b,c,d, 23b, 24b;

b) cursos em que a disciplina/módulo desenvolve a saúde mental uma vez, a carga prática varia entre 15 e 60 horas-aula, como os planos 11,13 e 17.

c) cursos que apontam existir a parte prática, mas sem especificar a carga prática para a saúde mental, como os planos 2, 3,10 e 19a,b,c,d.

Há 5 (cinco) cursos que realizam apenas atividades teóricas, a exemplo dos planos 4, 12, 15a,b, 18, 21a,b.

Comparar a carga horária total do curso com a carga horária teórica máxima de 120 h/a e prática 72 h/a encontradas nos planos estudados nesta tese, pode-se fazer a proporção de um curso que tenha

4.000 horas para uma soma de 192 horas-aula (total dos máximos de teoria e prática), ficam disponíveis 4,8% de saúde mental para todo o curso. Malvarez (2006) sinaliza que, na América Latina, há um predomínio de 5% da carga horária total dos cursos para o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, correspondentes a 177 horas-aula totais nos cursos, entre teoria e prática. Em relação ao Brasil, a autora menciona que há um predomínio, na época do estudo, de 198 horas-aula.

Entretanto, não foram encontrados dados que possibilitem ter um parâmetro atual (BRASIL, 2001). As DCNs sinalizam a flexibilidade para os cursos definirem a distribuição da carga horária, e não há legislação específica que determine o tempo adequado para o ensino de enfermagem em saúde mental, durante o curso. Por outro lado, como a ideia é problematizar/superar a condição de especialidade no currículo, cada curso busca sua melhor forma de utilizar o tempo.

Há, ainda, 4 (quatro) planos que referem realizar estágio supervisionado em enfermagem psiquiátrica. As DCNs, sobre isso, apontam, no parágrafo único do art. 7º, que a carga horária mínima de estágio curricular supervisionado deverá totalizar 20% da carga horária total dos cursos.

De todo modo, parece que, quando não há a atividade prática, a formação do futuro enfermeiro pode se fragilizar, tendo, talvez, dificuldade de integrar a saúde mental com as ações em/de saúde. A relação com sujeitos do sofrimento, na formação, contribui para desmistificar o imaginário em relação à loucura, além de proporcionar ao aluno o contato com a prática do cuidado de enfermagem em saúde mental e, principalmente, a possibilidade de mudança de atitude frente a demanda em saúde mental. A revisão integrativa de literatura, apresentada nesta tese, demonstrou, através de estudos nacionais e estrangeiros, que a realização da parte clínica em saúde mental é motivadora de transformação do graduando em atender as demandas em saúde mental, bem como decidir a se aperfeiçoar nesta área.

Os cursos que não possibilitam o exercício de atividades teórico-práticas em saúde mental tornam incompleta a formação do futuro enfermeiro. Para Timoteo e Liberalino (2003), há queixas constantes dos alunos de que, na universidade, tem teoria demais e prática de menos. Isso revela uma utilização inadequada do tempo ou das estratégias de ensino. A formação aparece limitada por falta de abrangência na explicação dos problemas, na dificuldade de se utilizar os conteúdos vistos em teoria e que exigem aplicabilidade na prática para adquirir habilidade.

Silva (2008b) coloca que, com a ausência da prática, também falta a reflexão sobre ela própria, o que pode prejudicar as ações de cuidado ou reforçar um modelo divergente do SUS, tendo em vista que uma prática reflexiva possibilita ao futuro profissional considerar suas próprias ações no processo formativo.

Para Moya (2005), o conhecimento prático e clínico não pode ser formalizado nem ensinado, já que é difícil de explicitá-lo verbalmente. Este ensino prático somente pode ser demonstrado, pois é junto com a prática dos enfermeiros, de uma maneira implícita, pessoal e irrepetível que ele pode acontecer.

O docente de enfermagem psiquiátrica/saúde mental tem sido a primeira referência profissional para o aluno desenvolver os conteúdos, habilidades e competências para lidar com o sujeito do sofrimento. A ausência de atividades teórico-práticas impossibilita a demonstração de como se cuida no campo da saúde mental.

Para Kantorski e Silva (2001), a divisão entre disciplinas teóricas e práticas representa resquícios da reforma universitária de 1968, pois revela um parcelamento característico da divisão entre trabalho intelectual e manual. A preocupação das autoras é que o aluno tenha que articular a teoria e a prática, em um gesto de somar fragmentos de saberes. Apontam, ainda, que as fragmentações contribuem para ocultar diferenças entre docentes podem limitar a integração das disciplinas e podem reforçar práticas de exclusão.

Quanto ao número de docentes na teoria, nesta pesquisa, são apresentados os seguintes dados:

a) Os cursos em que os planos são desenvolvidos pelos docentes durante uma (1) vez:

- um (1) docente – planos 10, 11, 12, 13, 17 e 18.

- 3 (três) docentes – plano 9

- 4 (quatro) docentes – plano 3

b) Os planos em que há duas ou mais disciplinas/módulos:

- um (1) docente - planos 1a,b; 7a,b; 15a,b; 16a,b; 19a,b; 21a,b; 24a,b; 26a,b; plano 19c, apresenta um (1) docente sem registrar se ele é para teoria ou prática e se é para desenvolver a saúde mental

- 2 (dois) docentes - plano 25a,b

- 3 (três) docentes - plano 9

- 4 (quatro) docentes - plano 3, sem especificar os que lecionam a teoria ou prática

c) Planos que mudam o número de docentes, conforme as vezes que a disciplina/módulo é ofertada:

Os planos 6 e 23 indicam um (1) docente para a primeira

disciplina e 2 (dois) para a segunda disciplina; Os planos 5a possui 2 (dois) docentes e o 5b 3 (três) docentes; O Plano 22 possui 2 (dois) docentes para a primeira disciplina, um (1) para a segunda e 2 (dois) para a terceira.

d) Os planos 8, 19d, 20a,b,c,d não informam/não especificam o número de docentes para a teoria.

No entanto, dos 45 planos existentes, o número de docentes para desenvolver a parte teórica corresponde, em sua maioria, de um (1) (em 28 planos), a 2 docentes (em 7 planos); com cursos que variam de 3 a 5 docentes (2, 3,5b, 9, total de 4 planos) e 6 planos inespecíficos. Esses dados são similares ao estudo de Maftum e Alencastre (2008), ao estudarem o cenário da qualificação docente de enfermagem em saúde mental, no estado do Paraná, onde há predomínio de um (1) docente da área. As autoras enfatizam que os sujeitos da pesquisa relataram que esse dado dificulta a sustentação das discussões sobre a importância e o como deveria ser o processo pedagógico desta área específica de saúde mental.

O número de docentes na prática é apresentado conforme o quantitativo abaixo:

- 1 (um) docente – planos 1b, 7b, 10,11, 17, 19a,b,c, 24b, 26b.
- 2 (dois) docentes – 5a, 6b, 13, 23b.
- 3 (três) docentes – 5b, 25b.
- 5 (cinco) docentes – planos 2 (sem especificar se são ambos para teoria e prática)
- Inespecífico – 3, 8, 9, 14, 16b, 19d, 20b,d, 22c.

Há o predomínio de um (1) docente (9 planos), com variações entre 2 (dois) (4 planos) e 5 (cinco) (1 plano) para o exercício das atividades teórico-práticas. Verificou-se, ainda, 9 planos inespecíficos para essas atividades.

De maneira geral, os cursos em Santa Catarina se apresentam com turmas com números que variam entre 30 a 50 estudantes e, em maioria, de 1 a 2 docentes para contemplar as atividades de ensino na prática.

Por um lado, na medida em que a modalidade dos cursos é, predominantemente, de vínculo privado, os registros nos planos podem não refletir as alterações durante a oferta das disciplinas nos semestres. Outros docentes ou enfermeiros da assistência podem ter sido contratados para o momento da prática, os alunos em grupos podem se revezar nos campos da atividade teórico-prática com os respectivos docentes.

Por outro lado, isso também pode revelar uma insuficiência entre

a relação docente e aluno, tendo em vista a complexidade que reveste o campo da saúde mental, exige quadro que pode prejudicar a qualidade do ensino do cuidado nesse campo, devido ao comprometimento, pela distribuição de alunos por docente, no campo de atividade teórico-prática.

Em relação aos planos que indicam a realização de estágio supervisionado, de um lado, a Resolução Cofen nº 371/10, (COFEn, 2010d) aponta para uma proporção de estagiários por supervisor de, no máximo, 10 e, o mínimo, 5 alunos por supervisor. Esta proporcionalidade é variável e deve considerar o número de estudantes por nível de complexidade da assistência de enfermagem. Por outro lado, as DCNs orientam os cursos a realizarem atividades¹⁶ teóricas e práticas e de supervisão de estágio sem propor o número de estudante por supervisor e/ou professor.

Sobre o período/semestre em que a disciplina é ministrada, nos planos em que a disciplina/módulo há variação entre o 2º ao 8º semestres. Todavia, sabe-se que a escolha pelo momento em que a disciplina/conteúdo específico deva ser ministrada, de acordo com as DCNs, é de decisão do curso. Nesse sentido, observou-se, nos planos pesquisados, que a parte teórica é desenvolvida antes do meio do curso; e a parte prática, na segunda metade dos cursos, com concentração no 6º e 7º semestres.

Os dados oriundos dos planos, a respeito de seus objetivos, estão apresentados na Tabela 7. Destarte, os critérios para classificar os objetivos dos planos foram:

- a) Cuidado – descrição ou citação.
- b) Reforma Psiquiátrica - que houvesse descrito ou citação direta de Reforma Psiquiátrica ou Política de Saúde Mental¹⁷.
- c) Paradigma Psicossocial – descrição ou citação direta; relação com o Quadro 7 desta tese.
- d) Paradigma Psiquiátrico – descrição ou citação direta; relação com o Quadro 7 desta tese.

¹⁶ Conforme Andrade, Araújo e Lins (1989), atividade teórico-prática é um recurso pedagógico que reflete somente a aplicação do conteúdo teórico com objetivo de desenvolver destreza manual e implementar conhecimento obtido, acumulado durante o curso. O estágio curricular/supervisionado é uma etapa de ampliação do conhecimento reflexivo e de aprimoramento de habilidades em uma situação real. É a parte do curso em que há o concílio do saber e o fazer para que o aluno haja, profissionalmente, mais consciente, crítico e criativo.

¹⁷ Embora reconheça que a Política de Saúde Mental seja uma dimensão da Reforma Psiquiátrica, entende-se como Kantorski e Silva (2001) ao afirmarem que, quando os docentes abordam o tema da política de saúde mental, a reforma pode vir a ser discutida.

Tabela 7: Objetivos gerais e específicos das disciplinas/módulos de saúde mental/psiquiatria.

PLANOS	Cuidado	Reforma Psiquiátrica	Paradigma Psicossocial	Paradigma Psiquiátrico
1a	Não	Sim	Sim	Sim
b	Não	Sim	Sim	Sim
2	Não	Sim	Sim	Sim
3	Sim	Sim	Sim	Sim
4	Sim	Sim	Sim	Não
5a	Sim	Não	Não	Não
b	Sim	Não	Não	Não
6a	Não	Não	Sim	Sim
b*	Não	Não	Não	Não
7a	Sim	Não	Sim	Não
b	Não	Não	Não	Sim
8	Sim	Não	Não	Sim
9	Sim	Sim	Sim	Sim
10	Sim	Sim	Sim	Sim
11	Sim	Não	Sim	Sim
12	Sim	Sim	Sim	Sim
13	Não	Não	Não	Sim
14	Sim	Sim	Sim	Sim
15a	Não	Sim	Não	Não
b	Não	Não	Não	Sim
16a	Não	Não	Não	Sim
b	Sim	Sim	Sim	Sim
17*	Não	Não	Não	Não
18	Não	Não	Sim	Sim
19a	Sim	Sim	Não	Não
b	Sim	Não	Não	Não
c	Não	Não	Sim	Não
d	Não	Sim	Sim	Não
20a	Sim	Não	Sim	Sim
b	Sim	Não	Sim	Sim
c	Sim	Não	Não	Sim
d	Sim	Não	Não	Sim
21a	Não	Não	Não	Sim
b	Sim	Não	Sim	Sim
22a	Não	Não	Sim	Não
b	Sim	Não	Sim	Não
c	Sim	Sim	Sim	Sim
23a	Sim	Sim	Sim	Sim
b	Não	Sim	Não	Sim
24a	Não	Não	Não	Sim
b	Não	Sim	Sim	Sim
25a	Não	Sim	Sim	Sim

b	Sim	Sim	Sim	Sim
26a	Não	Sim	Sim	Não
b	Sim	Sim	Sim	Sim

*Apresenta Plano sem objetivo, mas com Ementa da Disciplina. Não foram tratados seus dados.

Fonte: Planos de ensino da disciplina/módulos de enfermagem psiquiátrica/saúde mental dos 26 cursos de Graduação em Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

Os planos 2, 5a e b apresentam competência geral e específicas em vez de objetivos da disciplina; os planos 6b e 17 referem-se à ementa sem apresentar objetivos. Os demais (40 planos) descrevem os objetivos gerais e específicos.

Os dados referentes aos objetivos foram tratados de modo que se pudesse verificar o cuidado nas finalidades das disciplina/módulos e se está norteado pela Reforma Psiquiátrica e/ou orientado pela concepção paradigmática psiquiátrica e/ou psicossocial. A análise do conteúdo do cuidado de enfermagem em saúde mental também está presente nos objetivos das disciplinas/módulos nos planos de ensino.

Conquanto, foram diferenciados os objetivos dos planos que continham a citação Cuidado daqueles que não faziam referência.

a) Planos que não fazem referência ao Cuidado – 1a,b, 2, 6a, 7b, 13, 15a,b, 16a, 18, 19c,d, 21a, 22a, 23b, 24a,b, 25a, 26a.

b) Planos que fazem referência ao Cuidado – 3, 4, 5a,b, 7a, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 16b, 19a,b, 20a,b,c,d, 21b, 22c,d, 23a, 25b, 26b

c) Dos planos cujo Cuidado não é norteado pela Reforma Psiquiátrica: 5a,b, 7a, 8, 11, 19b, 20a,b,c,d, 21b, 22b.

d) Dos planos cujo Cuidado é norteado pela Reforma Psiquiátrica: 3, 4, 9, 10, 12, 14, 16b, 19a, 22c, 23a, 25b, 26b.

e) Dos planos norteados pela Reforma Psiquiátrica e orientado pelo Paradigma Psicossocial¹⁸: 4.

f) Dos planos norteados pela Reforma Psiquiátrica e orientado pelos Paradigmas Psicossocial e Psiquiátrico: 3, 9, 10, 12, 14, 16b, 22c, 23a, 25b, 26b.

g) Dos planos cujo Cuidado é norteado apenas pela Reforma Psiquiátrica: 19a.

h) Dos planos orientados pelo Paradigma Psicossocial: 7a, 22b.

¹⁸ Não foi encontrada citação direta ao paradigma de Atenção Psicossocial nos objetivos das disciplinas/módulos nos planos. Foi entendido o contexto do paradigma de modo que se pudesse afirmar que está presente.

i) Dos planos orientados pelo Paradigma Psiquiátrico: 8, 20c,d.

j) Dos planos orientados pelo Paradigma Psicossocial e Psiquiátrico: 11, 20a,b, 21b.

Os dados mostram que, em 19 (dezenove) planos, o cuidado não aparece nas finalidades do ensino. Em 24 (vinte e quatro) planos o cuidado faz parte dos objetivos das disciplinas/módulos, totalizando 43 (quarenta e três) planos, pois 2 (dois) apresentaram ementas sem objetivos. Dado que equivale ao visto no estudo de Malvarez (2006) em que os principais objetivos para os dados relativos ao Brasil, comparados à América Latina, foram a concepção de saúde-enfermidade mental, política, legislação e serviços de saúde mental, definição e instrumentos de enfermagem em saúde mental, atenção integral aos problemas mentais e comunicação, sem apontar o cuidado.

O dado que chama atenção é o cuidado estar norteado pela Reforma Psiquiátrica e orientado pelos Paradigmas Psicossocial e Psiquiátrico, evocando, por um lado, um momento de transição paradigmática e, por outro lado, uma contradição, que mostra o atrito e os contrários. Sobre a transição paradigmática, Malvárez (2006) indica que o contexto da saúde mental mostra uma época de transição, pois está havendo uma resposta social organizada para atender a saúde mental e o sofrimento psíquico, em que se veem as tradições psiquiátrica e, simultaneamente, novas tendências de mudanças.

Tendo em vista que a Reforma Psiquiátrica possa ter sido apontada como processo de mudança, é interessante avaliar o que Kantorski e Silva (2001) constataram que a Reforma Psiquiátrica não apareceu entre os conteúdos das disciplinas de seus estudos, contrastando com esta pesquisa, na qual a RP já aparece nos objetivos das disciplinas/módulos e norteando o cuidado. Isso talvez se revele pelo próprio processo de mudança do SUS, pelo quantitativo de produções científicas e por um direcionamento da formação com as DCNs para a saúde coletiva, em que a Reforma Psiquiátrica e Reforma Sanitária se encontram.

Costa-Rosa (2000) enfatiza que a contradição está relacionada com a dialética quando a lei da unidade e a luta dos contrários contribui para a passagem de um estágio de desenvolvimento para outro. Os paradigmas psicossocial e manicomial são contraditórios porque suas práticas são executadas em sentidos opostos quanto aos parâmetros de análises apontados nesta tese.

Para Barros (2004), a transição paradigmática no ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica ocorre a partir da desconstrução de saberes dominantes, que têm a doença mental como

objeto, onde é proposto paradigma que visa outra lógica, a partir de nova fundamentação teórico-técnica-ética, com novos atores sociais, para formar futuros profissionais de novo tipo. Esse fato também decorre da reorientação do modelo de atenção em saúde mental, a partir da complexidade em responder a novos problemas, que exigem novas formas de cuidado ao sofrimento.

Contudo, os processos de ensino vivenciam um momento de transição paradigmática. No campo educacional, cabe redefinir o papel das instituições frente aos novos paradigmas, pois a dicotomia entre o pensar e o fazer tem fragmentado a prática profissional. Essas reflexões são estratégicas, pois contribuem para o avanço do SUS e para a elaboração do modelo de atenção em saúde mental. Destarte, os objetivos da formação devem estar envolvidos nas reflexões, no âmbito interno da universidade, na inclusão da instituição formadora nos serviços de saúde, e na relação da universidade com a sociedade (BARROS, 2004).

Em tese, os objetivos das disciplinas/conteúdos contemplam o preconizado pelas DCNs em seus arts 4º e 5º, ao disporem sobre os objetivos gerais e específicos para a formação do enfermeiro. De certa forma, seria objetivo, de acordo com o art. 5º, inciso XXXIII, cuidar da própria saúde física e mental, porém não há uma convergência com alguma referência bibliográfica nos planos de ensino pesquisados, que aborde o autocuidado em saúde mental¹⁹, ou citação nos conteúdos programáticos dos cursos que lecionem o autocuidado em saúde mental.

Por conseguinte, verificou-se como se apresenta o cuidado de enfermagem em saúde mental através do conteúdo, da habilidade e da competência, conforme tabela a seguir.

¹⁹ Para o aprofundamento do tema Autocuidados em Saúde Mental, ver documento da Organização Panamericana de Saúde - OPAS (1996).

Tabela 8: Caracterização do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental (CESM) presente no conteúdo, habilidade e competência dos planos dos cursos.

PLANOS	CESM - Conteúdo - Geral	CESM - Competências - Geral	CESM - Habilidade - Geral
1a	Não aparece	Não aparece	Não aparece
b	Não aparece	Não aparece	Não aparece
2	Aparece	Não aparece	Não aparece
3	Aparece	Não aparece	Não aparece
4	Aparece	Não aparece	Aparece
5a	Aparece	Aparece*	Não Aparece
b	Aparece	Aparece*	Não Aparece
6a	Não aparece	Não aparece	Não aparece
b	Aparece	Não aparece	Não aparece
7a	Não aparece	Não aparece	Não aparece
b	Não aparece	Aparece	Aparece
8	Não aparece	Não aparece	Não aparece
9	Aparece	Não aparece	Não aparece
10	Aparece	Não aparece	Não aparece
11	Aparece	Não aparece	Não aparece
12	Aparece	Aparece*	Aparece*
13	Não aparece	Não aparece	Não aparece
14	Aparece	Não aparece	Não aparece
15a	Não aparece	Aparece	Não aparece
b	Não aparece	Aparece	Não aparece
16a	Não aparece	Não aparece	Não aparece
b	Aparece	Não aparece	Não aparece
17	Aparece	Não aparece	Não aparece
18	Aparece	Não aparece	Não aparece
19a	Aparece	Não aparece	Não aparece
b	Não aparece	Não aparece	Não aparece
c	Não Aparece	Não aparece	Não aparece
d	Não aparece	Não aparece	Não aparece
20a	Não Aparece	Não aparece	Não aparece
b	Não Aparece	Não aparece	Não aparece
c	Não aparece	Não aparece	Não aparece
d	Não aparece	Não aparece	Não aparece
21a	Não aparece	Não aparece	Não aparece
b	Aparece	Não aparece	Não aparece
22a	Não aparece	Não aparece	Não aparece
b	Aparece	Não aparece	Não aparece
c	Não aparece	Não aparece	Não aparece
23a	Aparece	Não aparece	Não aparece
b	Não aparece	Não aparece	Não aparece
24a	Não aparece	Não aparece	Não aparece
b	Aparece	Não aparece	Não aparece
25a	Aparece	Não aparece	Não aparece

b	Não aparece	Não aparece	Não aparece
26a	Aparece	Não aparece	Não aparece
b	Não aparece	Não aparece	Não aparece

* São apresentadas competências e sub-competências para um módulo mais amplo, onde o módulo de saúde mental está inserido. Os domínios são compatíveis com as apresentadas pelas DCNs.

Fonte: Planos de ensino da disciplina/módulos de enfermagem psiquiátrica/saúde mental dos 26 cursos de Graduação em Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

Em sentido exploratório, o conteúdo do cuidado de enfermagem em saúde mental aparece em 21 (vinte e um) planos, equivalentes a 20 (vinte) cursos, o que significa que há a intencionalidade de esse conteúdo seja valorizado e ministrado pelos docentes e compartilhado com os alunos. A utilização do conteúdo do CESM, como um dos conteúdos essenciais abordados, está de acordo com as DCNs, art 6º, que aponta para o cuidado de enfermagem como conteúdo essencial para o curso de Graduação em Enfermagem.

O estudo de Kantorski e Pinho (2008), ao investigaram, em 15 (quinze) cursos de Graduação em Enfermagem do estado do Rio Grande do Sul, o ensino do cuidado em saúde mental no Brasil, apontou que o cuidado em saúde mental foi citado como conteúdo priorizado em uma escola de enfermagem e atrelado às psicopatologias. Paralelamente, o estudo de Chamma (2002) indica que o cuidado não foi encontrado nos principais conteúdos do ensino teórico de enfermagem psiquiátrica e saúde mental em São Paulo, na época.

Entretanto, a garantia ou não da exposição de conteúdos essenciais e/ou obrigatórios sobre a enfermagem em saúde mental/psiquiátrica, dentro dos currículos de graduação em enfermagem generalista, não está definida em legislação brasileira, a exemplo dos EUA, que identifica conteúdos de enfermagem psiquiátrica e saúde mental como essenciais para os currículos de graduação, segundo a International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses - ISPN (2008). Assim, os cursos escolhem seus temas, entre os quais podem constar ou não o desenvolvimento do conteúdo do CESM.

A descrição dos conteúdos do cuidado de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica é apontada a seguir, conforme a tabela

Tabela 9: Caracterização do cuidado de enfermagem em saúde mental (CESM), enquanto conteúdo geral nos Planos

PLANOS	Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental apresentado como Conteúdo
2	Vivências no cenário do cuidado
3	Saúde Mental e assistência/cuidado de enfermagem ao indivíduo com transtorno mental
4	A rede de cuidado em saúde mental; Modelos de cuidado: Cuidado asilar, Cuidado psicossocial; O processo do cuidado de enfermagem em saúde mental.
5a	Cuidado integral de enfermagem.
b	Cuidado integral de enfermagem.
6b	Contexto biopsicossocial dos cuidados de enfermagem psiquiátrica; Contexto ético-legal dos cuidados de enfermagem psiquiátrica.
9	Transtornos mentais e cuidados de enfermagem.
10	O cuidado de enfermagem em saúde mental: aspectos técnico-administrativos normativos.
11	Cuidado de enfermagem psiquiátrica/saúde mental no Brasil: aspectos históricos, atualidades e perspectivas em face da atual política nacional de saúde mental. Cuidado de enfermagem à família da pessoa com transtorno mental: compreendendo a estrutura familiar, papel da família nesta situação, a família e a política nacional de saúde mental, funções do enfermeiro no cuidado à família, visita domiciliar em enfermagem em saúde mental.
12	O cuidado de enfermagem em saúde mental: aspectos ético, filosóficos e sociais. O cuidado de enfermagem em saúde mental: aspectos técnico-administrativos e normativos.
14	Modelos de cuidados: Modelo psicossocial; Modelo asilar. O cuidado de enfermagem em saúde mental
16 b	Papéis e funções do enfermeiro psiquiatra - Cuidado competente. Implementação do processo de enfermagem: padrões do cuidado.
17	Instrumentos básicos do cuidado de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: entrevistas preliminares, construção de caso clínico.
18	A rede de cuidados na comunidade
19a	Cuidado de enfermagem ao portador de doença psiquiátrica
21b	Assistência e cuidado de enfermagem ao doente mental.
22b	Medicalização do cuidado (aspectos relacionados – papel do enfermeiro).
23a	Síndrome de burnout: o cuidar de si.
24b	Cuidado de enfermagem ao paciente psiquiátrico; diagnóstico médico e de enfermagem.
25a	Reflexões acerca do cuidado em saúde mental, nas diversas intercorrências clínicas (orgânicas/psiquiátricas): a utilização do relacionamento terapêutico.
26a	Reflexões acerca do cuidado em saúde mental, nas diversas intercorrências clínicas.

Fonte: Planos de ensino da disciplina/módulos de enfermagem psiquiátrica/saúde mental dos 26 cursos de Graduação em Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

A questão que se coloca é a que faz refletir sobre em que medida o ensino de enfermagem, com uma perspectiva generalista, contribui

para o aluno pensar e materializar o cuidado na relação do processo saúde-doença/saúde mental-sofrimento, já que generalista pode significar a junção do campo da saúde mental com o campo da saúde, preconizado pelo SUS, na ótica da saúde coletiva.

Malvarez (2006) afirma que há três tendências no uso conceitual de saúde mental no ensino de enfermagem, na América Latina: 1) adaptação e harmonia (bem-estar emocional - paradigma psiquiátrico tradicional); 2) integração e equilíbrio (sentir-se bem consigo, com os demais e enfrentar problemas – paradigma preventivista); e 3) sócio-político (interação complexa dos processos que determinam a saúde e a enfermidade - paradigma social). Para a autora, há um predomínio da tendência sócio-política, no Brasil. Por outro lado, os achados desta pesquisa revelam um misto das tendências apontadas e comparadas com Malvarez (2006) em relação às descrições de saúde mental. As descrições de saúde mental nos planos de ensino desta pesquisa aparecem relacionadas, por vezes, a bem-estar, política de saúde mental do SUS, Reforma Psiquiátrica, ajustamento, ações em saúde, medidas preventivas nos níveis de atenção, assistência ao transtorno, cidadania, estado mental, funções psíquicas, adaptação a crises, distúrbios mentais, psicopatologia.

Para Silva (2008b), a expressão generalista é polissêmica e, por si só, pode determinar uma indefinição sobre o perfil de profissional que se pretenda formar. Para que o enfermeiro atue em diversas áreas, com uma visão ampliada, seria fundamental repensar a concepção de saúde/saúde mental e o cuidado, que norteiam a formação profissional. O cuidado na formação generalista, para a autora, seria perceber o outro como um todo, na prestação desse cuidado de enfermagem, mas este “todo”, historicamente dicotomizado, possibilitou a fragmentação do saber-fazer e a consequente especialização das partes, cujos princípios do SUS foram pautados para tentar resolver essa divergência entre o todo e as partes.

Entretanto, a Tabela (9) indica uma descrição do cuidado de enfermagem mais voltado para o transtorno mental e para a psiquiatria (planos 3, 6b, 9, 11, 16, 19a, 21b, 22b, 23a, 24b, 25a). Nos demais planos/cursos (4, 10, 11, 12, 14, 17) é indicado um cuidado cuja tendência aponta uma transição de paradigmas de atenção em saúde mental. Um (1) curso (planos 5a,b) descreve o cuidado como integral e outro (plano 2) refere que o cuidado é inserido nas próprias vivências teórico-práticas. O curso (plano 18) indica que o cuidado envolve rede na comunidade.

O desenvolvimento do conteúdo do CESM, registrado nos planos,

de maneira geral, está inserido em aspectos históricos, éticos, legais, políticos da enfermagem psiquiátrica/saúde mental com o sujeito, família e comunidade.

A forma como o CESH pode ser realizado na prática, nos cursos de graduação em SC, explicitada através dos planos, foi a seguinte: entrevistas preliminares, construção de caso clínico, utilização do relacionamento terapêutico, consulta de enfermagem, prescrição e registro do cuidado requerido em intercorrências clínicas orgânicas/psiquiátricas, prescrição e administração de medicamentos estabelecidos em programas de saúde e em rotinas aprovadas pelas instituições de saúde, visita domiciliar. Essas ações, que colocam na prática o CESH, contemplam o disposto no art. 8º da Lei nº 7.498/86, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEn, 2010b), sobre as atividades privativas do enfermeiro e dele como integrante da equipe de saúde.

O conteúdo do CESH depende da conceituação e do referencial teórico-filosófico, para este resultado da busca documental, demonstrou-se estar norteado pela Reforma Psiquiátrica e orientado pela transição de paradigmas manicomial e psicossocial. A conceituação do CESH requer a escolha paradigmática para distinguir enfermagem psiquiátrica de enfermagem em saúde mental (já que o cuidado é inerente à enfermagem), pois, a opção por utilizar uma ou outra, depende do objeto de intervenção, bem como do objetivo que se planeja alcançar. A enfermagem psiquiátrica, envolvendo os transtornos mentais e de comportamento e que busca a proteção, reabilitação e tratamento em saúde, está dentro de um modelo manicomial. A enfermagem em saúde mental tem como objeto o sujeito do sofrimento e objetiva a prevenção, promoção e intervenção em saúde, em nível individual/coletivo, dentro de um modelo psicossocial.

Por outro lado, Collière (1999) afirma que qualquer definição pode limitar a forma dinâmica do cuidado, mas exige condições para que haja uma identidade dos cuidados de enfermagem, de forma que possa tornar reconhecida sua natureza e os elementos que participam de sua elaboração. Para a autora, são imprescindíveis, para o cuidado, os conhecimentos e os instrumentos que este está inserido, bem como as crenças e os valores em que está fundamentado. Faz-se necessário, ainda, clarificar o campo das competências da enfermagem, o processo dos cuidados de enfermagem, a natureza de seu poder, os limites e as dimensões social e econômica.

Em síntese, a caracterização que distingue Enfermagem Psiquiátrica/EP e Enfermagem em Saúde Mental e Atenção

Psicossocial/ESM-AP, dentro do paradigma de atenção psicossocial, são apresentadas no quadro a seguir.

	Modo Manicomial Enfermagem Psiquiátrica	Modo Psicossocial Enfermagem em Saúde Mental e Atenção Psicossocial
Objeto do cuidado	Simple “sintoma/doença mental/transtorno mental”	Complexo Sujeito do sofrimento
Pressuposto teórico- conceitual	Paradigma biomédico	Paradigma de atenção psicossocial
Teorias de enfermagem psiquiátrica	Peplau - Travelbee	Peplau - Travelbee
Estratégias de intervenção	Cuidado na lógica do tratamento predominantemente biológico e essencialmente técnica	Cuidado voltado para a prevenção, promoção, reabilitação, recuperação e proteção a partir da diversidade, invenção e implicação do sujeito do sofrimento através de tecnologias relacionais
Agente do cuidado	Especialistas	Integração especialista e generalista - coletivos
Lugar do cuidado	Hospitalização especializada	Comunidade, território, rede intersectorial, cidade
Prática social	Normatização, docilização, exclusão/violência pelo biopoder	Cuidado, convívio cultural, inclusão, transformação e solidariedade
Concepção da finalidade em termos terapêuticos e éticos	Supressão do sintoma/Adaptação do enfermo ao transtorno	Reposicionamento subjetivo do sujeito através da dimensão singular, coletiva e sociocultural. Autonomia, cidadania, liberdade, emancipação, convívio e autocuidado.

Fonte: Adaptado de Costa-Rosa (2000) e Yasui (2006).

Quadro 7: Principais Características da Enfermagem Psiquiátrica e da Saúde Mental e Atenção Psicossocial, a partir do Modelo Manicomial e Modelo Psicossocial

O que se observa é que embora haja diferença entre enfermagem psiquiátrica e saúde mental, a teoria de enfermagem tem sido a mesma para ambas, o que, em parte, anuncia, nesta pesquisa, que os cursos de enfermagem, em sua maioria, não utilizam teóricas de enfermagem psiquiátrica, mas se utilizam de abordagens desse campo. Interroga-se, então, com que critérios os fundamentos teóricos estão sendo escolhidos para sustentar o ensino do cuidado de enfermagem, se, segundo Moya

(2005), a utilidade prática das teorias que os enfermeiros utilizam para fazer inteligíveis a prática é o início da atividade teórica?

Em relação a conteúdos de maneira geral, Zabala (1998) registra que esses podem ser classificados em três tipos: conceitual, procedimental e atitudinal. Para Machado (2007), os conteúdos conceitual, procedimental e atitudinal são equivalentes a componentes cognitivos (conhecimentos e crenças), afetivos (sentimentos e preferências) e condutuais (ações e declarações de intenções). Para a autora, os conteúdos contemplam os pilares da educação para a cidadania, tais como: saber (conteúdos conceituais), saber fazer (conteúdos procedimentais) e saber conviver (conteúdos atitudinais).

Nesse sentido, o conteúdo do CESM, revelado através dos planos de ensino, estaria dentro de uma ordem mais próxima do procedimental e atitudinal, pois se visualiza, mesmo que descritivamente, sua aplicação no ensino e sua possibilidade de ser discutido em sala de aula.

Nesse prisma, o conteúdo do CESM está sendo ensinado, em sua maior parte, dentro de uma abordagem que caracteriza a enfermagem psiquiátrica. Tendo em vista o que Moya e Prado (2009) enfocam, sobre a racionalidade técnica, está posta, na educação em enfermagem, a tendência de uma racionalidade conformista, que postula uma neutralidade do conhecimento científico, transmitida de geração para geração. Essa razão técnica deixa de fora a crítica epistêmica, a dimensão ética e a ideologia que comportam os atos educativos.

A partir do momento em que o cuidado de enfermagem tem sido formulado e descrito nos planos, sob o enfoque de uma abordagem psiquiátrica, posta-se a necessidade de uma pedagogia mais crítica para o campo da saúde mental, na qual o CESM se insere. Segundo Malvarez (2006), a pedagogia crítica reflete uma concepção ética e política da realidade, e o campo da saúde mental possui contradições internas a sua epistemologia e prática. A pedagogia crítica possibilita desvelar uma época de transição paradigmática.

A transição paradigmática no ensino do cuidado de enfermagem é diretamente ligada ao nascimento da enfermagem psiquiátrica. A origem da enfermagem psiquiátrica mundial está relacionada, originalmente, à história de Jean Baptiste Pussin, tido como cuidador dos asilos em Paris (Bicêtre e Salpêtrière) e quem cooperava servindo de fonte de aprendizagem e conhecimento para Pinel, nos estudos do cuidado, em uma concepção humanista, libertadora e terapêutica, oposta à reclusão. As tendências do enfermeiro Pussin são cooptadas por Pinel para o nascimento da psiquiatria (MALVAREZ, 2006).

Assim, o nascimento da enfermagem psiquiátrica se dá com o

cuidado em uma perspectiva de vínculo direto e humanista, com os internos dos e nos manicômios. E no Brasil não difere muito. A enfermagem psiquiátrica surge no hospício D. Pedro II, onde o cuidado envolve vigilância e controle. Esse equívoco está alicerçado por um imaginário coletivo, consolidado sobre o louco, apoiado por questões político-ideológica, ou seja, de tornar o discurso médico-psiquiátrico brasileiro como científico através do apoio. A enfermagem prepara o corpo do sujeito do sofrimento para que os médicos produzam seus saberes. No entanto, a primeira escola de enfermeiras psiquiátricas é fundada, em meados do século XIX, por Theodor e Fliedner, em 1836, na Alemanha. No Brasil, o ensino de enfermagem psiquiátrica se deu com a escola profissional de enfermeiros do hospício, seguindo o modelo Francês (MALVÁREZ, 2006; KANTORSKI; SILVA, 2001; BARROS, 1996; MIRANDA, 1994).

A identidade do cuidado de enfermagem, para Malvarez (2006), se estrutura com base na relação enfermeira-sujeito do sofrimento, e tem determinado que as enfermeiras pensem e atuem em função da condição emocional dos sujeitos e suas famílias. A enfermagem, tanto na educação como na prática, tem considerado os aspectos psicossociais individuais e coletivos.

Outro aspecto são considerações sobre conteúdos de saúde mental, dispostos por órgão de classe, a exemplo do Conselho Internacional de Enfermagem, em seu documento *Desarrollar los Recursos de Enfermería para la Salud Mental* (ICN, 2004), o qual lista alguns conteúdos para servirem de orientações para a enfermagem em saúde mental, quais sejam: defesa de direitos, avaliação das desordens mentais, capacidades de comunicação, enfermagem em saúde mental na comunidade, autocuidado emocional, avaliação e investigação, problemas jurídicos e éticos, gestão de situações de urgência como comportamento suicida, violência, gestão de medicação psicotrópica, atenção de saúde mental em situações de urgência humanitária, promoção da saúde mental, modelos de saúde mental para a saúde pública, estigma e discriminação, abuso de drogas, trabalho em equipes, trabalho com usuários dos serviços e suas famílias, trabalhos com determinados grupos como crianças, adolescentes e idosos. Esse documento também traz como referência, a declaração do Conselho Internacional de Enfermagem sobre a saúde mental.

Ao acessar esse documento do ICN, pode-se pensar nas fontes que os docentes utilizam para embasar a construção de seu conhecimento, a ser compartilhado com os alunos e profissionais dos serviços, tendo em vista que a abordagem psiquiátrica prevalece e, no

entanto, a abordagem de saúde mental manifesta-se tímida no ensino, mesmo com orientações consolidadas pelos órgãos de classe.

Por outro lado, para a Política Nacional de Saúde Mental (BRASIL, 2009a), o cuidado é uma prerrogativa²⁰ para atuar nesse campo, do qual todos os profissionais de saúde, ao exercerem seu trabalho nessa especialidade, também cuidam.

Especificamente para a enfermagem, o cuidado é o objeto epistêmico e um dos objetos de trabalho que a identifica como disciplina, profissão e trabalho, segundo Pires (2009).

A reflexão sobre a identidade da enfermagem pode ser oportunizada durante o processo ensino-aprendizagem entre docente e aluno, pois se todos os profissionais cuidam, a forma como cada profissão assim o faz, caracteriza-se a disciplinaridade para compor a interdisciplinaridade. Logo, a enfermagem, como disciplina, atravessa mudanças, principalmente, nas dimensões epistemológicas e prática, advindas, principalmente, do processo de Reforma Psiquiátrica.

O reflexo do aprofundamento da disciplina de enfermagem no campo da saúde mental e atenção psicossocial se dão através do núcleo de saber e fazer. Isso contribui para as complexidades da integração entre um cuidado generalista e um cuidado especialista, visto que exigem aprofundamento teórico sobre o objeto, no campo da saúde mental (sujeito do sofrimento), considerando que, por um lado, o cuidado frente ao transtorno ou enfermidade tem sido o propósito, no decorrer da história da enfermagem psiquiátrica. Por outro lado, um cuidado voltado para o sofrimento²¹ é o que se coloca como desafio.

Rotelli (1990) explica que, ao invés da doença mental como

²⁰ Essa prerrogativa é vista explicitamente na PNSM, após a realização da III Conferência Nacional de Saúde Mental de 2001, cujo lema era: Cuidar sim, Excluir não! Dessa forma, como as Conferências tornam-se diretrizes para a formulação e implementação das políticas públicas, o cuidado firma-se na PNSM como prerrogativa. Dentre as Diretrizes da PNSM está: Consoante com diversas experiências de reforma da assistência psiquiátrica no mundo ocidental e as recomendações na Carta de Caracas (1990), o Ministério da Saúde, a partir da década de 90, define uma nova política de saúde mental, que redireciona, paulatinamente, os recursos da assistência psiquiátrica para um modelo substitutivo, baseado em serviços de base comunitária, que oferecem cuidados na comunidade e em articulação com os recursos que a comunidade oferece.

²¹ Nesta tese, sofrimento é entendido, de acordo Rodgers e Cowles (1997), como uma experiência individualizada, subjetiva e complexa, caracterizada pela percepção de uma situação ou ameaça e um significado negativo intenso. Esse significado envolve perda, ou perda percebida da integridade, da autonomia ou da humanidade. O sofrimento pode ter manifestações físicas e afetivas como choro ou expressões faciais, dor física, expressão de agonia mental, sentimentos de medo ou culpa, desligamento dos outros, questionamento da mortalidade e da fé religiosa.

objeto para a psiquiatria, a existência-sofrimento é o processo crítico-prático para a reorientação do sistema da relação entre o profissional e a pessoa que sofre, pois se trata da reconstrução da complexidade do objeto, a fim de que a emancipação terapêutica seja alcançada. Na lógica da desinstitucionalização, há uma ruptura com o paradigma médico-psiquiátrico e, disso, a possibilidade de reconstrução das relações entre os envolvidos, num processo em que, a invenção da saúde e a produção de sentido, sejam metas. O cuidado (*presa in carico* - expressão italiana), diz-se de tomar responsabilidade, pois é o elemento chave para perceber, pensar, sentir e agir com o sujeito sobre seu sofrimento, em busca do significado dessa existência.

Para Yasui (2006), falar de sofrimento é identificá-lo integralmente, perceber a dor, o desespero, a ansiedade, a dificuldade que a vida coloca. Comenta o autor, que agregar o termo psíquico à palavra sofrimento significa enfatizar a subjetividade como possível caminho para a integralidade. A complexidade da existência humana inclui uma dimensão de conteúdos da consciência e do inconsciente humano, que pode produzir conflitos.

Rodgers e Cowles (1997) salientam que o enfermeiro, por vezes, não sabe o que fazer sobre o sofrimento, ou não sabe como atuar ou ignora o cuidado. No entanto, as autoras destacam que é preciso questionar como o sofrimento é percebido pela pessoa, no momento da aproximação corporal, quando possível (salvo questões culturais de cada ser) em relação à pessoa, focar no desenvolvimento da consciência dos sentimentos do indivíduo e seus propósitos, as ameaças a estes propósitos, o significado geral vinculado a essa experiência no contexto de todo o ser do indivíduo. As abordagens serão permanentemente diferentes para cada pessoa. A utilização da compaixão é apontada como apropriado modo de interagir com a pessoa que está sofrendo. O respeito ao sofrimento humano é um tema relevante para os cuidados de enfermagem e a produção de conhecimento.

Roselló (1998) contextualiza que os gregos utilizaram o termo *epimeleia* para designar o cuidado como atitude, tendo sua origem numa atitude de consideração e ação, conhecimento e amor, cultivar o ser para que possa crescer. Frente ao sofrimento, o cuidado busca sentido através de marco conceitual, tecnologias e valores para desenvolver distintas formas de cuidar.

Moya (1999) enfatiza que, na literatura anglo-saxônica, há distinção entre cuidar (*care* - a ação de cuidar) e cuidado (*caring* - sentido e intenção humanitária). Na enfermagem, se utiliza cuidado para designar cuidados profissionais, que o profissional produz/consome, supondo

compromisso e interesse pelo ser humano.

A relação entre cuidado e integralidade, para Xavier e Guimarães (2006), ao se interrogarem por que a integralidade se apresenta essencialmente como tal no cuidado, afirmam que é praticamente impossível pensar a materialização da integralidade na saúde sem que haja uma relação com o cuidado/cuidar. Isso pode acontecer na relação profissional-sujeito do sofrimento, na integração de saberes, na formulação de políticas ou sistema de saúde. Para os autores, promover o cuidado é promover a integralidade, pois envolve a escuta, o diálogo, interesse, acolhimento, os sentidos, a negociação, interação, o vínculo, a responsabilidade entre outros. Para Henriques e Acioli (2006), a integralidade do cuidado articula os processos de trabalho e a formação dos trabalhadores da saúde.

Contudo, o diagnóstico psiquiátrico pode ficar para segundo plano, visto que é a existência global do sujeito do sofrimento que direcionará a atitude terapêutica (projeto terapêutico), para fins de enriquecer a vida do sujeito. E isso envolve trazer as explicações do próprio sujeito sobre o que considera do que está acontecendo com ele no momento, por quais razões esse sofrimento está ocorrendo, valorizar a sabedoria e/ou conhecimento que o sujeito traz consigo, no instante de insuportabilidade. Entende-se, também, que há especificidades colocadas na clínica, tais como, experiências de crise psicótica, casos graves de neuroses e perversões, necessitando das relações entre profissionais generalistas e especialistas para o cuidado. Mesmo que inicie com um acolhimento individual, o trabalho deve ser em equipe no sentido de uma estrutura profissional coletiva de resposta à complexidade do sujeito do sofrimento.

Vasconcelos (2002) afirma que a responsabilização de toda a equipe pelo agenciamento e a avaliação inicial da totalidade das necessidades dos sujeitos do sofrimento implica uma postura profissional mais complexa dos trabalhadores. A interdisciplinaridade é uma prática de interação participativa que inclui a construção e a pactuação de campos de saber conexos, introduzindo a noção de finalidade que redefine os elementos internos dos campos originais.

Para Colvero e Machado (2000), o cuidar físico e emocional sempre estiveram ligados à enfermagem e com conotações caritativas, de subserviência ao médico e técnico. Assim, o referencial do cuidado de enfermagem em saúde mental encontra, no relacionamento interpessoal, seu fundamento; e na comunicação terapêutica, seu instrumento. Para as autoras, o pano de fundo seria a modernidade que instituiu o tecnicismo como uma parte do cuidado ensinado, ou seja, o

corpo físico. Portanto, o referencial das teorias interpessoais para a enfermagem psiquiátrica aproxima um olhar mais compreensivo do que um meramente clínico.

Porém, segundo Colvero e Machado (2000), mesmo esse olhar compreensivo está assentado no paradigma racionalista, que se caracteriza pela reprodução do cientificismo, que polariza o reducionismo sociológico ou o psicológico. O discurso do relacionamento interpessoal, que docentes de enfermagem assumem, constrói uma via idealizada do cuidado. Para as autoras, as implicações da Reforma Psiquiátrica, no cuidado de enfermagem em saúde mental, se estabelece com a descontinuidade de saberes e fazeres, pois as ideias e as práticas para o cuidado não encontram um porto seguro, que restitua a linearidade do saber, sustentado nas teorias de enfermagem psiquiátrica. As ideias mantêm-se permanentemente construídas e desconstruídas, sendo assim, o cuidado de enfermagem em saúde mental terá que ser trabalhados com a perplexidade e os desafios que se fazem constantes.

Do mesmo modo, nesta pesquisa, o referencial teórico das relações interpessoais para o CESH faz-se presente em 6 (seis) cursos dos 26 (vinte e seis), como também são citados nas referências representadas por Travelbee, teórica de enfermagem psiquiátrica, cuja teoria destaca a Relação Pessoa Pessoa. Todavia, o conteúdo do CESH, presente nos planos, possui uma tendência a se embasar nos manuais de enfermagem psiquiátrica e psiquiátricos. Pode-se, assim, pensar que a enfermagem em saúde mental catarinense, em sua maioria, vale-se de outros referenciais para o cuidado que não os tradicionais de Peplau e Travelbee.

De outro prisma, Yasui (2006) refere que o que caracteriza melhor o cuidado não é a cientificidade, mas sua contribuição para a chamada vida decente. Para o autor, que propõe o paradigma psicossocial como prática da reforma psiquiátrica, o cuidado é uma dimensão da vida humana que se efetiva no encontro. Cuidar remete para um posicionamento comprometido e implicado em relação ao outro; ver e ouvir a história de vida pessoal do outro, marcada pelas condições sociais, econômicas e culturais, historicamente determinadas, regido pela ética da solidariedade, produzido em atos e em redes.

Amarante (2009) problematiza o processo de Reforma Psiquiátrica a partir da complexidade, considerando que o conceito aprofunda o termo doença enquanto processo de saúde/enfermidade. A complexidade busca desnaturalizar a história que os conceitos possam ocultar. Para o campo da saúde mental, a complexidade problematiza a

posição do sujeito, por vezes, reduzido aos critérios de uma ciência.

Da mesma forma que o autor sinaliza que o bojo mais profundo do processo de Reforma Psiquiátrica encontra-se na discussão epistemológica de ciência, e que a estratégia da desinstitucionalização é de reconstruir esse debate, significa que novos conhecimentos devam ser produzidos, mas, agora, não mais a partir de uma explicação psiquiátrica reducionista, mas de uma ruptura epistemológica, com o saber naturalístico da psiquiatria. O cuidado de enfermagem em saúde mental encontra, no Paradigma de Atenção Psicossocial um arcabouço teórico para romper com a reprodução, quase que natural, de abordagem psiquiátrica.

O desafio para um cuidado de enfermagem em atenção psicossocial inicia-se através de um saber-fazer a partir da existência concreta do sujeito do sofrimento, cuja especificidade seja o posicionamento deste sujeito em relação a sua subjetividade atravessada por conflitos²², e isso marca uma ruptura para o campo da saúde mental. É a partir do posicionamento do sujeito, em relação ao conflito psíquico, que as formas de cuidado de enfermagem serão planejadas, executadas e avaliadas. No entanto, isso exige um rigor racional que, por vezes, necessita de critérios e parâmetros para eleger a abordagem como o cuidado será desenvolvido.

Moya (2005) informa que a racionalidade técnica tem imposto uma hierarquia de conhecimentos nos currículos da enfermagem, ou seja, a parte prática ficou diluída e englobada em um saber técnico, em que a diferença entre técnica e práxis foi extinta. Há uma substituição da noção de teoria orientada para uma prática, por outra na qual a intervenção na prática se entende como uma atividade de natureza técnica.

Malvárez (2006) afirma que o cuidado de enfermagem no campo da saúde mental está inserido em uma perspectiva social e com abordagem complexa. Para Yasui (2009), é no cotidiano que a atenção psicossocial inventa suas ações, através dos encontros com o existir e, a partir dessas, constrói suas estratégias de cuidado. Para o autor, o cuidado se concretiza na produção constante, no fazer-acontecer, com

²² Nesta tese Conflito Psíquico é caracterizado quando no sujeito se põem exigências internas contrárias. O conflito pode ser manifesto (entre um desejo e uma exigência moral, por ex. dois sentimentos contraditórios) ou latente, podendo se exprimir de forma deformada no conflito manifesto e traduzir-se, designadamente, pela formação de sintomas, desordens de comportamento, outros. O conflito é constitutivo do ser humano: conflito entre o desejo e a defesa; conflitos entre os diferentes sistemas ou instâncias; conflito entre as pulsões (LAPLANCHE; PONTIALIS, 2008).

produções orientadas por valores como solidariedade, coletivização, resistência à conformação e à mesmice.

Para Meliá (2005) o cuidado de enfermagem é tido como um processo terapêutico, interpessoal e educativo que atua nas potencialidades de cada sujeito, família e comunidade, que transita na situação de saúde-enfermidade.

De outro modo, observa-se que existe uma prática de ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental a espera de uma teoria diferente da realidade atual neste cenário investigado. O ensino do CESM requer rigor científico, relacionado a constructos teóricos e práticos, que possam ser investigados, propostos, analisados e avaliados com vistas a contribuir ainda mais com esse tema, que identifica a enfermagem e o cuidado ao ser humano.

Souza *et al.* (2006) argumentam que as mudanças curriculares ainda não têm despertado transformações no ensino a respeito do cuidado, já que este tem se mantido distante da prática profissional, à medida que os enfermeiros não têm conseguido voltar-se para um cuidado personalizado, pois a ênfase tem se dado em procedimentos técnicos, com cumprimento de regras e normas. Para as autoras há de se refletir sobre a visão dos docentes, e estes do papel da universidade na comunidade.

Para Becerril *et al.* (2010), o ensino do cuidado de enfermagem pelos docentes deve partir da pergunta: como transmitir o cuidado? Uma vez que a proposta de formação da maioria das instituições educativas, para os enfermeiros de novas gerações, tem sido baseada em perspectivas simplificadas, ou seja, docentes que ensinam a teoria e outros que ensinam a prática. As autoras enfatizam que o ensino do cuidado pode ser pensado a partir dos padrões de conhecimento que o envolvem.

O ensino e a aprendizagem do cuidado de enfermagem envolvem uma realidade multidimensional e há de se buscar clareza para as formas como esse objeto da profissão enfermagem pode se manifestar. Modos de explicações desta manifestação podem ser encontrados a partir de padrões de conhecimento empírico, estético, ético, conhecimento pessoal e sociopolítico, os quais têm sido propostos como eixos para se pensar o contexto do ensino do cuidado (BECERRIL *et al.*, 2010).

Todavia, mesmo que haja indicativo para que os docentes se apropriem do cuidado de enfermagem em diversas dimensões, este tema ainda não tem sido explorado de forma significativa dentre as atividades desenvolvidas pelos estudantes, em sua formação. Os currículos de enfermagem não têm buscado operacionalizar o conceito de cuidado de

maneira sistemática e coerente, com paradigmas atuais. O ensino do cuidado, embora se diferencie pela abordagem nas intervenções de cada situação, necessita de melhor clareza nos conhecimentos que o embasam, em suas habilidades éticas e estéticas, para que seu ensino se desenvolva (BECERRIL *et al.*, 2010).

O CESM, como conteúdo na competência geral, é citado nos planos 5a,b, 7b, 12, 15a,b, e descrito como: 1) Cuidar do sujeito com transtornos mentais e psiquiátricos. 2) Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como cidadão e como enfermeiro. 3) Demonstrar atitude de cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem estar como cidadão.

Em relação à segunda competência, ela é idêntica ao item XXXII do art. 5º das DCNs. Um plano apresenta o mesmo cuidar do sujeito com transtornos mental e psiquiátrico para a habilidade e competência e, outro plano, utiliza o cuidar da própria saúde física e mental também como habilidade e competência. Essa situação pode ser um reflexo provocado pelas DCNs, quando deixa ocultas diferenças entre habilidade e competência, o que não teria obrigatoriedade de ser explicitado.

Portanto, pelo observado, os planos de ensino, quando relacionam o conteúdo do cuidado em saúde mental com as competências, parecem próximos ao preconizado pelas DCNs.

Para Román (2005), os enfermeiros, ao desenvolverem o cuidado, devem inserir competências sustentadas em habilidades pessoais, interpessoais, sociais, clínicas, técnicas, intelectuais, condutoras, que permitam um desempenho de excelência.

O trabalho acadêmico de Rodrigues, Santos e Sprícigo (2010), fundamentado em uma revisão integrativa de literatura, que abstraiu estudos sobre competências e habilidades, apontou que os conceitos a estas relacionados não são autorreferentes. Os estudos nacionais problematizam e definem competências a partir de referenciais de Perrenoud, e seus resultados advêm de pesquisas com docentes, enfermeiros especialistas e núcleos de estudos com equipe interdisciplinar. Os trabalhos internacionais conceituam competências e habilidades sem problematizações e seus resultados são de pesquisas com enfermeiros especialistas e docentes. Os autores destacaram, e apresentaram em quadros, competências e habilidades esperadas para um recém-graduado em enfermagem para cuidar em saúde mental, a partir de estudos, quais sejam:

Comunicação terapêutica ²³	Autocuidado em saúde mental
Uso terapêutico do eu	Implicação ética
Sistematizar o Processo e a Assistência em enfermagem	Ampliar o cuidado em redes
Segurança	Encaminhar responsabilmente
Aprender e discutir caso clínico	Articulação intersetorial
Diálogo	Educar e se educar permanentemente, também, em relação aos paradigmas em transição da pedagogia transformadora e da Reforma Psiquiátrica/SUS
Ter supervisão clínica e institucional	Elaboração, execução e avaliação de projetos terapêuticos singulares e processos de trabalho no campo de atenção psicossocial
Conduta profissional	Responsabilizar-se pelo usuário e família
Considerações de enfermagem para psicofarmacologia	Acolhimento, vínculo e acompanhamento terapêutico
Pensamento e conhecimento crítico	Problematizar a cidadania inventiva

Fonte: Rodrigues, Santos e Sprício (2010)

Quadro 8: Competências para cuidar em saúde mental

Tema	Habilidade
Planejamento	Planejar ações de cuidado em saúde mental
Comunicação	Comunicar-se com alguém sofrendo com problemas de saúde mental - Desenvolver relacionamentos apropriados- Avaliação e observação- Incluir usuários e aqueles que os cuidam no processo (família entre outros) - Trabalho em grupo
Segurança	Reconhecer e identificar causas para administrar comportamentos arriscados - Procedimentos legais - Proteção de agressão ou segurança pessoal - Maturidade profissional - Promover segurança do/no local de trabalho
Autoconhecimento	Visão pessoal - Desenvolvimento da prática
Cuidado/Tratamento	Cuidado/Tratamento dos usuários com criatividade e crítica - Administração da prática - Avaliação de risco - Avaliação de risco de suicídio - Intervenção em crises - Cuidar em equipe (acolhimento, vínculo, responsabilidade) - Prescrição e Registro de enfermagem - Decidir tecnologias para cuidar.

Fonte: Rodrigues, Santos e Sprício (2010)

Quadro 9: Habilidades para cuidar em saúde mental

²³ Esses conceitos não são autorreferentes. Para cada contexto, as competências e habilidades devem ser aprofundadas, tendo em vista que para esta tese, esses domínios se originam de outros países a partir de pesquisas de prática.

Rodrigues, Santos e Sprícigo (2010) advertem que, a partir da Reforma Curricular dos cursos de graduação, um conjunto de habilidades e competências para cuidar em saúde mental deve ser planejado, executado e avaliado, junto ao estudante e profissionais de saúde, para que se minimize a angústia desse aluno e futuro profissional. Investimentos em mais pesquisas devem ser realizados para se avançar na discussão e em possíveis formas de implementação das habilidades e competências, requeridas no processo de cuidar do enfermeiro, com ênfase nas demandas em saúde mental, incorporando-as às ações integrais e interdisciplinares em saúde.

Witt e Almeida (2003) informam que as vantagens de se definir, claramente, as competências esperadas dos futuros profissionais envolvem a oportunidade para o profissional refletir a condição de seu trabalho, a partir de uma estrutura ampla, tornar transparente o que a equipe de enfermagem está habilitada a fazer e o que a população pode esperar dele. Além de possibilitar a definição de metas mais claras para o ensino e para os programas de educação permanente, tornar mais claro o que é esperado do aluno para que ele alcance quando formado. De outro lado, o estabelecimento de competências exige que a identificação destas seja coerente com os sistemas, as instituições e com os trabalhadores. O estabelecimento de competências exige revisão e análises de áreas críticas do desempenho institucional, dos trabalhadores, do conhecimento teórico, metodológico, formulações e ajustes educacionais permanentes.

Barros (2004) define competências em enfermagem em saúde mental em uma perspectiva a partir de Perrenoud e Delors, conforme o quadro a seguir

Saber conhecer	Saber fazer	Saber ser	Saber conviver
<p>Compreender a política de saúde mental no contexto das políticas de saúde e das políticas sociais, reconhecendo os perfis epidemiológicos das populações</p>	<p>Atuar nos diferentes cenários da prática profissional, considerando os pressupostos da reabilitação psicossocial.</p>	<p>Reconhecer a saúde como direito a condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência (entendida como o conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema).</p>	<p>Estabelecer novas relações com o contexto social, reconhecendo a estrutura e as formas de organização social, suas transformações e expressões.</p>
<p>Incorporar a ciência e a arte do cuidar como instrumento de interpretação profissional.</p> <p>Reconhecer o contexto institucional e sua influência no processo de cuidar.</p>	<p>Atuar nos programas de assistência integral à saúde mental do adulto portador de transtornos mentais.</p> <p>Prestar cuidados de enfermagem compatíveis com as diferentes necessidades apresentadas por indivíduos, famílias e grupos da comunidade.</p>	<p>Assumir compromisso ético, humanístico e social com o trabalho multiprofissional em saúde.</p>	<p>Coordenar o processo de cuidar em enfermagem, considerando contextos e demandas de saúde.</p> <p>Compatibilizar as características profissionais dos agentes da equipe de enfermagem e as diferentes demandas dos usuários.</p> <p>Integrar as ações de enfermagem às ações multiprofissionais.</p>
<p>Desenvolver formação técnico-científica que confira qualidade ao exercício profissional</p>	<p>Atuar profissionalmente, compreendendo a natureza humana em suas dimensões, expressões e fases evolutivas.</p> <p>Ser capaz de diagnosticar problemas de saúde, comunicar-se e tomar decisões.</p> <p>Intervir no processo saúde doença,</p>	<p>Respeitar os princípios éticos, legais e humanísticos da profissão.</p> <p>Cuidar da própria saúde física e mental e buscar seu bem-estar como enfermeiro e como cidadão.</p>	<p>Ser capaz de se comunicar, tomar decisões, intervir no processo de trabalho, trabalhar em equipe e enfrentar situações em constante mudança.</p>

	responsabilizando-se pela qualidade de assistência/cuidado de enfermagem nos diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de prevenção, proteção e reabilitação psicossocial, na perspectiva da integridade da assistência.		
--	--	--	--

Fonte: Barros, 2004. p.54

Quadro 10: Competências em enfermagem em saúde mental

Para Barros (2004), é necessário que os profissionais de enfermagem busquem a aquisição de competências para agir de forma mais eficaz nas diversas situações em saúde, porém sem limitá-las a estas. A autora entende que saúde mental é também um campo multiprofissional e se faz necessário pensar a qualificação dos trabalhadores em geral, incluindo os docentes.

As estratégias pedagógicas, baseadas em conteúdos, competências e habilidades exigem do docente uma inovação nas estratégias de ensino, pois o objetivo é a transformação social. Barros (2004) entende que a pedagogia das competências possui um amparo teórico para melhorar os referenciais pedagógicos, já que estas mobilizam os conhecimentos pautados em situações cotidianas.

Estudos como de Yasui (2009), estabelecendo relação entre a Reforma Sanitária e a Atenção Psicossocial, através dos princípios do SUS, considerando que esses apontam valores para uma sociedade que busca justiça social, permitem reflexões sobre o contexto onde as competências para o cuidado possam estar inseridas.

Sendo assim, os dados documentais desta pesquisa demonstram uma tímida inserção e integração do conteúdo do cuidado no tema das competências para o cuidado de enfermagem em saúde mental e a saúde pública/coletiva, observando-se que, dos 45 (quarenta e cinco) planos, 6 (seis) o apontam; e dos 26 (vinte e seis) cursos, 4 (quatro) o indicam. Desses 4 (quatro), um (1) é diferente das DCNs.

A descrição do CESM, enquanto habilidade geral é apontada a seguir.

Tabela 10: Descrição das habilidades relacionadas ao cuidado de enfermagem.

Planos	Cuidado de enfermagem em Saúde Mental apresentado na Habilidade
4	Sensibilizar o acadêmico para o fenômeno da loucura, desconstruindo estigmas e problematizando a construção do processo de cuidado de Enfermagem em Saúde Mental
7b	Cuidar do sujeito com transtornos mentais e psiquiátricos
12	Conforme as DCNs

Fonte: Planos de ensino da disciplina/módulos de enfermagem psiquiátrica/saúde mental dos 26 cursos de Graduação em Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

Além do cuidado como conteúdo, este pode estar inserido nas habilidades gerais. Foram encontrados em 3 (três) planos de ensino, o cuidado inserido em habilidades gerais esperadas dos futuros enfermeiros. Em um (1) (plano 4), identifica-se, sensibilizar o acadêmico para o fenômeno da loucura desconstruindo estigmas e problematizando a construção do processo de cuidado de enfermagem em saúde mental. Em outro plano, cuidar do sujeito com transtornos mentais e psiquiátricos (plano 7b); e por último, o plano 12 cita conforme as DCNs.

Ao descrever especificamente as habilidades para a graduação em Enfermagem, as DCNs (BRASIL, 2001, p.2) vinculam-nas à comunicação e gestão em todo documento. Particularmente no art. 4º, em seu item III, ao referir as habilidades específicas, esperadas de um estudante, lê-se: “habilidade de escrita e leitura” e “habilidade para tomada de decisões”. Recorda-se que essas habilidades, em destaque, estão mais visíveis nas DCNs, pois as demais estão inseparáveis das competências. A maioria dos planos (42) não descreve o cuidado como parte constituinte das habilidades para a concretização do cuidado de enfermagem em saúde mental em SC. No entanto, a sensibilização e a problematização para cuidar do sujeito com transtorno mental são as habilidades apontadas pelos planos como prerrogativas para se construir o cuidado, o que difere, pelo menos em partes literais, do preconizado pelas DCNs.

Entretanto, algumas habilidades para o cuidado de enfermagem em saúde mental, a título de exemplo, podem assim ser entendidas a partir da interpretação dos planos e das DCNs: leitura dos registros que informam sobre a situação saúde-enfermidade do sujeito em sofrimento psíquico; prescrever e registrar o cuidado de enfermagem; decidir sobre

a gestão dos cuidados de enfermagem adequados à demanda em saúde mental perante a equipe de saúde.

De outro modo, uma das questões primordiais é o aprofundamento conceitual de habilidades pelos cursos de enfermagem, para que tenham mais rigor na eleição e aprimoramento de suas habilidades para o campo da saúde mental. Dessa forma, as habilidades são condicionadas ao desenvolvimento de práticas em saúde e, cursos que não realizam atividades teórico-práticas, podem dificultar o ensino, pois não as exercitam.

Os conteúdos, competências e habilidades específicas, relacionadas ao CESM, foram ausentes em todos os planos de ensino. Esse dado informa que, talvez, os cursos não consideram esses domínios necessários para a construção do conhecimento em saúde mental e, por isso, não os identificam. De outro modo, os cursos poderiam utilizar esses domínios para aprofundar as especificidades do CESM em relação a crianças e adolescentes, situações de crise, contexto forense e outros.

Foram investigadas, ainda, as estratégias de ensino e os locais utilizados para as atividades teórico-práticas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, conforme a tabela a seguir.

Tabela 11: Estratégias de ensino para atividades teórico-práticas

PLANOS	Aula expositiva	Leitura de textos	Seminários	Dinâmicas grupais	Pesquisa bibliográfica	Visitas domiciliares institucionais	Estudo dirigido	Filmes Vídeos	Discussão de situação problema	Outras
1A	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
1B	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
2	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim-VD e VI	Sim	Sim	Sim	Sim
3	Sim		Não	Sim	Não	Sim-VD e VI	Não	Sim	Sim	Sim
4	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não
5A	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Sim
5B	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim-VD	Sim	Não	Sim	Sim
6A	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
6B	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim	Sim
7A	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim
7B	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim
8	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Sim
9	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Sim-VD; VI	Não	Sim	Não	Sim
10	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim-VI	Sim	Sim	Não	Sim
11	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim-VD e VI	Sim	Sim	Sim	Sim
12	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Sim	Não	Sim
13	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim-VD e VI	Sim	Sim	Sim	Sim
14	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim-VI	Não	Sim	Sim	Não
15A	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
15B	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não
16A	Sim	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não	Sim	Não	Não
16B	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim-VI	Não	Sim	Não	Sim
17*	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----
18	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Não
19A	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
19B	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
19C	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim-VD e VI	Não	Não	Sim	Sim
19D	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Sim-VD e VI	Não	Não	Sim	Sim
20A	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
20B	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
20C	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
20D	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não
21A	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
21B	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Não	Sim
22A	Sim	Sim	Não	Sim	Não	Sim-VI	Não	Não	Sim	Sim
22B	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim-VI	Não	Não	Não	Sim
22C	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não	Não	Não	Sim	Sim
23A	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim-VI	Não	Sim	Não	Sim
23B	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim-VI	Não	Sim	Não	Sim
24A	Sim	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Sim
24B	Sim	Sim	Não	Não	Não	Não	Não	Sim	Não	Sim
25A	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim-VI	Não	Não	Sim	Sim
25B	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Sim-VI	Não	Sim	Sim	Sim
26A	Sim	Sim	Sim	Não	Sim	Sim-VI	Não	Sim	Sim	Sim
26B	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim-VD e VI	Sim	Sim	Sim	Sim

*A ementa não disponibiliza o dado.

Fonte: Planos de ensino da disciplina/módulos de enfermagem psiquiátrica/saúde mental dos 26 cursos de Graduação em Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

As estratégias de ensino-aprendizagem e/ou metodologia e/ou procedimentos de ensino e/ou metodologia de condução não são apresentadas por um plano (17), os demais planos todos as especificam.

De maneira geral, é unânime, entre os planos, as seguintes estratégias: aula expositiva e dialogada; seminários; dinâmicas e trabalhos de grupo; leitura e discussão de textos; utilização de filmes que desenvolvam um tema da saúde mental; busca em bases de dados a fim de pesquisar periódicos com artigos sobre saúde mental; construção de situações problemas na comunidade; debate em grupos e plenárias; criação de material artístico-educativo; atividades teórico-prática em serviços de saúde e saúde mental/atenção psicossocial; oficinas; produção individual e coletiva de textos; discussão de casos clínicos; estudo dirigido.

Libâneo (1994) afirma que método de ensino é um caminho para atingir objetivos, tendo em vista o conhecimento e a transformação da realidade. É necessário se refletir sobre os princípios básicos de ensino no momento de planejar o método a ser escolhido, como: que tenha caráter científico e sistemático; seja compreensível e possível de ser assimilado; assegure a relação conhecimento-prática; esteja assentado na unidade ensino-aprendizagem; garanta a solidez dos conhecimentos; leve à vinculação trabalho coletivo e particularidades individuais.

De encontro com os resultados desta pesquisa vem o que Chamma (2002) destaca sobre que as discussões em grupo, técnicas psicopedagógicas, recursos audio-visuais, aula expositiva, seminários e exercícios de fixação foram às estratégias de ensino mais utilizadas, encontradas em seu estudo. Para a autora, há um misto de procedimentos metodológicos que compreende a transição da escola tradicional de ensino para a escola nova, caracterizada pelo aprender fazendo.

Malvárez (2006) aponta que pesquisas bibliográficas, discussões e debates em grupos, seminários e eventos, análises de trabalhos científicos, estudos independentes, simulações, entre outras, são as estratégias de ensino mais utilizadas na América Latina. Dessas, a pesquisa bibliográfica, a discussão em grupos e os seminários foram as mais mencionadas no referido estudo.

As estratégias de ensino apresentadas para desenvolvimento das suas aulas, nos planos de ensino, estão adequadas ao preconizado pelas DCNs, e levam para um contexto de aprendizagem em que docente e aluno desenvolvam-se recíproca e ativamente, em uma perspectiva de aprendendo a aprender.

De forma geral, a maioria das estratégias apresentadas pelos planos registra trabalhos em grupos, discussões no formato de plenárias, participação de profissionais, projeção de filmes, estudos de caso e outros, o que revela descrever que o ensino de enfermagem em saúde mental/psiquiatria em SC está dentro de um misto tradicional e

interativo de estratégias de ensino, conforme proposto por Chianca *et al.* (2004).

De todo modo, o referencial teórico, que orienta os cursos de graduação encontrados nesta tese, expressa, em sua maioria, por Marcos de Referência, a contextualização da realidade social, política e econômica em que os cursos de graduação estão inseridos. Estes, ao registrarem essa realidade, manifestam relação próxima com a metodologia problematizadora, pois partem da construção reflexiva da realidade que circunda o curso. A problematização foi apontada pela maioria dos cursos (14) como metodologia para o alcance da formação em saúde.

No entanto, é ausente nos planos uma referência exata à técnica da problematização específica de Paulo Freire. As técnicas são próximas a autores, comentados a seguir, que as apresentam associadas ao momento da problematização.

O docente, ao se utilizar da metodologia problematizadora, enquanto mediador pedagógico, torna-se facilitador do processo ensino-aprendizagem, pois oportuniza a unidade entre o conhecimento do cotidiano com o científico dos alunos. O momento de elaboração da reflexão e da crítica, frente ao conhecimento a ser construído, se dá por procedimentos adequados ou mediação pedagógica, enquanto técnicas de ensino, advindos da problematização da prática social (GASPARIN, 2007).

Técnicas pedagógicas também são utilizadas na problematização como um dos elementos do processo de mediação pedagógica. Assim, as técnicas se dividem em convencionais e novas. As técnicas convencionais são as de apresentação simples, de simulação e as que põem o docente-aluno em situações reais. Essas técnicas são instrumentos que auxiliam a mediação pedagógica, possibilitando aprendizagem para transformar a realidade. As técnicas novas são tidas como novas tecnologias na educação, como uso da informática, multimídia, internet, listas de discussão, teleconferência, entre outros (GASPARIN, 2007).

Assim, do ponto de vista da problematização, a utilidade de tecnologias novas podem ser observadas nos planos quando esses referenciam busca em internet por artigos científicos. No entanto, estratégias de ensino específicas para o CESM não foram visualizadas explicitamente. De certa forma, essas estratégias podem, dentre outras, contemplar o quesito pesquisa bibliográfica em base de dados, conforme Plano 11 a seguir. Outras estratégias também foram apontadas, conforme se visualiza na seguinte tabela:

Tabela 12: Outras metodologias utilizadas no ensino das atividades teórico-práticas.

Planos	Outras metodologias de ensino nas atividades teórico-práticas
2	Observação dos espaços de cuidado. Produção de material artístico-educativo. Utilização de tecnologias cuidativas. Grupos de sala de espera. Consulta e cuidado de enfermagem. Debate em grupos e plenárias.
3	Uso de músicas
5a	Discussão em grupos. Atividade prática supervisionada em serviços de saúde.
5b	Dramatizações. Estudo em grupo
6b	Simulação de oficinas terapêuticas
7a	Interpretação, análise e discussão de textos de jornais e revistas. Debate em grupo.
8	Estudo de gerenciamento e leituras complementares
9	Dramatizações. Palestras com convidados
10	Utilização de roteiros de observação e registros
11*	Painel de debates. Viagem técnica. Artigos do cuidado de enfermagem em saúde mental*. Leitura e resenha de livros.
12	Técnica de GVGO. Seminários com grupos espectador-expositor-avaliador
13	Consulta de enfermagem. Supervisão. Teatro.
16b	Palestras com convidados.
19a	Trabalho em grupo
19b	Trabalho em grupo
19c	Relatos de experiências. Ações educativas.
19d	Relatos de experiências. Ações educativas.
21a	Trabalhos em grupos
22a	Oficinas. Produção de texto individual e coletivo
22b	Produção de texto individual e coletivo. Atividades de grupo.
22c	Debates em sala de aula. Resenhas de livros.
23a	Trabalhos individuais e em grupos. Dramatizações. Júri simulado.
23b	Trabalhos individuais e em grupos. Dramatizações.
24a	Trabalhos em grupos.
24b	Resenhas de filmes.
25a	Trabalho grupal. Dramatizações. Apresentação de artigos científicos e relatórios.
25b	Trabalhos grupais. Dramatização. Apresentação de artigos e relatórios.
26a	Trabalhos em grupos. Levantamento de dados em campos que trabalham a saúde mental no município. Entrevistas. Dramatizações. Apresentações de relatórios.
26b	Trabalhos em grupos. Dramatização. Apresentação de artigos e relatórios.

*O apontamento de Artigos do cuidado de enfermagem em saúde mental é para referir que há a estratégia de pesquisa bibliográfica, no entanto não constam artigos sobre o tema nas referências bibliográficas do referido plano.

Fonte: Planos de ensino da disciplina/módulos de enfermagem psiquiátrica/saúde mental dos 26 cursos de Graduação em Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

As demais estratégias de ensino demonstram uma ruptura com metodologias tradicionais, pois inovam ao incluir o aluno no processo de ensino-aprendizagem, aprender fazendo.

Essas reflexões são importantes, pois possibilitam o estabelecimento de estratégias para o aperfeiçoamento de competências para o CEM, como, por exemplo, dialogar com profissionais generalistas e especialistas sobre o saber para atender a demanda de saúde mental e, como habilidades, debater com usuários, familiares e profissionais sobre a abordagem das formas como estes cuidam, gostam de ser cuidados e como se cuidam, entre outros.

Um dado importante, antes de discutir o local de atividade teórico-prática, remete à descrição do número de alunos nos planos, sendo que nenhum apresentou essa informação. E isso torna-se relevante, pois possibilitaria discutir a distribuição de alunos por docentes com os locais das atividades teórico-práticas.

Tabela 13: Caracterização dos locais das atividades teórico-práticas.

PLANOS	Local das atividades teórico-práticas
1a	-----
b	Inespec.
2	ABS, CAPS II, IPQ/SC, HU/Ambulatório Psiquiatria; Cons. Saúde.
3	CAPS e visita técnica.
4	-----
5a	UBS, Centro escolar, Casa Lar.
b	UBS, ESF
6a	-----
b	CAPS e Clínica
7a	-----
b	Inespe.
8	CAPS
9	Inespec.
10	UBS/ESF, Visita AA, NA, Alanon
11	Visita a AA, NA, Alanon.
12	-----
13	Inesp.
14	Inesp.
15a	-----
b	-----
16a	-----
b	Vis. Unidade Psiquiátrica e Museu
17	Hospitais e UBS.
18	-----
19a	Inesp.

b	Inesp.
c	UBS e outros serviços.
d	UBS e Hospitais
20a	-----
b	UBS
c	-----
d	UBS
21a	-----
b	-----
22a	Inesp.
b	Inesp.
c	Inesp.
23a	Inesp.
b	CAPS e IPQ/SC. Visita à Fazenda
24a	-----
b	Hospital Psiquiátrico e CAPS.
25a	Visita a projeto de Extensão
b	Visita CAPS e Hospital Geral. Projeto de Extensão.
26a	Visita CAPS, APAE, Asilo, ONGs, AA, Cons. Tut.
b	Visita CAPS. Hospital Psiquiátrico

Fonte: Planos de ensino da disciplina/módulos de enfermagem psiquiátrica/saúde mental dos 26 cursos de Graduação em Enfermagem de SC, pesquisados no período de novembro a dezembro de 2009.

Em relação ao local para o desenvolvimento das atividades teórico-práticas, estão excluídos planos que realizam apenas atividades teóricas (4, 12, 15a,b, 18, 21a,b).

Da realidade analisada, infere-se que há um misto entre unidades básicas de saúde, CAPS, hospital e hospital psiquiátrico.

Para Kantorski e Silva (2001), a definição do campo prático ocorre em função das negociações institucionais e, por vezes, pela escolha docente. Em alguns momentos não há relação entre o perfil do enfermeiro que se deseja, com os espaços que seriam mais adequados ao ensino. Para as autoras, não há um referencial acerca da prática de ensino que determine a escolha dos campos.

Os locais para desenvolvimento das atividades teóricas e práticas para o campo da saúde mental, de acordo com a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), inserida no Sistema Único de Saúde, devem ser condizentes, também com o perfil do egresso, manifestado nos PPCs. Quanto à PNSM, a diretriz é para dispositivos territoriais e próximos a vida cotidiana dos sujeitos em sofrimento psíquico. Pressupõe-se serviços extra-hospitalares como unidades básicas de saúde com o auxílio dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF), residências

terapêuticas, unidades/leitos de saúde mental em hospitais gerais, Centros de Atenção Psicossocial e outros. O perfil do egresso é orientado conforme a realidade sanitária local, através de serviços e dispositivos de saúde, disponíveis para se praticar as atividades de ensino-aprendizagem.

De outro lado, as DCNs, quando estatuem sobre local, assim o fazem para estágio supervisionado, conforme atribuído no art.7º, segundo o qual os cursos ficam obrigados a incluir, no currículo, o estágio supervisionado em hospitais gerais e especializados, ambulatoriais, rede básica de serviços de saúde e comunidades nos dois últimos semestres do curso. Esse dado encontra respaldo no estudo de Neto *et al.* (2007), ao referir que os espaços de aprendizagem nas unidades básicas de saúde, Estratégia de Saúde da Família e hospitais secundários e terciários são considerados essenciais para atender as DCNs.

Por suposto, dos planos que referiram realizar atividades teórico-práticas, 11 (onze) não identificaram o local. Ademais, há variedades de locais entre os planos que os descrevem, como: unidades básicas de saúde, Centros de Atenção Psicossocial, estágio em hospital, projeto de extensão ligado à saúde mental, hospital geral, ambulatório, conselho de saúde. Esses locais estão compatíveis com o preconizado pelas DCNs.

No estudo de Malvárez (2006) os locais mais apontados para a realização das atividades teórico-práticas foram hospitais psiquiátricos, hospitais gerais e serviços comunitários de saúde. Foram menos mencionados ambulatorios, escolas entre outros. A autora cita que os dados referentes ao Brasil indicaram hospital psiquiátrico e hospital geral. Ela menciona que as atividades práticas incluem um conjunto variado de opções, mas que visam a implementação do processo de atenção de enfermagem, métodos clínicos da disciplina, supõe intervenção e avaliação da atenção nos diferentes serviços, análise e apresentação de casos clínicos.

Chianca *et al.* (2004) destaca que os locais de prática do ensino devem visar uma assistência integral, em nível de complexidades crescentes, com integração ativa entre atores envolvidos no cuidado. Fernandes *et al.* (2009) afirma que os locais para se articular a teoria e a prática pressupõe contato dos alunos com os serviços, devendo consistir em espaços de produção do cuidado, de relações interpessoais, acolhimento entre outros. Esse contato também contribui para as mudanças na produção dos serviços de atenção à saúde mental. Pelos dados coletados, quanto ao local da atividade teórico-prática, vê-se que estes são desenvolvidos nos serviços de Atenção Básica, de Atenção

Psicossocial e hospitais psiquiátricos, o que, em tese, possibilitam para o aluno realizar a integração teórico-prática.

Silva (2008b) expõe que na realidade catarinense, de forma geral, as experiências são positivas em relação às vivências dos docentes, durante a realização de aulas teórico-práticas ou estágios, pois enfatizam a necessidade da busca da integralidade do cuidado enquanto enfermeiro. A autora aponta como exemplo o fato de o estudante pensar em saúde, captar o que aprendeu na teoria e conseguir refletir sobre a prática.

Quanto às referências bibliográficas, buscadas nos planos de ensino, depreendeu-se que, em sua maioria, são citados compêndios de psiquiatria; livros de semiologia dos transtornos mentais; livros de enfermagem psiquiátrica e o livro *Enfermagem Psiquiátrica*, das autoras estadunidenses Stuart & Laraia, como bibliografia básica; *Fundamentos de enfermagem psiquiátrica*, de Merenes da Taylor; e *Enfermagem em Saúde Mental*, de Ruth Rocha, são os mais destacados

De maneira geral, as referências se dão entre as décadas de 70 ao ano de 2009. Quanto ao ano de 2009, são sinalizadas a Política Nacional de Saúde Mental e um livro sobre um transtorno mental específico. Em sua maioria as bibliografias são da década de 90, traduzidas para o português e raro em espanhol.

Alguns planos apresentam sítios de internet para indicar o tema da política de saúde mental. Há planos que utilizam em suas bibliografias dissertações, filmes, anais de congressos, dicionários e glossário de psiquiatria e psicologia.

Aproximadamente 6 (seis) planos indicam Travelbee, teórica de enfermagem psiquiátrica, como referência bibliográfica. Desses, 5 (cinco) a consideram como bibliografia básica, e uma (1) como complementar. Nenhum plano fez referência a Peplau, também teórica de enfermagem psiquiátrica. Raros são os planos que utilizam artigos científicos.

No que se refere à palavra “cuidado” como parte integrante do título nas bibliografias, encontrou-se 1 (uma) dissertação, qual seja: A construção do marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe de um hospital psiquiátrico; e 4 (quatro) livros: 1) *Manual de enfermagem psiquiátrica: Gerenciamento e cuidado*, 2) *Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados*, 3) *Transtorno mental e o cuidado na família*, e 4) *Psiquiatria e cuidados de enfermagem*.

Sobre o campo da atenção psicossocial são destaques: *Archivos de saúde mental e atenção psicossocial* em 3 (três) planos; e o livro que aborda o tema da reabilitação psicossocial, presente em 4 (quatro)

planos, qual seja: Reabilitação Psicossocial no Brasil.

As referências bibliográficas, emadas dos planos de ensino, de maneira geral, focam os transtornos mentais. Escassas são referências específicas sobre a integralidade, interdisciplinaridade, educação permanente, território e clínica para o campo de saúde mental. A escassez de referências teóricas se torna desafios, como apontados por Feuerwerker e Almeida (2003), quando essas deveriam orientar uma formação que envolva as DCNs e o SUS, para uma ampliação da clínica, relação individual e coletiva, integralidade da atenção, do trabalho de equipes matriciais.

O estudo de Alencastre *et al.* (2000), realizado em fins da década de 90, revelou que era enfática a importância que os docentes atribuíam à psicopatologia e intervenções de enfermagem. A bibliografia era, em sua maior parte, publicada no final da década de 80 e dos anos 90, o que se confirma também nos dados pesquisados nesse estudo referentes a esta unidade.

O ensino da psicopatologia e o cuidado subsequente requerem reflexão crítica. Conforme Leal *et al.* (2006), a psicopatologia se restringe à identificação e descrição de sintomas, pretende-se atórica e não oferta possibilidades de entendimento da experiência do sujeito que sofre. Nesse sentido, os autores problematizam a questão da psicopatologia nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica.

Em outro estudo, Júnior *et al.* (2007), apresenta experiências de ensino prático sobre a psicopatologia em uma perspectiva crítica e reflexiva. Retratam os autores que o ensino da psicopatologia auxilia o aluno a reconhecer e identificar a dimensão sintomatológica dos quadros, mas termina por deixar de fora a dimensão subjetiva da experiência do adoecimento e as formas relacionais e interpessoais. Relatam que o ensino da psicopatologia, em outros moldes, torna-se ainda mais difícil e desafiador devido a pouca disponibilidade de material didático, que não se limitam a sintomas das faculdades mentais, publicado na década de 80, e a partir dos manicômios da mesma época. Os autores entendem que o ensino da psicopatologia deve incluir a subjetividade em primeiro plano.

Relatam esses mesmo estudiosos experiências de ensino prático sobre a psicopatologia sob outra perspectiva, tornando-se um convite aos docentes de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica para aprofundarem, de forma reflexiva e crítica, a reprodução do ensino da psicopatologia descritiva em seus planos de ensino, visualizados em suas referências bibliográficas.

São inexistentes, nesta análise de dados, bibliografias que

dissertam sobre promoção de saúde mental, ao passo que o perfil do egresso escreve sobre promoção em saúde. As referências que perquerem o cuidado de enfermagem psiquiátrica são advindas de estudos em hospitais psiquiátricos.

Pode-se dizer que há um contraste no ensino que se baseia em literatura especializada, a partir, exclusivamente, de hospital psiquiátrico, e centrada nos transtornos mentais e fora do contexto brasileiro, pois torna este deslocado do SUS e das políticas públicas. Tal fato pode induzir o enfermeiro a identificar, como primeira via o transtorno mental em um sujeito que busca cuidados em saúde/saúde mental e o encaminhar para o especialista sem o acolhimento do sujeito em sua complexidade.

De outro lado, a lacuna vista em relação a utilização de artigos científicos, pode comprometer o ensino do CESM, uma vez que essas produções apresentam o que existe de mais recente. A ausência do uso de artigos de periódicos também foi um resultado do estudo de Alencastre *et al.* (2000), que justificou a possibilidade de as bibliotecas não terem condições para a busca e inserção das referências relacionadas a artigos de periódicos. Atualmente, esse dado já está superado, tendo em vista o acesso facilitado pela tecnologia, informática e disponibilidade de dados produzidos cientificamente.

Em relação aos pré-requisitos para a disciplina/módulo específico, 22 (vinte e dois) registros foram observados. Nos planos 2, 6b, 13, 19a,b,d, 23b, 25b e 26b, os pré-requisitos estão descritos literalmente. Os planos 7b, 8, 9, 11, 14, 20a,b,c,d, 21b, 23a,b, 24b apresentam pré-requisitos no PPC e ausentes nos planos. O plano 6b apresenta pré-requisito no plano e ausente no PPC. Os demais planos não informam.

De forma geral, os pré-requisitos consistem em: a) todas as disciplinas de todos os semestres anteriores; b) todas as disciplinas do semestre anterior; c) disciplinas específicas como: Enfermagem em Saúde Mental I; Semiologia e Semiotécnica; Teorias e Processo de Enfermagem; Família Contemporânea; disciplinas sobre Cuidado da criança, mulher, adulto e idoso de fases anteriores; Gestão e Gerenciamento de Enfermagem em Serviços de Saúde, Enfermagem em Saúde Comunitária, Epidemiologia; Sistema de Assistência de Enfermagem; Enfermagem Saúde Coletiva; Saúde do adulto e do idoso I. Os pré-requisitos aparecem tanto para a parte teórica quanto para a prática. Todavia, a parte prática é a que mais aponta os pré-requisitos.

Neste sentido, pode-se afirmar, a partir dos planos de ensino, que os cursos que referem haver pré-requisitos para o campo da saúde

mental ensinam os estudos propedêuticos (semiologia e semiotécnica) anteriormente à disciplina. Os pré-requisitos para, Pinto e Pepe (2007), possuem também a função de possibilitar a integração e interdisciplinaridade no curso, para que as disciplinas sejam desenvolvidas interdependentes e intercomplementares.

A conexão entre os pré-requisitos, exigidos na disciplina/módulos que descreve a utilização do CESM no ensino, está presente nos registros nos planos 6b e nos PPCs 9, 11, 14, 21b e 24b. O plano 6b e o PPC 11 referem como pré-requisito: Enfermagem em Saúde Mental I, Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem, e Teorias e Processo de Enfermagem; o PPC 9 cita Enfermagem em Saúde Coletiva III; o PPC 14 descreve Atenção Integral à Saúde do Adulto e do Idoso I, Atividade Assistencial na Atenção Integral à Saúde do Adulto e do Idoso I; o PPC 21b registra todas as disciplinas anteriores ao 6º semestre; e o PPC 24b todas as disciplinas anteriores ao 6º semestre, tendo em vista que a disciplina que desenvolve Enfermagem Psiquiátrica está no 7º semestre.

Meyer e Kruse (2003) referem que a interdisciplinaridade propõe uma integração entre os diferentes campos do conhecimento, na qual podem ser feitos arranjos curriculares para se trabalhar de diferentes maneiras os conteúdos e as disciplinas para se alcançar a unidade do saber.

Entretanto, os pré-requisitos expostos para fazer a ligação com o CESM foram: a Enfermagem em Saúde Mental, Semiologia e Semiotécnica de Enfermagem, Teorias e Processo de Enfermagem, Enfermagem em Saúde Coletiva, Atenção Integral à Saúde do Adulto e do Idoso, Atividade Assistencial na Atenção Integral à Saúde do Adulto e do Idoso e todas as disciplinas anteriores. Parece que a exigência de tais requisitos está coerente com os fundamentos do que venha a ser o cuidado de enfermagem no campo saúde mental e sua relação com a saúde coletiva.

No entanto, a Lei nº 5.540/68, que fixava normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média e determinava outras providências (BRASIL, 2010c) estabelecia pré-requisitos para o desenvolvimento de disciplinas para os cursos superiores. Com sua revogação pela Lei nº 9.394, que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional (BRASIL, 1996), os pré-requisitos deixam de ser exigidos. Ao que parece, as DCNs também não indicam a utilização de pré-requisitos para os cursos, estes que persistem em mantê-los e, currículos integrados podem não se pautarem na ideia de pré-requisitos.

5.2 RESULTADOS E DISCUSSÕES DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO REALIZADOS COM OS DOCENTES DE ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E/OU SAÚDE MENTAL DOS CURSOS DE ENFERMAGEM MAIS ANTIGOS DO ESTADO DE SANTA CATARINA

5.2.1 Relação docente e instituição

Esta categoria apresenta a caracterização dos sujeitos da pesquisa, o contexto em que o docente do campo específico está inserido com a Reforma Curricular, e as discussões a partir da relação docente e instituição de ensino. Parte-se do princípio que a implicação docente para o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental é permeada por relações sociais que podem influenciar essa prática social.

Participaram, deste estudo, 9 (nove) sujeitos de pesquisa, que representaram, de um total de 26 (vinte e seis) cursos catarinenses de enfermagem, os 4 (quatro) mais antigos do Estado de Santa Catarina. Em relação ao tempo de docência na área específica de enfermagem psiquiátrica e/ou saúde mental, dos 9 (nove) docentes, 4 (quatro) são profissionais recentes (entre 6 (seis) meses a 2(dois) anos) no ensino da área específica, com inclusão nestas instituições a partir da Reforma Curricular.

Quanto à formação específica dos docentes, 5 (cinco) não a possuem e 4 (quatro) informam possuir. Todavia, depreendeu-se, a partir dos discursos, que a formação do enfermeiro no campo da saúde mental, para a instituição de ensino, está relacionada à dependência do momento político e histórico que o Curso de Enfermagem possui; da necessidade e organização institucional; das formas de ingresso na carreira docente no ensino do campo específico; e da oportunidade institucional para os docentes lecionarem o campo conforme seu interesse pela saúde mental. Para o docente, ainda cabem as motivações pessoais, o interesse, a intencionalidade e a paixão pelo campo de conhecimento.

As interpretações apontaram que a inclusão do docente no campo específico de conhecimento, além da formação, relaciona-se também com a formação pedagógica e o trabalho pregresso desse docente antes de se inserir no ensino do campo específico. A própria formação específica docente em enfermagem na saúde mental ou psiquiatria insere-se em um contexto de *o que e como* essa é desenvolvida.

[...] já estou aqui na universidade desde 82, vim para cá, quando eu fui admitida, com vontade de trabalhar na saúde mental e na psiquiatria. Isto não foi possível durante um grande período, porque a disciplina basicamente já tinha os professores que eram da área, então eu só fui realmente entrar para a área da psiquiatria uns treze anos atrás. (S1)

Não tive uma formação específica de psiquiatria, não fiz uma especialização direcionada a esta área. Eu já tinha uma experiência em outra escola, porque eu já tinha trabalhado, antes de vir para cá para a universidade, com essa área. (S1)

Formei em 79, sou da casa, caí na psiquiatria por acaso, não foi uma opção e foi o acaso melhor que aconteceu na minha vida. Eu tenho verdadeira paixão pela psiquiatria e pela área da saúde mental, confesso que depois de 30 anos tenho me sentido bastante cansada, me sinto bem a caminho de aposentadoria mesmo. (S2)

[...] sou enfermeira, formada em 89 aqui na Y. [instituição]. Tenho vínculo com 2 universidades, estou com a Y. [instituição] inicialmente como supervisão de estágio desde 94 e depois trabalhei 11 anos e um bocadinho no Hospital Psiquiátrico. (S4)

Então isto a gente está começando, e isto é uma coisa que eu lembro, a S. [professora] fez junto comigo a especialização em saúde mental, e quando o professor foi falar e daí eu assim: ‘professor, me diga uma coisa, o quê que o enfermeiro pode fazer quando chega um paciente com delírio persecutório?’ E ele assim: ‘não tem psiquiatra na unidade?’ Ele via a realidade que ele tinha, e eu não, a nossa realidade não tem, ninguém trabalha com um profissional médico especializado nisso na Atenção Básica. (S3)

Os discursos transcritos anteriormente revelam o cenário da

relação entre a formação específica docente e a instituição de ensino. As interpretações desvelaram que a partir do momento que o docente insere-se no ensino do campo da saúde mental na instituição de ensino, há a constituição de relações sociais que podem ser polarizadas por um ensino convergente/divergente com o que a instituição formadora necessita/espera e o que o docente tem a ofertar, ou seja, a implicação que este docente tem com o ensino de enfermagem em saúde mental/psiquiatria na instituição.

Nesse raciocínio, Moya (1995) caracteriza a ação de cuidar com significado subjetivo, vinculado à ação humana, pois a ação para o cuidar depende de motivações, de intenções e do contexto onde se adquire sentido. O valor que o docente atribui ao ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental pode refletir sua implicação no desenvolvimento desse conteúdo, na atividade teórico-prática.

A contradição que pode envolver as implicações dos docentes no campo específico, de uma forma reflexiva, crítica e criativa, emana-se da interrogação: em que medida a prática social docente é utilizada, de forma crítica e autônoma, perante o ensino? Inicialmente, parte-se da relação autonomia universitária versus autonomia docente, ou seja, o docente, ao mesmo tempo em que pode estar submetido à relação hierárquica institucional sobre seu ensino, também está submetido a sua liberdade de ensinar. Assim, o docente tanto pode servir a uma diretriz mais rígida da instituição, que direciona o ensino, como pode, também, ter uma autonomia para decidir sobre esse ensino do campo específico. Isso, no entanto, está atrelado, em momentos iniciais, aos preceitos universitários singulares, pois cada universidade, ao fazer uso de sua autonomia, confere ao docente a forma como este planejará, executará e avaliará seu processo de ensino, ou não.

Destarte, em relação à autonomia universitária versus autonomia docente, existem os atores sociais²⁴, além de fatores, como destaca Sonzogno (2004), relativos a valores, opção ideológica, vontade política entre outros, que podem influenciar essas relações sociais, de forma que as decisões (instituição/docente) podem estar pautadas ora em

²⁴ Almeida e Blejmar (1999, p.18) citam Matus para definir Atores Sociais como “produtores coletivos de eventos sociais e de mudanças situacionais. Os Atores Sociais podem seguir um processo de produção direta utilizando o poder que têm em si como instituições ou um processo de produção indireta através das instituições que controlam”.

Nesta tese se referem à entidades/órgãos institucionais/classe representativos/ou não, que podem influenciar as instituições de educação superior e as interpretações/ações docentes no processo de ensino-aprendizagem. Para Sonzogno (2004) as relações e vínculos sociais no local de trabalho e fora dele servem como mediadores para o desenvolvimento da instituição e do processo de ensino-aprendizagem do docente.

movimentos de conformismo ora em resistências e emancipações.

O modo de produção capitalista, que também se reflete no setor da educação, no Brasil, pode influenciar nos mecanismos decisórios das políticas de governo, como o Ministério da Educação, em um momento histórico determinado, e se expressar em reformas curriculares que, por sua vez, influenciam a mobilização (ou não) dos atores sociais, que produzem reflexos também nas instituições, através dos docentes e de seus coordenadores/chefes/diretores.

Entre os atores sociais que influenciam na autonomia das instituições estão o Estado e suas políticas, os Sindicatos e Movimentos docentes, entidades representativas da própria enfermagem como Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), Conselho Federal de Enfermagem (COFEn). Esses atores sociais polarizam o campo da educação no contexto da autonomia universitária.

Em relação aos atores sociais que podem influenciar o grau de autonomia relativa docente nos momentos de decisões relacionadas a instituição/ensino, e que podem, também, causar tensão para um campo polarizado de conformismo ou resistência na Educação e Saúde, observa-se:

a) no setor Educação estão presentes os Movimentos Sindicais e de docentes das instituições, as entidades representativas da categoria especificamente, como ABEn e COFEn;

b) no setor Saúde estão o Sistema Único de Saúde e suas políticas como a Política Nacional de Saúde Mental (PNSM), norteadas pela Reforma Psiquiátrica; Complexo Médico Industrial²⁵, os Movimentos Sociais no campo da saúde como a Reforma Sanitária, na saúde mental como o Movimento de Luta Antimanicomial; além dos órgãos que fiscalizam a categoria como os Conselhos Federal e Regional de Enfermagem e entidades político-científicas como ABEn e suas seções.

Esses atores compõem um cenário político que envolve a autonomia entre a instituição e o docente, e que polariza o campo da Educação, que se pauta tanto na Educação quanto no setor Saúde, para realizar o processo de ensino e de Reforma Curricular. Não houve, porém, manifestação explícita, no conjunto desses atores, nas interpretações dos discursos dos docentes.

De todo modo, busca-se discutir fatores tidos como os mais

²⁵ Conforme Vasconcelos (2010a) Complexo Médico Industrial é resultado do interesse produtivo, econômico e ideológico para suprir a necessidade social e de saúde, composto pela indústria farmacêutica, equipamentos médicos, empresas de seguros, planos privados de saúde e que buscam o lucro também pelo *marketing*. A concepção de saúde está mais voltada para a produção de um corpo humano como mercadoria.

relevantes sobre a autonomia universitária e autonomia docente, em relação ao processo de ensino do docente na instituição, advindos das interpretações.

Em relação à autonomia universitária, Mancebo (2006) adverte que a legitimidade da universidade moderna funda-se pela ideia de autonomia do saber, frente à religião e ao Estado, guiada por uma lógica interna da instituição na produção e transmissão de conhecimento. O conceito de autonomia, na atualidade, tem sido caracterizado pela gestão financeira, tendo em vista que a produção do conhecimento e sua socialização se deparam com decisões dependentes do Estado e/ou do mercado, com as políticas de governo, com os custos para sua realização. Para a autora, a autonomia universitária resguarda uma capacidade de regular, com normas próprias, as situações que são exceções às leis, já que busca se atingir a garantia e proteção dos interesses a que a universidade assiste.

De acordo com a Constituição Federal Brasileira (BRASIL, 2003a, p.131), descrito em seu art. 207, “as universidades gozam de autonomia didático-científica, administrativa e de gestão financeira patrimonial, e obedecerão ao princípio da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão”.

No que se refere à autonomia institucional, as universidades têm sofrido pressões de organismos internacionais, como do Fundo Monetário Internacional, do Banco Mundial e da Organização Mundial do Comércio, ao exigirem que os governos redefinam suas funções em relação à educação superior, a fim de contar com uma maior participação da iniciativa privada e criar políticas para instituições públicas e privadas. A ideia é ter a educação como serviço comercial para ampliar a participação do capital externo. O projeto neoliberal para aumentar o capital externo, denominado transnacionalização, objetiva dar abertura para universidades estrangeiras se filiarem nos países. Essa iniciativa reduz os financiamentos públicos para instituições públicas, fragilizando a autonomia universitária nacional, bem como docente, e vai refletir no ensino, pois estabelece um modelo universitário que passa de autonomia para um de heteronomia (SANTOS, 2010; MANCEBO, 2006).

Nota-se que, de um lado, há docentes que se conformam com um ideário mercantil; de outro lado, há docentes que compõem movimentos de resistência, que visam a defesa da autonomia universitária e a qualidade de ensino.

O fato que ameaça e pode influenciar o ensino do cuidado de enfermagem nessa relação entre autonomia universitária e docente, é

que o cotidiano das universidades tem sido atingido por uma organização produtiva emergente. Para Mancebo (2007a), por um lado, o docente é um trabalhador de um sistema produtivo e sua eficiência é objetivada em índices. Por outro lado, o docente é produtor da força de trabalho competente, rico em tecnologia e conhecimento científico. O saber-fazer docente está em um lugar de contradição, pois tanto está assujeitado pela captura acrítica dos envolvidos nas demandas colocadas para a universidade, quanto para espaços que visem construções críticas, pensamentos reflexivos e invenções. É desse lugar que o ensino do cuidado ganha conformação (podendo o cuidado ser naturalizado no ensino) ou emancipação²⁶ (desenvolvido sob a práxis²⁷) pelo docente ao aluno.

Morin (2007) comenta que a ideia da auto-organização distingue o objeto, que pode estar numa condição de naturalização, e que sua autonomia e individualidade ligam-se mais pelo aumento da abertura e da troca que acompanham a complexidade. Assim, o objeto ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental encontra, na autonomia instituição-docente, o caminho inicial para buscar sua individualidade.

Ainda em relação à autonomia universitária, Kantorski e Silva (2001), ressaltam que os docentes possuem, em última instância, uma relativa autonomia, pois, mesmo em uma instituição universitária em que possa haver padrões de planos de ensino, cujo conteúdo e bibliografia básica podem ser previamente estabelecidos, mesmo assim o enfoque da aula depende de cada docente.

Por outro lado, quando o docente decide mudar o enfoque atribuído pela instituição/curso, estaria ele infringindo a ética ou estaria reagindo a outras possibilidades de ensino?

Conforme Kantorski e Silva (2001), esses dilemas podem retratar mecanismos de resistência relacionados à fragmentação do ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, com vistas a reproduzirem um saber-fazer que conforma docentes e alunos à prática hegemônica de se lidar com a loucura, na saúde. Esses movimentos é que causam as

²⁶ Emancipação nesta tese é entendida de acordo com Adorno citado por Carneiro e Silva (2008, p. 141) “é uma educação para contradição e resistência com vistas a produções pedagógicas transformadoras socialmente”. Neste sentido, a busca pelas contradições do ensino do cuidado e as resistências a um saber naturalizado possibilitam a emancipação deste ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental.

²⁷ Práxis nesta tese é entendida através de Konder (1992, p.115) como “atividade concreta pela qual os sujeitos humanos transformam a si mesmos. A ação precisa de reflexão, autoquestionamento, teoria. A teoria remete a ação que enfrenta o desafio de verificar os acertos e desacertos, cotejando-os com a prática”. Para aprofundamento sobre Práxis ver Vasconcelos (2010b, p. 82-92).

contradições, e são essas que permitem a formulação de mecanismos de resistência ora oculta ora explícita no ensino de enfermagem em saúde mental. Essas resistências são distinguidas do fazer dominante (pedagogia tradicional e ensino de enfermagem psiquiátrica, baseado em psicopatologia) ao serem propostas novas formas de se lidar com a realidade do ensino, acerca do campo da saúde mental (práxis e criatividade).

Pereira (2010) informa que não há mágica que possa resolver as conformações e os impasses a que o educador/docente está submetido, pois é preciso colocar, em suas atividades, conceitos e modelos críticos. Trata-se de não jogar fora a acumulação crítica do saber-fazer do ensino advindo das gerações anteriores, mas sim transformá-lo. Para Morin (2007), a patologia atual da mente está centrada na hipersimplificação, que não permite ver a complexidade do real.

Em relação ao ensino de enfermagem em saúde mental, Kantorski e Silva (2001) expõem que a contradição entre os programas convencionais das disciplinas, a dicotomia entre conteúdo e prática de ensino, e a realidade do contexto sanitário local, em que há o exercício da atividade teórico-prática, constituem-se movimentos e oposições internas à prática de ensino que determinam o conformismo, o inconformismo e as resistências. Essas resistências só se efetivam na medida em que o docente passa de uma condição de ator social²⁸ para uma de sujeito social da Reforma Psiquiátrica, através da aproximação com esse referencial e quando se liga organicamente à produção da vida material.

Por outro lado, para Morin (2007), sujeito tem sido uma das palavras mais difíceis de ser entendida, uma vez que, na visão tradicional da ciência, caracterizada pelo determinismo, não há sujeito nem autonomia; mas onde cada sistema cria suas próprias determinações, compreende-se primeiro a autonomia, depois o que quer dizer ser sujeito. Para o autor, ser sujeito é colocar-se no centro do seu próprio mundo, é ocupar-se do seu próprio “eu”, pois ninguém pode dizê-lo pelo outro.

Todavia, como complexidade é desafio, segundo, ainda, o mesmo autor, a noção de autonomia humana ou autonomia docente, depende de condições culturais e sociais, e se alimenta de dependências. Para Morin

²⁸ Ator social, para Kantorski e Silva (2001, p. 29), designa pessoas que contemplam o senso comum com determinada posição na sociedade. Sujeito social é a articulação de pessoas em torno de um projeto e à noção de autonomia, visa a elaboração de identidade e de projetos coletivos a partir de experiências próprias dos sujeitos.

(2007, p. 67), “somos uma mistura de autonomia, liberdade e de heteronomia, de possessão de forças ocultas que não são simplesmente as do inconsciente, trazidas à luz pela psicanálise. Eis uma das complexidades propriamente humanas”.

Um docente que pratica a enfermagem, no contexto do hospital psiquiátrico ou independente do campo de trabalho, para poder ensinar, necessita de treinamento pedagógico, pois a prática da docência requer coerência entre a metodologia pedagógica, os métodos e os meios de ensino com o campo da saúde mental, entre outros. O pensamento complexo e crítico do docente em saúde mental são construídos, também, conforme Kantorski e Silva (2001), pela visão de mundo que se forma através de concepções e práticas assistenciais em saúde, fundamentadas na norma. A referência ao normal e ao patológico, como polos de estar saudável ou doente, reflete uma dicotomia que enquadra o sofrimento psíquico nas normas do existir.

Moya (2005) destaca a observação de que as enfermeiras, ao se dedicarem à formação, ensinam antes como enfermeiras que como educadoras. Assim, tanto a prática da enfermagem quanto a formação pedagógica contribuem para um ensino mais transformador, desde que sejam relacionadas a uma práxis.

Ressalta-se que a complexidade que envolve a relação instituição-docente está permeada de contradições, a partir, principalmente, da autonomia de ambas. Entende-se que a formação específica, por si só, não legitima um ensino transformador no campo da saúde mental, em virtude de que as formações em especialização dependem do uso que o docente dela faz, já que a intenção e o título não revelam o processo, a vivência e o que vai ser vivido com a comunidade universitária. De todo modo, como afirma Morin (2007), a tomada de consciência precisa de autocrítica, as quais, por sua vez, necessitam do estímulo proporcionado pela crítica. Assim, que pensamento crítico é crítico suficiente para mobilizar e apropriar-se de transformações cotidianas?

Portanto, o pensamento crítico sobre a relação autonomia universitária, na autonomia docente, esbarra em algumas situações apontadas por Santomé (2003). A autonomia requer docentes com formação e atualização psicopedagógica e cultural, bem como recursos econômicos, pois, somente assim poderão ousar mais no momento de tomada de decisão e envolver-se mais nas inovações de seu interesse. Sem dúvida, isso implica coragem, já que se corre o risco de perder o posto de trabalho, principalmente nas instituições privadas, onde, além de tudo, podem-se constatar conflitos de interesses. A autonomia docente exige condições de trabalho que possibilitem seu

desenvolvimento, e isso necessita de tempo; espaço físico para reuniões com colegas, alunos e comunidade universitária em geral; jornada de trabalho que permita aos docentes analisarem a vida na instituição e tempo para elaborar estratégias e planos de ensino, voltados às situações que se apresentam com o processo ensino-aprendizagem.

Superar a contradição da autonomia universitária versus autonomia docente encontrada na complexidade é um convite inicial à reflexão sobre o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, com destaque para as palavras de Morin (2007) de que a aceitação de uma complexidade é também aceitação da contradição, pois, quando não se aponta a superação, seria por diante o lócus da complexidade. Nesse caso, a superação que envolve a relação entre a autonomia universitária e a autonomia docente pode refletir na implicação do docente com o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, na medida em que esse ensino pode se apresentar em âmbito de conformação, resistência e/ou emancipação.

5.2.2 Reforma curricular

Serão apresentados, nesta categoria, a contextualização geral, o processo da Reforma Curricular (RC) e seus reflexos com a finalidade de contemplar as contradições semelhantes, encontradas no processo vivido pelos docentes dos cursos.

Entende-se que a RC, por ser um processo permanente de mudança na educação, é complexa. Possui, em sua internalidade, um movimento constante de construção, implementação e análise de como se dá a materialidade da prática social e educativa de cada curso e instituição.

Assim entende-se, nesta pesquisa, que a Reforma Curricular, enquanto processo, ocorreu a partir de fatores que a motivaram, como a forma curricular que não correspondia ao curso e prevalentemente com as DCNs. Enquanto forma de condição, para que acontecesse a RC, foi apontada a participação docente como elemento importante, já que ela se desenvolvia, por vezes, com diferentes docentes no processo. A própria compreensão que o docente faz do processo também foi destaque, tendo em vista que alguns tópicos do processo estavam mais esclarecidos para uns docentes e menos para outros. Quanto à implementação da RC, houve afirmações de que o novo currículo requer uma carga horária suficiente para ser desenvolvido e quando não há esse

cumprimento, o PPC está sujeito a sofrer adequações durante sua implantação, o que se torna um fator de risco na RC.

De toda maneira, o planejamento e as formas de organização para a RC, que envolviam os dirigentes da instituição e os docentes, como as reuniões de colegiado que agregaram cursos de enfermagem de outros *campi*, instância/espço para desenvolver a reformulação e a tomada de decisão político-institucional, tempo exigido para o processo e a divisão de tarefas foram interpretações que se apresentaram como pano de fundo das correlações de forças, no momento das decisões de passagem do processo para o currículo.

Durante a RC houve docentes da área específica de ensino de Enfermagem em Saúde Mental (ESM) que, no desenvolver do processo, saíram do curso; e docentes de outras áreas que também vivenciaram a RC passaram a ministrar o ensino de ESM.

Foram oportunizadas capacitações gerais para os docentes se apropriarem da RC. Alguns cursos tiveram apoio institucional interno, buscaram modelos curriculares de outras instituições, realizaram visitas a outras instituições, estudos de documentos e contaram com assessoria pedagógica na implantação de planos de ensino.

Dentre as dificuldades, a concomitância curricular apresentou-se expressivamente, pois a implementação do currículo novo e a extinção do velho foi realizada, de um lado, pelo acompanhamento entre a coordenação de curso e os docentes, de forma que as disciplinas pudessem ser analisadas/adequadas ao processo da RC. De outro lado, a concomitância necessitou do acompanhamento docente para manter, durante a mudança curricular, a coerência com os currículos entre Projeto Político do Curso (PPC), disciplina e plano de ensino.

Em alguns momentos eu fiz parte da comissão do currículo [montada por nós e na época] a gente tinha praticamente um período integral aqui na universidade. Hoje não, nossas coisas mudaram muito. Então a gente montou um grupo de professores com praticamente um representante de disciplina ou de períodos e era um grupo que pensava, estudava, estruturava e discutia o currículo. Fizemos algumas determinações, mas a aprovação total era no colegiado que eram as reuniões gerais dos docentes onde tinha o pessoal do básico [composta por] enfermeiros que trabalhavam e davam aula no básico. Na área profissional, nós tínhamos uma equipe em torno de 8 a 9 pessoas junto com a coordenação do

curso. (S7)

Eu acompanhei este processo mais a nível de colegiado. Porque o que a gente tinha pactuado na época é que a coordenação e mais uma representante participaria e aí quando o pessoal veio, para fazer a avaliação, a gente se reuniu e pactuou isso. A partir daí era você E., e mais a T., a I. que eram as professoras que iam para as reuniões e como eu tinha outras atividades também, eu acompanhava através da reunião do colegiado onde a gente tomava as decisões. (S6)
[...].se dividia em tarefas, C. [uma das instituições da rede institucional] ficava com x coisa, M. com y, C. (S5)

A prática, eu lembro que você falou se tivemos alguma capacitação da área de enfermagem psiquiátrica, em nenhum momento, na universidade, teve isso, todas as coisas que a gente traz, na verdade, são experiências fora, participação em cursos, em congressos e a nossa prática. (S4)

[W.] tem currículo 2004, currículo 2007, a gente achava até que tinha pegado e quando a gente ia botar na prática aí que tu ia vendo as falhas, mas a gente tem procurado, por exemplo, nós vimos que tinham algumas falhas em saúde coletiva. Então a coordenação com os professores, ela bota no quadro tudo que tem de saúde coletiva, tudo em cartaz, o que tem em cada matéria, o que não está sendo contextualizado, o que está acontecendo de errado, o que está chocando, de repente isto está sendo dado, mesmo depois do currículo estar em andamento e para gente tentar recuperar e ajeitar da melhor forma possível. (S2)

Dentre as fusões das principais interpretações, pode-se sintetizar que a contradição relacionada à apropriação pelo docente do todo do processo (RC) para agir criticamente nas e com as partes (saúde mental) e formar um todo novamente (novo currículo) requer uma reflexão sobre a compreensão e ação docente. Morin (2007) adverte que, para evitar

visões abstratas, é necessário ter consciência da natureza, da condição e das conseqüentes visões paradigmáticas que eliminam o conhecimento e distorcem o real. Tendo em vista que o processo de RC possui suas motivações histórico-social-legais, há condutores ou medidas condutoras que decidem a concepção do processo - quem serão os atores participantes, de que forma os atores envolvidos são preparados para participar e realizar o processo? A forma como os atores envolvidos no processo concebem a saúde mental para ser desenvolvida no currículo com uma formação generalista, que critérios estão em jogo para a tomada das decisões, há um processo democrático na escolha de quais mecanismos de auxílios serão usados.

Sabe-se que não se pode fugir da incerteza e também não se tem um saber total. Morin (2007, p. 74), porém, dentre os princípios da complexidade (dialógico, recursão organizacional e princípio hologramático), utiliza a ideia recursiva como uma ruptura da ideia linear causa e efeito, estrutura e superestrutura, dentre outras, entendendo que “tudo que é produzido volta-se sobre o que o produz num ciclo ele mesmo autoconstitutivo, auto-organizador e autoprodutor”. A apropriação e a ação do docente em saúde mental na RC podem ser marcadas desde um posicionamento crítico e engajado, não só a partir de sua experiência nesse processo, a um acrítico, inerte e conformado. Para o autor, a crítica que se espera para que haja uma ação no processo pode contribuir como possibilidade de reflexão e engajamento.

Estes argumentos que seguem visam demonstrar o óbvio que, por vezes, é silenciado, pois a construção da crítica se deparará, ao mesmo tempo, pelo docente da saúde mental em manter a qualidade do ensino e, também, em inovar com a inclusão e o desenvolvimento do campo da saúde mental no currículo. Para isso a crítica não se esmera apenas no campo específico, mas no campo político em que as correlações de forças estão em disputa.

Moya (1999) refere que depois de 15 anos na formação de profissionais de enfermagem há uma realidade que circunda e complexifica o pensamento e a ação do docente: a prática educativa pertence a um tempo e a um espaço determinado; é o resultado de uma história pessoal, familiar, social e cultural única e irrepetível. É por isso que cada docente realiza, de forma inteligível, sua prática, não coincidindo totalmente com algum outro docente.

O referido autor cita Habermas para explicar que a pressão ideológica é a causa que faz com que o indivíduo compreenda sua situação de modo distorcido, de forma imposta e ilusória, aceitando

acriticamente uma ordem social que o impede de identificar e perseguir seus legítimos interesses. Cabe à crítica ideológica e a práxis revelarem a natureza enganosa que constitui a privação da autonomia e emancipação.

Moya (1999) utiliza-se da teoria crítica para afirmar que a realidade social não nasce a partir das interpretações das pessoas, senão que a própria pessoa, por si mesma, determina quais seriam essas interpretações. No entanto, as estruturas e as relações sociais são produzidas para determinar as ações dos indivíduos. As interpretações que as pessoas têm sobre a realidade pode se processar como natural e não como contradição, pois a própria estrutura do sistema formativo de enfermeiras e enfermeiros pode contribuir para impor essa visão como indiscutível e naturalizada, a qual renuncia a qualquer possibilidade de questionamento e transformação.

O cuidado de enfermagem em saúde mental, quando passa a ser ensinado por um docente sem antes lecionar no campo da saúde mental, pode ser ministrado através de uma racionalidade técnica, a qual, para Moya (1995), é um produto do positivismo, que transforma um problema prático em um problema técnico. O discurso crítico supõe uma desconstrução radical da racionalidade, inspirada em uma visão empírico-analítica, dominante no universo do ensino de enfermagem.

O ensino do cuidado, antecedido de uma ação docente (interesses derivados das necessidades docentes e determinado pelos vínculos sociais), encontra, nas contradições, a possibilidade para realizar a práxis, como oportunidade de romper com a realidade naturalizada dos docentes. Em síntese, a história de vida do docente, o vínculo social e político deste docente, a crítica a ideologia e a práxis constituem fatores que influenciam a autonomia docente em relação ao seu ensino do cuidado.

Nesse sentido, Moya (1999), apoiado em Habermas, indica, como um dos caminhos para se alcançar os saberes emancipadores ou o interesse emancipador (a ciência social crítica como saber gerado pelo indivíduo), um tipo de compreensão autoreflexiva para a pessoa, que seja capaz de conhecer as condições sociais objetivas que dificultam a consecução de seus objetivos para com a autonomia racional e a liberdade.

Assim, tratando-se da RC, em que pese a concepção e condução do processo, os docentes se dispuseram a se organizarem para desenvolverem-na. Desse modo, em relação aos atores do processo, ficou esclarecido, porém, há silêncios relacionados à participação de outros atores como, por exemplo, os alunos. Para Zem-Mascarenhas e

Beretta (2005), o ponto de partida da Reforma Curricular deu-se com a realização de uma reunião com todos os docentes e discentes do curso de enfermagem, na qual foram levantados aspectos de insatisfação e mudanças para os atores. Daí surgiu o desafio de reformular o currículo.

Esse silêncio é posto não como um ato acusatório, mas para mostrar que a razão da existência docente é o aluno e se este não surge nos discursos no momento da RC é porque, talvez, ele não tenha sido um ator importante para o processo. Entende-se que o aluno, por sua vivência acadêmica, pode contribuir para a ampliação dos debates, já que ele consome e reproduz o processo de ensino-aprendizagem. Por outro lado, mesmo que as comissões de RC com docentes e alunos constituam-se, a autonomia é limitada, pois as tomadas de decisão envolvem particularidades de cada processo. De todo modo, no art. 9º das DCNs está colocado que o projeto pedagógico do curso deve ser construído coletivamente, centrado no aluno como sujeito da aprendizagem.

Outro fato importante na contextualização da RC é que este momento implica, também, abrir mão da segurança do que se tem pronto e trocar pela incerteza de como inovar e reconstruir (ZEM-MASCARENHAS; BERETTA, 2005). No que se refere à saúde mental, de acordo com os discursos e as interpretações, cinco do total dos nove docentes da pesquisa vivenciaram o momento da RC nas respectivas instituições. Desses cinco, um docente não era da saúde mental no tempo pedagógico do processo de RC e passou a lecionar a partir deste.

Depreende-se daí que a discussão do que é saúde mental e enfermagem em saúde mental relaciona-se com o tipo de currículo e com o ensino que se queira desenvolver. Mas, então, que significa a saúde mental em uma formação generalista? Sendo um conceito polissêmico visto como campo de conhecimento, estado subjetivo ou especialidade, e inserida no contexto do Sistema Único de Saúde, junto com a saúde coletiva, vai ter uma conotação; se a enfermagem em saúde mental é vista como especialidade, é um rumo; se a enfermagem em saúde mental é um núcleo de conhecimento deste campo, é outro rumo; se o ensino de enfermagem em saúde mental estiver inserido no ciclo vital humano como conteúdo transversal, é outra abordagem. Esses questionamentos estão em silêncio nas discussões no contexto da RC e na mudança curricular. Pensa-se ser necessário haver essa discussão.

No contexto do SUS, a Política de Saúde Mental está inserida dentro da Secretaria de Atenção à Saúde como uma ação em saúde. Logo, sua concepção pode ser vista tanto como especialidade quanto dimensão transversal, visto que extrapola o setor saúde.

Todos esses argumentos relacionam-se às capacitações, considerando que estas visam tanto o preparo como o “como” fazer a mudança curricular. Para Backes, Silva e Rodrigues (2007), a capacitação pedagógica envolve a problematização de novos instrumentos metodológicos, e, neste sentido, um curso referiu auxílio, através de assessoria pedagógica, durante e depois do processo de RC²⁹.

De fato cada instituição cria suas estratégias para preparar o docente a vivenciar a RC, tais como as apontadas em estudos como o de Fernandes *et al.* (2003): estabelecimento de programa de educação continuada para os docentes em Metodologia de Ensino Superior e tutoria; espaço de encontros semanais de docentes para discussão de métodos de avaliações e técnicas pedagógicas de ensino; criação de banco de dados para orientação e uso dos docentes em formação pedagógica; encontros interdisciplinares que despertaram no aluno analisar as dimensões da vida prática profissional; espaços para discussões de conteúdos transversais e interdisciplinares para questões relacionada à vida, saúde, cidadania, ética, ao cuidado de enfermagem e à consolidação do Sistema Único de Saúde.

Para Maia (2004), a capacitação docente deve ser planejada com a previsão de que nem todos os docentes se envolverão com a RC, pois esta desestabiliza a rotina ao propor o questionamento do cotidiano e requerer mudanças.

No entanto, é presente nos discursos a relação saúde mental dentro da Reforma Psiquiátrica, mas é ausente a discussão do paradigma psicossocial como orientador da RP, já que há que discutir se as metodologias pedagógicas propostas pela RC se equivalem ao ensino inserido neste paradigma, ou seja, por exemplo, a metodologia ativa e/ou problematizadora também equivale para este campo? Por isto a importância de dar voz ao silêncio das concepções epistêmicas e também políticas.

De modo geral, dentre as dificuldades apontadas para essa categoria, a concomitância curricular foi, das interpretações, a que mais se sobressaiu para a contextualização do processo. Para Maia (2004), os problemas decorrentes da convivência com dois currículos na formação podem manifestar um lado enriquecedor, tendo em vista que, quando todo o curso fica envolvido por este processo, a transição entre o velho e

²⁹ Embora se compreenda que as capacitações sejam necessárias, não se pode perder de vista o alerta de Mourão *et al.* (2007, p. 184) de “que estas podem reproduzir um instrumento essencialmente técnico, com propostas prontas e formatadas que impedem a criação de processos de mudanças ou pode se configurar num modismo em relação à inovação”.

o novo pode contribuir para o processo de avaliação de um e outro. Entretanto, segundo Oliveira *et al.* (2003), é a compreensão do projeto pedagógico do curso que orienta esta transição de um currículo para o outro.

Na literatura, conforme Backes, Silva e Rodrigues (2007), as dificuldades do processo de RC encontram-se relacionadas às estruturas universitárias e às pessoas envolvidas no processo. Quanto à mudança das pessoas, há também referência dos sujeitos no referente à dificuldade de ter que “mudar a si” para participar do processo, bem como que essa mudança exige do outro e de si, mas que não é um processo em sintonia entre um e outro.

Embora busque se apresentar e discutir a contextualização da RC e sua relação com as DCNs para um novo currículo, o campo da saúde mental não emergiu como uma temática de relevância em uma abordagem generalista, tendo em vista que as propostas da PNSM, para a formação nos cursos do setor saúde, em que pese uma formação generalista em relação à saúde mental, direcionada para a saúde coletiva, ainda ser um processo em construção.

A esse respeito, de acordo com Brasil (2010d), as mudanças do campo da saúde mental no SUS possuem uma trajetória singular e coletiva. A primeira relacionada à organização dos usuários como atores sociais que reivindicam seus direitos e participam da formulação das políticas públicas³⁰; a segunda está atrelada ao contexto brasileiro da luta por direitos e políticas sociais, como o SUS, o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Educação, os Direitos Humanos. Os pactos pela saúde, do SUS, referem-se à saúde mental como uma de suas prioridades de atenção, com organização (modelos) e instrumentos de gestão; e na repolitização da saúde, como mobilização para reforçar o SUS; e a saúde mental, como política de Estado. As próprias Conferências de Saúde Mental também contribuem para as transformações da saúde mental no SUS.

Essas mudanças da saúde mental no SUS levam a perceber que há uma complexidade e multidimensionalidade do que necessita a saúde mental, que extrapola o setor saúde e que vai na direção de uma dimensão transversal a todo setor saúde, envolvendo a intersetorialidade, como, por exemplo, a saúde mental do trabalhador, exigindo constantes atualizações e diversificações em questões do

³⁰ Está-se referindo, também, a criação do Grupo de Trabalho Demandas de Usuários e Familiares da Saúde Mental pela Coordenação Nacional de Saúde Mental do Ministério da Saúde, Vasconcelos e Rodrigues (2010).

conhecimento que possam se expressar em estratégias inovadoras do cuidado.

Contudo, a Política Nacional de Educação em Saúde, conforme Brasil (2010d), busca ampliar o acesso à formação para todos os profissionais de saúde, nos diferentes níveis de atenção do SUS, e ordenar seu controle social. Assim, o desafio apontado nesse contexto está em como promover e ampliar a mudança dos conteúdos e práticas dos cursos também de graduação; como qualificar os docentes para incluir a discussão sobre a saúde mental nos cursos para que a formação acompanhe as necessidades do campo da atenção psicossocial e as permanentes mudanças.

O que está exposto é que o SUS, ao problematizar a saúde mental, convida também os docentes a refletirem sobre esse campo em transformação, que se constitui, ainda, um desafio. Portanto, a interpretação crítica que o docente pode ter em relação às DCNs faz-se necessária, pois este documento aponta uma formação generalista, direcionada para o SUS, possibilitando, também, um ensino baseado em perspectivas manicomial e/ou psicossociais.

A ruptura com um paradigma e outro exige nova prática social e educativa docente no momento do e a partir do planejamento didático-pedagógico, capacitação docente e respectivas avaliações, possibilidade para repensar o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental em uma perspectiva complexa e crítica.

De todo modo, nesta pesquisa, o processo da RC³¹ também se revelou marcado por demais fatos e situações a partir das interpretações. Pode-se destacar que o tipo de vínculo do docente com a instituição interfere no tempo que ele tem para participar da RC e na sua integração com os demais docentes. A concepção docente de que o processo de RC pressupõe reflexão permanente decorre das mudanças durante a implementação curricular. O tempo, por vezes, foi insuficiente para discussões sobre o processo, além de aliado à falta de espaço para os docentes discutirem o processo de implementação da RC. Outras vezes apareceram situações específicas, como divergência de interesse dos dirigentes da instituição e dos docentes, tendo estes que se utilizar de sua trajetória histórica e de mecanismos como controle social e legislações para avançar na RC.

³¹ A discussão do processo histórico que envolve a reconstrução dos cenários de propostas e mudanças das Reformas Curriculares dos cursos de graduação em enfermagem e que envolvem os currículos de 1923, 1949, 1962, 1972 e 2001, está apresentada no artigo de Renovato *et al.* (2009).

No entanto, há duas situações que mais se destacam enquanto reflexo da RC. A primeira marcada por conflitos de interesses interinstitucionais, relacionados às partes administrativas/financeiras e entre dirigentes/docentes. A segunda registrada por silêncios sobre os conflitos que podem advir da RC. De todo modo, a partir da RC, chamou a atenção o fato de que novos docentes de um curso que iniciarão suas atividades passam primeiro por capacitação pedagógica.

Nós passamos das nossas três mil e algumas horas para as quatro mil horas em 5 anos. Em princípio foi turbulento, a nossa universidade do Y. hoje X.Y.Z, nós éramos em X instituições e, embora tivéssemos o mesmo currículo, os interesses eram diferentes. Nós tínhamos uma escola que só queria aula de enfermagem à noite, tínhamos uma briga séria por causa disso e eles entendiam que podiam. Cada escola tinha suas peculiaridades e cada um tentava puxar para suas necessidades, por exemplo: ‘eu não quero tantas horas de pediatria porque nós não temos crianças na nossa comunidade’, ‘nós não temos lugar para fazer estágio em saúde mental’, ‘nós não temos’... e aí nós começávamos a discutir situações particulares e fugíamos daquilo que o projeto pedagógico exigia. (S5)

O 7º pegamos a definição da própria reitoria, nós tivemos que reduzir o mínimo do que as diretrizes dizem, para reduzir custos, entendeu? A gente não sabe como é que vai ser. Então o 6º é o que seguiu as diretrizes, e com ele nós ficamos numa intermediária que não ficou nem com o máximo e nem com o mínimo de carga horária. Não sei efetivamente o valor da carga horária [para a saúde mental do 6º]. (S7)

Com a presença das duas pessoas representantes do Conselho. Nós falamos da nossa insatisfação numa reunião de colegiado, que foi num sábado, quando essas duas pessoas chegaram aqui. Elas já tinham passado em todas as instituições e nós colocamos o projeto [em pauta] e que elas viram coisas gritantes neste projeto e aí surgiu a oportunidade de a gente falar da nossa insatisfação que nós também não concordávamos

com isso. O Conselho mandou um parecer, um relatório apontando as grandes falhas e, a partir daí, a gente se reuniu e começamos de fato a participar. O relatório foi para as 5 instituições e nós tínhamos um prazo X para deixar a coisa muito clara. (S5)

[..] e depois, de repente, nós tivemos que voltar felizmente, porque veio uma outra lei que dizia da carga horária maior e aí nós atacamos exatamente em cima da carga horária das aulas que havia sido reduzida, aí modificamos duas vezes. (S5)

E hoje quando eles [professores] entram na universidade, eles já não entram para montar o seu programa, eles primeiro têm a capacitação para saber do projeto pedagógico, para depois eles podem entrar, já tem uma capacitação só para inserir nisso... porque tu nunca viste aquilo e de repente tens que ver e trabalhar na prática. (S3)

Tendo em vista que as contradições surgem, em um primeiro momento, através de um pensamento simplificado, como apontado por Morin (2007), inicia-se o raciocínio a partir dos conflitos de interesses entre docentes e dirigentes, durante a RC, nas instituições privadas, com a ideia dada, ou naturalizada, da relação custo e benefício. Principalmente, e não só, nas instituições de natureza privada, a gestão financeira busca se resguardar dos custos, pois, se tiver mais gastos financeiros, terá que compensar com fontes de financiamento que, dentre outros, a taxa de mensalidade dos alunos pode ser a fonte propulsora do giro financeiro nas instituições privadas. Logo, o gasto terá de ser compensado, aumentando a mensalidade³² e, com isso, fragilizando a instituição tornando-a menos competitiva entre as

³² No estudo de Mancebo (2007b, p. 109), em que a autora analisa em detalhes a reforma da educação superior no Brasil, ela afirma que o Programa Universidade para Todos (ProUni) possibilitou, através de subvenções, o aumento da oferta privada no ensino superior, com financiamento público indireto para o ensino privado, fortalecendo o setor privado com fins lucrativos. A autora cita Carvalho para explicar que “a queda nos rendimentos reais e o nível elevado do desemprego dificultam a sustentação dos gastos com as mensalidades pelos assalariados. O ProUni surge como oportunidade de fuga para frente das instituições ameaçadas pelo peso das vagas”. Ainda há a citação do financiamento público indireto realizado pelo Fundo de Financiamento ao Estudante do Ensino Superior (FIES).

instituições de ensino. Com o aumento da taxa, a demanda diminui, baixa o acesso da população ao ensino superior, exigindo que o Estado pense estratégias para minimizar esta situação. Para as universidades públicas, a necessidade de financiamento para implantar a RC se faz presente, porém a fonte é o Estado e/ou as políticas de governo. De onde vem esse dinheiro, porém, é outro pensamento a ser desenvolvido.

No entanto, sendo o mercado o regulador da competição entre as instituições, mesmo que uma instituição privada seja excelente em qualidade, haverá uma tendência do aluno a ingressar na instituição onde o custo da mensalidade seja menor, salvo a região geográfica. Com a elevação dos custos, a partir da RC, a taxa de mensalidade poderá sofrer aumento e a procura poderá reduzir.

O sistema de educação entra na lógica de mercado a partir do momento em que a educação seja reduzida a um bem de consumo, pois a razão seria convencer as pessoas a escolherem as instituições, diplomas e docentes da mesma forma como escolhem um produto no supermercado. Toda essa trama interfere diretamente no sistema educacional, no trabalho do corpo docente, nas relações profissionais e sociais (SANTOMÉ, 2003).

Esses foram os primeiros pensamentos a cerca dos conflitos de interesses. A leitura de artigos e autores que pudessem desvelar esse pensamento aparente permitiu apontar os argumentos, apresentados a seguir, na tentativa de entender as possíveis contradições que envolvem esta interpretação.

Em um primeiro momento, o estudo de Backes, Silva e Rodrigues (2007) já apontara as dificuldades que envolvem a Reforma Curricular em relação à estrutura universitária, dentre as quais cita: carência de tempo para refletir, planejar, organizar, executar e avaliar o processo; escassez de recursos materiais e humanos; precariedade da estrutura física, fragilizada pelo descaso da administração pública; infraestrutura acadêmica e administrativa, por vezes, inadequada para dar suporte; ausência de reposição do quadro docente relacionada às instituições públicas; exigência de manutenção de índices de produtividade para manter a pós-graduação, em prejuízo da docência na graduação. Esses dados confirmam os discursos da presente pesquisa, porém, é o pano de fundo que se pretende desvelar.

Catani, Oliveira e Dourado (2001) revelam que, para compreender a Reforma Curricular nos cursos de graduação no Brasil, faz-se necessário interrogar por que a reestruturação curricular adquiriu centralidade na reforma da educação superior; quais seriam os determinantes para os ajustes curriculares. Os autores sintetizam que a

reestruturação produtiva do capitalismo global provoca um ideal de flexibilização curricular que deriva nas diretrizes curriculares para os cursos de graduação.

Nesse mesmo vértice, Santomé (2003) coloca que, para entender o contexto da educação, se faz necessário conhecer as explicações para as mutações econômicas capitalistas, com suas políticas neoliberais, visto que estas interferem diretamente nos Estados Nacionais, pressionados pelas multinacionais, que buscam abertura de mercado e livre acesso ao capital, nas alfândegas, para seu lucro. Através dos Estados Nacionais, o capitalismo se fortalece, principalmente no século XX, ditando as linhas mestras para uma sociedade que se fundamenta na esfera econômica, pelos órgãos como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial, a Organização de Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) e a Organização Mundial do Comércio (OMC). Esses órgãos direcionam o que os governos devem adotar se não quiserem ser considerados à margem dessas estruturas mundiais, já que essas organizações encarregam-se de promover e controlar os processos da globalização do capital, restringindo o poder dos Estados (SANTOMÉ, 2003).

Dentre as estratégias estão o desmantelamento de setores públicos com restrição de gastos, a redução salarial e a flexibilização no mercado de trabalho para dar abertura a contratações mais precárias. Em síntese, um mercado livre, com economia monetarista, privatização de tudo o que produz benefício econômico, eliminação do controle dos Estados, a participação dos órgãos mundiais, através do mercado, tem se apresentado como um modelo de sociedade e de ideologia possível. É o controle dos recursos financeiros por esses órgãos, antes citados, que permite dirigir as linhas do pensamento através da mídia; controlar publicações de empresas; influenciar partidos políticos governistas, pelos créditos em campanhas; induzir sutilmente o trabalho nas instituições universitárias, pelas concessões de subvenção econômica para determinadas linhas de pesquisa (SANTOMÉ, 2003).

Posto esse pano de fundo, no qual o modo de produção capitalista, através de suas tentativas de dominação, mercantiliza a educação, instaura metas para os governantes, que, no caso do Brasil, com a RC para o ensino superior pelas DCNs, tornou-se um momento profícuo para influenciar uma crise entre instituições, docentes e dirigentes, destaca-se o momento a seguir como o início das reformas da educação que resultaram nas DCNs.

As questões dos currículos de graduação ganharam repercussão na reforma da educação superior no Brasil a partir de 1995, mas a

materialidade da Reforma Curricular é iniciada pelo Edital nº 04, de 1997, que solicitou às instituições de ensino superior enviarem propostas para a elaboração das Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação. Essas propostas serviram de base para o trabalho das comissões de especialistas de ensino de cada área, e é nesse contexto que a enfermagem participa, de forma concreta, do processo de elaboração das DCNs (CATANI; OLIVEIRA; DOURADO, 2001; RODRIGUES; BAGNATO, 2007)

Rodrigues e Bagnato (2007) afirmam que, em 1997, o Ministério da Educação convocou a reformulação curricular, justo no momento em que a enfermagem estava implantando, ainda sem avaliar, o currículo de 1994. A enfermagem, na época, não tinha urgência em reformular o currículo, pois o referido Ministério, em 1996, prorrogara, por mais dois anos, a implantação dos currículos e, em 1997 solicitou uma nova reformulação. As autoras versam em pormenores toda a história que envolveu a criação das DCNs para a enfermagem no Brasil e apontam que a categoria, através da Associação Brasileira de Enfermagem, se responsabilizou por esse processo junto a autoridades do Estado, tendo em vista que, se não participasse, correria o risco de perder a centralidade da história. Comentam que foram incorporadas ao discurso, antes não aprofundadas pela categoria de maneira geral, noções de competências e habilidades, pedagogia do aprender a aprender, justificativas que já se encontravam na mudança relacionada com as transformações do trabalho, da tecnologia e da informação, ou seja, o que estava implícito na reformulação era a adequação da educação superior a um novo formato que se queria oferecer.

A ideia do MEC era adaptar os currículos às mudanças dos perfis profissionais; dinamizar os currículos; adaptar as demandas do mercado de trabalho; integrar graduação e pós-graduação, com ênfase na forma geral, no estabelecimento de competências e habilidades. A orientação geral da reforma, porém, através das diretrizes, era tornar a graduação mais flexível. O ideário da flexibilização garante a liberdade para a definição de currículos plenos, pois dessa forma cria-se a possibilidade de formar profissionais adaptáveis às demandas do mercado de trabalho e preparados para aprender a aprender. O risco que se corre é naturalizar o espaço universitário como campo de formação profissional e reduzir o papel da universidade³³ (CATANI; OLIVEIRA; DOURADO, 2001; RODRIGUES; BAGNATO, 2007).

Esse alerta pode ser visto nas DCNs (BRASIL, 2001, p.5), em

³³ O papel da universidade está discutido no artigo de Catani (2008).

seu art. 14, ao dispor que a estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar: “IV - os princípios de autonomia institucional, de flexibilidade, integração estudo/trabalho e pluralidade no currículo”.

Diante do exposto, se por um lado há uma diretriz que visa domínio pelos órgãos internacionais, que atinge, direta ou indiretamente, o setor da Educação e, conseqüentemente, a autonomia das instituições; de outro há movimentos de resistência que surgem através de docentes, por vezes, vinculados a atores sociais, como no caso a ABEn, com representantes na comissão de especialistas e que promove Seminários Nacionais de Diretrizes para a Educação em Enfermagem no Brasil (SENADENS). Embora haja participação e resistência, o acesso ao processo de reforma na educação, no caso as diretrizes, como um todo, mesmo em que pese um envolvimento efetivo, ele é limitado por determinações colocadas nas esferas superiores, que se articulam ao sistema. Mesmo assim, os movimentos de resistências são realizados (RODRIGUES; BAGNATO, 2007).

Nesse raciocínio, outros mecanismos podem ser vistos também como resistentes e emancipadores, como aqueles docentes que participam como avaliadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES) para a Enfermagem, e outros docentes que produzem pesquisas³⁴ e textos, que demonstram o panorama da educação em enfermagem e as DCNs. Outro exemplo está representado no cuidado que a ABEn teve, em relação ao tema, em produzir, através de sua Revista Brasileira de Enfermagem³⁵, um volume específico, no ano de 2003, sobre a Reforma Curricular e as novas diretrizes.

No entanto, não é somente com a enfermagem, mas outros atores sociais enfrentam limites reais na correlação de forças mesmo com a potência para resistir, porque as limitações se dão com um modo de produção explícito cujo projeto neoliberal busca avassalar as sociedades históricas.

Destarte, não se trata de jogar fora todo um processo estudado, refletido, empenhado, que resultou nas DCNs. Sem dúvida, estas contribuem para problematizar a realidade local do SUS; apresenta uma formação generalista em função da especialista; busca romper com a fragmentação teoria-prática; aponta uma formação voltada para o SUS.

³⁴ NETO, D.L.; TEIXEIRA, E.; VALE, E.G. et al. Aderência dos cursos de graduação em Enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, p. 627-634, 2007.

³⁵ Trata-se da Revista Brasileira de Enfermagem, Volume 56, número 4, julho/agosto de 2003.

A intenção é apresentar o cenário onde as forças convergentes e divergentes contribuam na contextualização do processo de RC, nos cursos de Graduação em Enfermagem em SC.

É no contexto dessas resistências que surgem os conflitos de interesses entre docentes e dirigentes das instituições. As instituições privadas criam seus mecanismos para manter o controle durante o processo de RC; as instituições públicas sofrem com as políticas de Estado e de Governo para sua implantação³⁶.

Cada coletivo de docentes buscou suas estratégias para enfrentar os mecanismos de opressão que os dirigentes tentaram impor, no caso desta pesquisa, quando houve desconsideração de alguns docentes em participar efetivamente das decisões da RC. Assim, a própria trajetória histórica que os docentes possuem no curso, o uso de legislações e o acionamento de órgão de controle social, como o Conselho Estadual de Educação, foram elementos adotados para resistir às formas de uma RC realizada, enfaticamente, pelo viés da gestão financeira.

Mourão *et al.* (2007)³⁷ enfatiza que a ação docente na RC deve ser contextualizada pela própria institucionalização que a reforma que queira estabelecer, e que a implantação depende da forma como os órgãos gestores exercem suas vontades políticas. Afirma que no processo de RC há disputas entre os docentes que, de um lado há os que se envolvem mais porque estão mais insatisfeitos com o currículo e com os métodos de ensino-aprendizagem, pelo posicionamento político ou até por almejar cargo; de outro, há aqueles que não querem aderir a mudanças; e há, ainda, aqueles que são contrários à direção propositora da RC. Tudo isso se conflita à medida que a RC propõe a integração entre conteúdos e disciplinas, porque pode acontecer a perda de espaço e de carga horária.

O resultado da presente pesquisa também encontra, nas referidas autoras, aproximações quando os docentes de saúde mental apontaram, em sua maioria, que a carga horária da saúde mental/psiquiatria foi reduzida, principalmente, pela contenção de gastos. As contradições e a resistência não se revelaram claramente nos discursos dos sujeitos da pesquisa.

O docente que vivencia o ensino superior de enfermagem pode entender que o conflito de interesses faz parte do processo de RC, mas

³⁶ Destaque para as Políticas Indutoras como o PróSaúde e PetSaúde, como forma de implementar as DCNs nos cursos da saúde de instituições públicas.

³⁷ O artigo de Mourão *et al.* (2007) faz uma apresentação detalhada de um processo de RC, em instituição privada e pública.

que não é um processo naturalizado quando as universidades são convocadas a realizar. Entende-se que a análise do processo de RC contribui como uma categoria importante para se analisar as complexas dimensões em que a política educacional das instituições de ensino superior estão inseridas.

5.2.3 O Ensino de Enfermagem em Saúde Mental e o Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental

5.2.3.1 As mudanças no Ensino de Enfermagem em Saúde Mental

As interpretações que fizeram parte desta categoria foram apreendidas a partir dos discursos que deixaram implícitas ou explícitas as mudanças no ensino de enfermagem em saúde mental com o processo de Reforma Curricular, a qual foi tida como um momento histórico marcante para os docentes, ao discursarem sobre o ensino, misturando-se, por vezes, passado, presente e futuro.

O momento hermenêutico e dialético será apresentado de forma intercalada para esta categoria, porque a visão de conjunto contribuiria para uma apresentação excessiva de discursos e interpretações, os quais foram separados para se fazer a síntese hermenêutica dialética, buscando-se, porém, manter o fio condutor para uma compreensão das discussões.

Nesse sentido, serão apresentados aspectos que contribuem para a visualização dos momentos iniciais da mudança, com as motivações que culminaram nas mudanças do ensino; a transição deste ensino, tendo o manicômio como parâmetro; o redirecionamento do ensino para a atenção básica; os enfrentamentos atuais que os docentes se deparam no ensino da saúde mental. Apresentam-se também as mudanças no ensino, expressadas no currículo, nos conteúdos, nos objetivos, nos planos de ensino e na carga horária.

Ressalta-se que os discursos oportunizaram serem feitas diversas interpretações, mas que, pelo limite desta tese, não se consegue discutir todos. Mesmo assim, foi feito um esforço cuidadoso para que as interpretações dos discursos mostrassem com ênfase e fidelidade a vivência que esses docentes compartilharam neste estudo.

O ensino de enfermagem em saúde mental, a partir da RC, coincide com um panorama de mudanças para a saúde mental no SUS,

passando de uma política de governo para uma política de Estado, vista no preceito da Lei nº 10.216, em seu art. 3º onde se lê:

É responsabilidade do Estado o desenvolvimento da política de saúde mental, a assistência e a promoção de ações de saúde aos portadores de transtornos mentais, com a devida participação da sociedade e da família, a qual será prestada em estabelecimento de saúde mental, assim entendidas as instituições ou unidades que ofereçam assistência em saúde aos portadores de transtornos mentais.

Essa lei também recomenda que o atendimento ao sujeito do sofrimento seja, preferencialmente, na comunidade. De certa forma, as DCNs e a Política de Saúde Mental convergem ao apontar a comunidade como o “novo” lócus para os modelos de atenção em saúde mental (modelo de atenção manicomial e modelo de atenção psicossocial). Para o ensino de enfermagem, isso significa um convite à mudança de suas atividades teórico-práticas e/ou de estágio, bem como um convite a aproximar-se das discussões que envolvem o SUS, tais como os conceitos de saúde pública e saúde coletiva, profissional generalista/clínico e especialista; quais níveis de atenção são compatíveis com uma formação generalista; ou a partir das ações em saúde, como deve ser planejado um projeto terapêutico singular; dentre outras.

No entanto, para os docentes estava posta a reflexão sobre os critérios para se redirecionar o ensino das atividades práticas, ou seja, qual crítica ideológica ou práxis foi realizada para eleger o início das mudanças no ensino de enfermagem em saúde mental. Vale lembrar que essas reflexões ficaram em silêncio, pois não refletem o que teria mudado nas justificativas utilizadas para manter, antes da RC, um ensino da prática voltado ao modelo de atenção manicomial.

Assim, para um docente de um grupo de discussão, a denominação da disciplina que ensina a saúde mental e o momento no currículo em que esta é ministrada são alterados a partir da RC. Isso revela, como consequência, que se pode mudar a nomenclatura e, talvez, manter o mesmo paradigma. Vê-se, também que a saúde mental permanece como disciplina e não como tema/conteúdo transversal.

De um modo geral, antes da RC, os docentes desenvolviam suas atividades práticas no modelo de atenção manicomial, representado pelo

hospital psiquiátrico, mas, à medida que as práticas se voltam para a atenção básica, há de se discutir as perspectivas teórico-conceituais que envolvem a formação mais generalista para o aluno. No currículo, essa integração em disciplinas ou em conteúdos tem como possível consequência a perda do foco da saúde mental no currículo do curso, conforme já apontado na problemática desta pesquisa. O foco da saúde mental, a ser desenvolvido no currículo, concebido tanto pela instituição, pelo curso, como pelos docentes, interfere também na sensibilização do aluno quanto a despertar seu interesse pela saúde mental.

Aqui na universidade eu trabalhei com todas as mudanças de currículo, já teve uma época que era enfermagem psiquiátrica I, enfermagem psiquiátrica II, depois mudou a terminologia e passou para a saúde mental, que era logo no começo quando o aluno entrava e depois, eles tinham só a enfermagem psiquiátrica II que era na sétima fase. (S1)

Nós fazíamos, até uns cinco anos, as nossas aulas práticas, que não é estágio e nós falávamos estágio, no Hospital Colônia Santana. Nós íamos para F., ainda tínhamos esta visão, era interessante se ver como era... ainda vivíamos em cima da história. (S5)

Antes se fazia estágio na Colônia Santana, de 3, 4 meses lá, e em outros hospitais psiquiátricos que tinham por aí. Isso foi na época dos hospitais psiquiátricos, e até o currículo 5 tinha estágio nos hospitais psiquiátricos. (S7)

Antes era uma prática voltada para a questão hospitalar, o nosso currículo em si, ele contextualizava as coisas que eu até hoje considerava importante desde lá, muito antes do nosso plano de ensino. (S2)

Porque na verdade, antes os alunos permaneciam basicamente todo o período de estágio teórico-prático dentro da instituição psiquiátrica. (S1)

O que nós prevíamos a partir do currículo anterior é que a gente pudesse estar dando uma

abrangência, uma forma mais geral para os alunos, sem muito dentro das especialidades, sendo assim clínica, que antes a gente fazia saúde coletiva, tinha todo o conteúdo de saúde coletiva; depois clínica, todo o conteúdo de clínica. Hoje a gente ampliou as disciplinas que mesclam a saúde coletiva com clínica, e vai mesclando para que o aluno vai fazendo. Políticas de saúde, antes ele tinha uma disciplina que se falava só de políticas de saúde na saúde coletiva, hoje não. (S7)

Exato, é isto o que a gente também tenta trabalhar em saúde mental e por isso que ela acabou diluindo, mas, ao mesmo tempo, ela está presente o tempo todo. Ela foi diluída enquanto políticas para o transtorno mental, especificamente, mas em termos de sofrimento psíquico se diluiu tanto que acabou se esquecendo que as pessoas também sofrem. No final das contas vem aquilo: “isto está relacionado ao estresse, está relacionado a...”, mas o que você faz com isso? Mas isso não é uma questão específica da enfermagem na área de saúde mental, mas o que a gente faz para estresse? Para Burnout? Mesmo os especialistas têm complicação porque eles não sabem o que fazer com isso... (S9)

E como na verdade você vai sensibilizar o aluno a ter interesse pela saúde mental se não é o foco? Esse eu acho que é o maior dilema enquanto docente, trazer algumas relevâncias para ele, mas o próprio curso deixa isso na marginal. (S8)

Assim apresenta-se a reflexão inicial sobre a mudança da nomenclatura da disciplina, para que não fique apenas no nome, sendo que essa visão surge não somente neste discurso ou em SC, mas, de maneira geral, também nos estudos lidos na revisão integrativa desta tese. E ela necessita ser contestada a partir do que é saúde mental, do que é psiquiatria e de como a enfermagem se relaciona, a partir do sentido dado a essas palavras, ao longo da história.

O que está posto é que essa discussão exige um paradigma ou uma epistemologia que sustente o debate, haja vista que a saúde mental apresenta-se como um conceito polissêmico e polifônico. Sua aplicação

no ensino necessita ser discutida, considerando que o campo da saúde coletiva (Atenção Básica), no SUS, busca romper, assim como as DCNs, com formação de caráter especialista e dicotômico. Logo, a enfermagem em saúde mental e psiquiátrica entendidas, historicamente, como especialidades, precisam ser repensadas, por exemplo, por núcleos de conhecimento do cuidado em saúde, como dimensão da integralidade.

Essa questão é relevante por remeter à história das especialidades na enfermagem, já que trata da divisão sócio-técnica do trabalho da enfermagem e envolve uma gama de elementos que compõem este cenário. O fato é que o paradigma de atenção psicossocial entende que a saúde mental é um campo de conhecimento, que abarca uma contradição entre o modelo manicomial e o modelo psicossocial, sendo que uma das formas de superar a fragmentação deste saber é ter clareza dos núcleos de conhecimento para as profissões da área da saúde, no campo da saúde coletiva.

Para Campos (2000), o núcleo demarca a identidade de uma área do saber e da prática profissional; campo é um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão busca apoio para cumprir tarefas teóricas e práticas. Núcleo e campo indicam formas de aglutinação, de concentração de saberes e práticas, mas não se rompem em suas relações dinâmicas.

Campos (2000), ainda, afirma que a missão da saúde coletiva é influenciar os saberes e as práticas de outros agentes, de modo a contribuírem no modelo de atenção e na lógica com que funcionam os serviços. Acrescenta-se a isso que, no atual momento das discussões em volta da atenção psicossocial, esse paradigma é um arcabouço de conhecimento, capaz de provocar as discussões da prática em saúde mental tanto para o núcleo e o campo da saúde coletiva, como para as especialidades.

Costa-Rosa (2000, p. 166) alerta que há uma disparidade entre "o grau de desenvolvimento da tecnologia à disposição no campo e o grau de desenvolvimento da força de trabalho que tem múltiplos determinantes". Adverte, ainda, o autor que a entrada das demais disciplinas no campo, como auxiliares da psiquiatria, paramédicos, reforçou a ideologia resistencial de que isso não implicava, necessariamente, redefinir o objeto e os meios de trabalho de seu núcleo específico, pois as questões sobre qual o papel de determinada profissão continuam. E mais, para o autor, "finalmente pode-se acrescentar a tudo isso o fato de que algumas das novas disciplinas carecem de contornos mais definidos enquanto áreas técnicas e de conhecimento, e não

problematizam suficientemente sua ética".

As contradições que envolvem saúde mental e psiquiatria e as nomenclaturas que expressam um campo de conhecimento são polarizações iniciais na RC, que exigem escolha sobre o paradigma que se utiliza para fazer essa discussão. Assim, a reforma psiquiátrica, como processo social complexo e suas dimensões, e o paradigma de atenção psicossocial podem contribuir com subsídios teóricos para se iniciar os debates que envolvem educação e saúde.

A decisão, no momento de graduação, se enfermagem em saúde mental é uma especialidade ou um núcleo do campo, ou os dois, necessita ser problematizada, pois essa discussão pode ter consequência na forma como ela vai ser colocada e desenvolvida no currículo. Campos (2000) afirma que, no campo da saúde coletiva, é importante combinar as duas perspectivas - socializar saberes e práticas e assegurar a existência de especialistas, capazes de produzir saberes sofisticados para intervir em situações mais complexas. É o caso da enfermagem em saúde mental; ela tanto pode ser um núcleo específico do campo da enfermagem para o campo da saúde mental, orientado pelo paradigma psicossocial para o campo da saúde coletiva, quanto uma especialidade, que também necessita ser problematizada e que se limita a ser discutida na presente pesquisa. Essas considerações necessitam ser aprofundadas no processo de RC, pois pesquisas específicas sobre esse tema não foram vistas neste estudo.

No entanto, a operacionalização desses conceitos e a forma como os campos da saúde mental e coletiva se relacionam para realizar a prática merecem ser problematizadas, visto que, a consequência, especificamente, nessas interpretações, foi a perda, segundo constatado neste estudo, do foco da saúde mental para um curso.

Essas reflexões implicam, ainda, no perfil do egresso, bem como no próprio aluno, no sentido que essas questões sobre a integração da saúde mental no currículo podem interferir no processo de sensibilização do aluno para integrar a saúde mental em seu cuidado à saúde ou não. Ressalte-se, porém, o entendimento que, pelos discursos da pesquisa, os alunos têm se apresentado desinteressados nas salas de aula.

Por outro lado, como os alunos não foram sujeitos dessa pesquisa esse tema não será aprofundado.

Sintetizando, além dos vínculos mais estruturais, Moya (2005) alerta que o problema não é apenas a relação epistêmica entre teoria-prática, nem sua possível validade, senão como um docente percebe fazer inteligível sua própria prática, razão e experiência.

Em continuidade às mudanças no ensino a partir da RC, encontram-se interpretações que dizem respeito às motivações, que mudam o ensino da atividade teórico-prática, destacando-se: as reformas curriculares; o processo de reforma psiquiátrica; a Política Nacional de Saúde Mental; a postura pessoal dos docentes; o envolvimento prático com o sujeito do sofrimento; a insatisfação docente e as experiências nos próprios locais para o ensino. Esses seriam os fatores que teriam redirecionado as atividades teórico-práticas, tornando-as mais voltadas para a atenção básica em saúde e CAPS.

Com a questão da mudança e com a questão do hospital, da desinstitucionalização da própria psiquiatria e voltar mais para a atenção da saúde mental na comunidade e na atenção básica e tudo mais, o curso redimensionou o estágio. Retirou o estágio em nível hospitalar e jogou para saúde coletiva, para as unidades de saúde da família e os CAPS que a gente tinha naquela época. (S7)

Eu acho que o currículo começou a ser modificado, pelas modificações do próprio processo da Reforma Psiquiátrica. (S5)

Estas mudanças, na verdade, vem mesmo do currículo eu acho, mudanças de posturas pessoais, do professor, de percepção da gente mesmo. (S4)

[...] a gente sempre fez tentativas de melhorar pela nossa insatisfação. Outras experiências como as visitas domiciliares, a gente chegou a fazer na prefeitura e pegar, era para os jovens que faziam, ali embaixo onde tem a [Passarela] que era da Prefeitura, que era o [programa] Sentinela, mas a gente tentou uns sete locais, que a gente começou a fazer também passagens nestes locais para a gente fazer também as experiências e saímos de lá e dizemos, mas por avaliação, ainda não atingimos o que estávamos querendo, então a gente sempre ficou buscando coisas diferentes, alguma mudança. (S1)

Maftum *et al.* (2010) expressam uma versão atual do que os estudos da revisão de literatura também apontaram, em relação aos

motivos de mudança das atividades teórico-práticas do ensino de enfermagem em saúde mental. A autora relata que o processo de formação acompanha os movimentos sociais, busca correlacionar com a força política de cada momento histórico determinado. O processo educativo atual, na enfermagem, está sendo influenciado pelas políticas federais, as quais se traduzem nos movimentos de reforma da saúde, de âmbito geral, mediante a implantação do SUS, da política de saúde mental pela Lei nº 10.216; da política de educação, com a nova LDB; na enfermagem, com as DCNs e com derivadas portarias e resoluções.

Segundo Maftum *et al.* (2010), esse processo sofre, ainda, influência das questões políticas, do perfil epidemiológico dos estados e municípios, onde possa haver legislações específicas locais. Os sindicatos, associações de classe, movimentos estudantis e dos usuários são atores que também influenciam as mudanças do ensino, ou seja, influenciam os participantes do e no processo da mudança.

Estas influências estruturais podem representar as mesmas influências que, possivelmente, direcionaram mudanças anteriores ou que ainda virão. A clareza dessas influências contribui para uma vigilância constante dos elementos que mudam o ensino, já que essa mudança, não sendo pela RC mais ampla, é permanente.

De todo modo, alguns discursos referem que o manicômio e a unidade de saúde mental em hospital geral fazem parte das atividades teórico-práticas, mas de uma forma transitória, pois essa transição, que envolve o manicômio, é dividida (20 h/a) no hospital psiquiátrico e (40 h/a) em serviços substitutivos, sob a prerrogativa de estar acompanhando a Política de Saúde Mental.

E onde o nosso campo de estágio melhorou muito, nós ainda temos muito o que melhorar. Mas nós conseguimos mostrar para eles que a gente [não abre mão de que a passagem de 20 horas no hospital psiquiátrico para conhecer seja necessária], mas que em serviços substitutivos eles [alunos] têm que cumprir 40 horas, porque a gente realmente trabalha na política. (S3)

Hoje nós entendemos que temos que participar ativamente do CAPS, existe o CAPS aqui em X., e os alunos hoje estão lá no CAPS. Participamos de um programa de saúde mental que está atrelado ao CAPS aonde nós participávamos ativamente. Agora, com o hospital geral, fazemos a maioria [atividades teórico-práticas] aqui dentro, e nós

acompanhamos os pacientes com dependência química no AA, os alcoólicos anônimos, nos NA, narcóticos anônimos e nós também na ARAL. Esta é uma associação de recuperação de alcoolistas que se difere do AA [por não ter anonimato]. (S5)

A opção docente por ter o manicômio no ensino, sustentada na política, depende, também, da concepção do perfil do egresso que se queira almejar pela instituição, curso e docente, pois, conforme considera Cortes *et al.* (2010), o manicômio não forma sujeitos críticos e reflexivos, aliados aos preceitos da Reforma Psiquiátrica norteadora do SUS, bem como não encontra consonância com respeito à dignidade humana. As atividades no hospital foram extintas porque é um marco ideológico significativo para o ensino de enfermagem da instituição no estudo.

Tratando-se de ideologia psiquiátrica, a qual busca manter, através da doença, uma prevalência médica sobre o objeto, recai para o docente como motivação para pensar que outra ideologia é possível, que rompa com essa prevalente. Cortes *et al.* (2010), em tom de resistência/emancipação, demonstram um posicionamento pertinente, porém, essa escolha vai além de posicionamentos individuais, pois o coletivo é que prevalece no momento da reforma curricular.

Mesmo como um posicionamento político, os modelos de saúde mental no Brasil estão em transição, embora o financiamento atual³⁸ seja de 67,71% dos gastos para ações extra-hospitalares e de 32,29% para ações hospitalares, o discurso político revela o fundo ideológico de ruptura com os manicômios.

Pensar essa transição, em relação ao manicômio, olhando-o como uma estrutura “de pedra”, talvez não coubesse mais, já que tem sido apontado pelo SUS o campo da saúde coletiva, o campo da saúde mental para uma formação generalista. E o SUS (saúde) é o ordenador do ensino das profissões da saúde. Logo, pelo próprio paradigma psicossocial, surgido através das contradições entre o modo manicomial e psicossocial, de forma que o manicômio não é somente o edifício, mas uma forma de pensar, agir e discursar, não caberia no manicômio o desenvolvimento formativo de práticas transformadoras. Um dos fatos

³⁸ Saúde Mental em Dados – 7, ano V, n. 7. Informativo eletrônico. Brasília: junho de 2010 (BRASIL, 2010b).

relevantes está representado no como lidar com o imaginário do aluno, em relação ao hospital psiquiátrico, trazido em sala de aula, por vezes apontado pelos docentes nesta pesquisa.

O inquietante é que o hospital psiquiátrico é especializado, faz parte do nível terciário de atenção e foge a uma formação prevista generalista; além de que a própria história, com produções teóricas, críticas diversas sobre esse serviço, explicita uma ruptura quase que imediata. Assim, a opção pelo manicômio de forma acrítica e/ou crítica pelo docente ou pela instituição de ensino envolve explicações “científicas” e ideológicas, mais estruturais, que atravessam o curso e os docentes específicos.

Na lógica da transição dos locais do ensino, há um redirecionamento para a atenção básica a partir da RC. Assim, alguns cursos buscaram integrar a saúde mental à atenção básica, outros referiram que essa integração depende do docente. Há ainda a interpretação de que, com a RC, o ensino de enfermagem em saúde mental deixou de ser uma característica de especialidade e de que o desenvolvimento desses conteúdos está voltado para a atenção básica. Busca-se, então, a coerência entre níveis de atenção e as respectivas ações de saúde.

Hoje com esta mudança, agora é uma disciplina na qual os conteúdos de toda esta vivência, toda esta dinâmica da saúde mental é junto com a atenção básica. (S1)

Entendendo que a política de saúde mental passa também como responsabilidade da atenção básica, o curso entendeu que o aluno, ao passar na atenção básica, automaticamente eles também estariam oportunizando ao aluno estar trabalhando a saúde mental e aí depende do docente, depende da formação do docente, e a gente fica assim. Mas a obrigatoriedade de ele passar por uma experiência na saúde mental no currículo isso não está posto, mas o curso entende que a saúde mental está inserida dentro da atenção básica e que dentro também estão as referências e que ele, estando na atenção básica, e havendo a necessidade de se fazer uma referência, ele tem a obrigatoriedade de fazer o acompanhamento dessa referência. (S7)

[A saúde mental] perdeu espaços como muitas

disciplinas perderam. Como eu digo para você, o foco não era mais as especialidades, antes você conseguia dar um pouquinho do geral e focava em algumas especialidades, hoje o foco saiu desse sentido especialidade e se tenta dar em linhas gerais e muito mais voltado para a atenção básica, propriamente para a questão da recuperação, reabilitação. (S7)

A contradição sobre o redirecionamento significa que, mesmo na atenção básica, o ensino pode se manter amparado no modo manicomial, pois as práticas ou ações em saúde precisam ser problematizadas de acordo com o SUS, a começar pelos modelos de atenção em saúde mental (manicomial/psicossocial), níveis de atenção à saúde (primário/secundário/terciário) e pelas ações em saúde (prevenção/promoção/prevenção), com respectivos projetos terapêuticos singulares. No entanto, a complexidade do sistema quem vai apontar é o sujeito do sofrimento, enquanto cidadão/usuário do SUS. O acolhimento na atenção básica em saúde pelo profissional, revestido de um saber-fazer, é o que legitimará as práticas de um conhecimento ou outro, exigido pelo sujeito do sofrimento.

Assim, talvez não seja a atenção básica que garanta, por si só, o ensino em vias de ruptura com o especialismo na formação do enfermeiro, mas a compreensão do campo da saúde mental, na lógica da atenção psicossocial com o campo da saúde coletiva, como campo transversal de conhecimento. Foi partindo daí que Yasui e Costa-Rosa (2008) criaram a Estratégia de Atenção Psicossocial (EAPS), justamente para romper com a visão de especialismos no campo da saúde coletiva no SUS.

A EAPS fundamenta-se nos princípios e nas diretrizes da reforma sanitária, especialmente a participação popular no planejamento, gestão e controle social, tendo a concepção de integralidade dos problemas de saúde e ações territorializadas. A realização prática da EAPS é operada, também, pelo matriciamento, conforme a Portaria nº 154/2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). O matriciamento é considerado de alta complexidade, o que difere é a especificidade do saber e fazer. A EAPS é referência estratégica na produção da atenção e do cuidado, através da articulação entre a Estratégia de Saúde da Família, ambulatorios e CAPS, com a rede intersetorial. As demandas atendidas pela equipe, amparadas pela EAPS,

buscam prevenir a medicalização e psicologização do sujeito do sofrimento. O sujeito, mesmo que seja referenciado para serviços de atenção secundária ou terciária, terá a ESF como referência, tanto para o sujeito quanto para a EAPS, nas ações em saúde (YASUI; COSTA-ROSA, 2008)

Entretanto, não se pode esquecer que a discussão entre especialista e generalista é apenas inicial, tendo em vista que os sujeitos que vivenciam a psicose ou experiências de crise, que chegam às unidades básicas de saúde, requerem cuidados complexos e em equipe. Portanto, têm-se, na atenção básica, profissionais generalistas em relação com os especialistas; o campo e os núcleos em que um e outro sustentam seus saberes e práticas podem influenciar, a partir do contato do docente e do aluno com os profissionais do serviço, também a formação. Logo, o conhecimento e a prática do docente em saúde mental em constante relação é determinante no ensino para a atenção básica.

Esse pensamento se coaduna com a interpretação seguinte porque, dentre os fatores que influenciam a problematização sobre a forma como a saúde mental vai ser integrada ao currículo com a RC, envolve docentes de outras áreas do curso; envolve a reflexão sobre os limites do conhecimento específico numa formação generalista. Envolve, ainda, a possibilidade de continuidade de formação da área específica quanto ao profissional e à escolha dos conteúdos que componham a saúde mental. Entretanto, reforça-se que o entendimento sobre saúde mental se faz necessário, pois, é a partir de seu entendimento que se fará a escolha do conhecimento e das práticas que sustentam essa concepção. Quando essa discussão está ausente, como pode acontecer quando os docentes não são da enfermagem em saúde mental e, por outros fatores, passam a lecionar este campo, os transtornos mentais podem adquirir centralidade no desenvolvimento da formação.

Não, nós não temos enfermeiro psiquiátrico aqui [...] Como se fazer isso? Penso que para uma graduação, não cabe a ela dar uma formação para tudo isso, tem os cursos de educação permanente, para isso tem as especializações, tem as capacitações. Se um curso, se um aluno, se uma universidade focar demais numa área, sempre outra sai prejudicada, então o que a gente tentou fazer nesse currículo foi tentar, de certa forma, uma diluída sem que tenha característica. Não é só naquela disciplina que eu aprendo saúde mental,

entende, como se a saúde mental não fosse uma responsabilidade de todos. Alguns transtornos a gente escolheu para serem dados, são os transtornos mais comuns, mas a gente não consegue dar tudo. (S7)

A problematização sobre a enfermagem em saúde mental, enquanto especialidade, é presente nesse discurso, pois a falta de enfermeiro psiquiátrico trouxe uma necessidade de se repensar o como fazer. Primeiro, de quem é a responsabilidade de fazer a discussão sobre essa questão, do corpo docente geral ou dos docentes específicos no momento da RC, pois, se dependeu do processo de reformulação particular de cada instituição. Segundo, essa discussão é ligada à forma como o momento de reforma curricular concebe e propõe como os campos específicos de conhecimento da enfermagem e, fora dela, irão ser problematizados, organizados e integrados. Entende-se que cada instituição tem seu currículo real e o que seria ideal, e, por vezes, trabalha-se com o que tem e pode para o momento, mas se essas questões ficam ausentes em suas problematizações, no momento de planejamento, na prática ela terá que ser repensada.

Assim, o redirecionamento do ensino da saúde mental para a atenção básica, tido como mudança a partir da RC, significa pensar na integralidade das ações de cuidar, com reflexões acerca da responsabilidade docente e de como será sua atuação junto aos alunos, no processo de organização e auto-organização do conhecimento em enfermagem e saúde mental (MONTEIRO, 2003).

As contradições nessas mudanças de caráter mais conceitual, apresentadas pelo redirecionamento dos locais da atividade prática, mostram que talvez seja a prática quem vai apontar se a teoria, concebida e problematizada, será integradora desse ensino na teoria-prática. Isso exige, porém, disposição, interesse, crítica, criatividade do docente para realizar a formação, também com foco na saúde mental, além de constantes avaliações do ensino de cada curso. Essas mudanças proporcionarão implicações no cuidado, visto que esse objeto será ensinado, conforme as discussões e avaliações se efetivem.

Compreende-se que as interpretações de quem vivencia a prática do ensino também modulam ou permitem avaliar o processo discutido na RC. De todo modo, são ausentes os discursos que relataram avaliar o ensino em saúde mental relacionado ao currículo.

Moya (2005) afirma que a enfermagem é uma atividade prática,

que tem, como meta final, a saúde e o bem-estar das pessoas. Em termos, para a enfermagem na prática (cuidado em serviços de saúde); no setor saúde, busca a independência ou autonomia (do usuário) enquanto a satisfação de suas necessidades ou a plena capacidade para o usuário desenvolver os autocuidados.

Na educação, a organização do processo de trabalho pelo docente, em suas atividades de ensino, pesquisa e extensão, requer ser refletida, pois, com a RC, ela pode ser revista a partir de como se integra a saúde mental no currículo. Essa questão remete para outra, que significa a reorganização do trabalho dos docentes no curso: a) docentes especialistas em disciplinas ou núcleos específicos (enfermagem fundamental, pediatria entre outros); b) docentes de outras áreas com conhecimento sobre saúde mental e sem haver no quadro docente o especialista em saúde mental; c) docentes especialistas em saúde mental, integrados com os demais docentes de áreas distintas da enfermagem.

Nos discursos dos docentes, como dificuldade para integração da saúde mental com o ensino de outras áreas específicas, transpareceu a resistência de alguns docentes, como, por exemplo, a recusa de docentes em participar das atividades teórico-práticas de saúde mental. Houve, ainda, docentes de outras áreas específicas que, a partir da RC, passaram a se adequar e a se integrar com a disciplina de saúde mental. Para alguns docentes, essa experiência tem aumentado o interesse do aluno pela saúde mental, expresso na ampliação do número de Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC) nesse campo específico. Há relatos que o tema do TCC se dava sobre o cuidado em saúde mental, na estratégia de saúde da família.

Inclusive, até a saúde da criança disse: ‘eu dou uma carga horária para vocês e vocês dão os transtornos infantis?’ Não, retornou para eles que se precisassem poderiam solicitar, porque não se consegue abranger tudo. (S3)

No nosso próprio colegiado é assim, nossos professores e colegas que a gente se dá muito bem, diziam: ‘eu não vou lá’ [ala psiquiátrica no hospital geral], se tem alguma coisa que tenha lá fora, eles nos chamam, eles não resolvem, está se pensando em fazer alguma coisa para os nossos colegas. No estágio supervisionado, o aluno escolhe onde fazer, ele pode fazer o seu estágio aqui na CLIPS, na unidade de psiquiatria, os professores não aceitam se eu não estiver junto, e

agora também tem você [outro sujeito de pesquisa]. Mas [os demais professores] não assumem para fazer gerenciamento aqui porque não se sentem seguros. Estamos pensando muito sério, isso é uma batalha de anos, estamos com a reforma psiquiátrica há 30 anos e as pessoas ainda não incorporaram... (S5)

Eu sinto hoje que os outros grupos de professores já dão uma importância maior à psiquiatria, porque até então, tu tinhas aquelas aulinhas que ninguém integrava. Hoje não, hoje tem uma integração, inclusive isto a gente avalia muito na mudança dos nossos alunos, porque até então nós não tínhamos TCC na área da saúde mental, e hoje eles querem TCC nessa área. (S3)

A forma de integrar a saúde mental no currículo é um assunto, para esta tese, inescotável, a exemplo de Grant (2006), que problematiza a relação da saúde mental entre especialistas e generalistas em uma abordagem comum, mas sem apontar uma proposta concreta. No entanto, o autor comenta que, na Irlanda, pela falta de especialistas, alguns cursos de enfermagem tem posto, no ensino, docentes não especialistas em saúde mental e o docente que possui essa especialização é convidado a se engajar no planejamento do currículo, para integrar e consolidar conceitos de saúde mental na prática.

De um modo geral, há a possibilidade de a instituição direcionar como, através do espaço atribuído para se fazer a reformulação curricular, a mobilização, organização, participação, planejamento, o currículo será pensado e materializado, dentre outros elementos, a forma como a saúde mental será desenvolvida no currículo. Entende-se que, após ser problematizado como a saúde mental será abordada e desenvolvida no currículo e sua respectiva avaliação quando implantada, esse processo de discussão possui um momento anterior relacionado aos docentes que não lecionam o campo da saúde mental, que é a sensibilização destes docentes. As interpretações e os discursos refletem essa contradição, tendo em vista que alguns docentes aceitam e outros sequer se propõem a desenvolver os conteúdos do campo da saúde mental em sua área distinta e específica.

O estudo de Terra *et al.* (2010), tratando sobre o significado da sensibilidade para os docentes no ensinar e aprender, revela que a

sensibilidade para os docentes leva-os para um ensino além da racionalidade técnica. A autora pontua que a sensibilidade contextualiza a multidimensão humana, para que o docente seja capaz de enfrentar e superar desafios de ensinar e aprender para além dos sentidos. Há necessidade, ainda, que o ser humano restaure a sensibilidade pelo diálogo com o outro para poder ensinar e aprender enfermagem e, cada docente, possui sua própria sensibilidade. Portanto, a sensibilidade, como maneira de conhecer e de expressão da existência humana pode ser um caminho para a discussão da saúde mental no currículo.

Nesta pesquisa, o caminho que revela o processo de sensibilização para que os docentes compartilhem esse campo do conhecimento, ficou em silêncio. De outro lado, o que motiva a razão permitir ou não a vivência em saúde mental, precisa, ao menos, estar aberta para ser experimentada. Como diz Basaglia no título de um de seus livros, *contra o pessimismo da razão o otimismo da prática*, pois, como se recusar sem experimentar. Entretanto, a forma como cada docente vivencia a razão e a sensibilidade é própria de cada um. Cada docente possui seus motivos para aceitar ou não integrar o campo da saúde mental em seu ensino e, em alguma instância de decisão, pode ser o coletivo quem decida, mas, contra a vontade pode haver sofrimento.

Destarte, as mudanças no curso também se apresentaram no currículo, nos objetivos da disciplina, nos conteúdos e planos de ensino. Houve discursos que apontaram mudanças quanto à autopercepção dos docentes da disciplina em relação à forma como esta era desenvolvida. Relataram, ainda, que passaram a valorizar mais as sugestões dos alunos e novas estratégias pedagógicas foram realizadas.

Dentre as mudanças ocorridas no ensino de ESM está a convicção do docente de que a relação teoria e prática dos conteúdos (prescrição, avaliação de risco, emergência, cuidado aos transtornos e as alterações das funções psíquicas) tornam a enfermagem mais concreta. O ensino de saúde mental com a RC passou a utilizar artigos científicos pesquisados e apresentados pelos alunos. Nos objetivos das disciplinas de enfermagem em saúde mental foram acrescidos, por exemplo, a habilidade do aluno em lidar com sua saúde mental. Entretanto, com a RC, os cursos que integraram a saúde mental em outras disciplinas tornaram os mesmos menos visíveis o que pode ocultar a saúde mental. A forma como os conteúdos foram escolhidos mudam de acordo com docentes que passaram a ministrar esse ensino.

Os planos de ensino foram apresentados por alguns docentes como dificuldades para serem elaborados com a RC, porque antes havia mais facilidades, já que o docente podia fazer seu próprio plano de

ensino, sem ter relação com outra disciplina, utilizava livros que concentravam conteúdos e não havia relação com o PPC.

Eu que estou há 30 anos na casa, eu tive muita dificuldade de lidar com esta parte porque, às vezes, eu penso assim 'era mais fácil dar aula antes', os livros você passava antes uns bem grandes que tinha tudo, cada um fazia o plano de ensino,[...] não dependia de nenhum outro professor, não dependia de relação com nenhuma outra matéria, nada integrado [...] Muito do que a gente colocava, eu confesso, não tenho vergonha de dizer, as vezes dizia: 'ai, meu Deus, a diferença de habilidade e competência' e era uma coisa muito complicada, por isso eu acredito que a adequação foi acontecendo e ainda está acontecendo por dificuldades ainda desta prática, este exercício de se trabalhar neste sentido. (S2)

Uma experiência bem interessante nas aulas, com essa mudança, é que a cada aula eles [alunos] têm que trazer um artigo científico da área de saúde mental. (S4)

O objetivo é o mesmo, nós queremos, num primeiro momento, trabalhar o aluno, a saúde mental do aluno, ele tem que estar preparado, nós entramos na questão da personalidade de id, ego e superego, de como eu posso ser um ser saudável para poder trabalhar a importância de você ser saudável para trabalhar com saúde mental, motivá-lo, incentivá-lo para desenvolver esta habilidade. (S5)

É que os objetivos não são das especialidades, os objetivos são gerais, entendeu, são muito amplos [...] Depende da demanda que eles trazem, atendendo a promoção, a prevenção e a reabilitação dependente da situação que esteja. Não tem um objetivo só para aquilo ali, nós não temos objetivo só para a saúde mental, nós temos atendimento de alta, média [e baixa] complexidade, independente se ele está na psiquiatria, na clínica ou onde é quer que ele esteja. (S7)

A maior mudança do currículo foi quando nós começamos a perceber o como nós dávamos a aula e de como nós damos hoje. [...]. Onde colocarmos a disciplina, não é simplesmente colocar aqui, vai ser dado isto, não! ela tem que estar ligada com as diretrizes curriculares do MEC, e isto foi feito. Foi uma longa caminhada, foi bem em cima disto esta discussão, capacitação, para depois montar os programas, e foi trocando figurinhas mesmo... (S3)

A contradição presente nas mudanças é que, entre a autocrítica docente e a crítica do que anteriormente era ensinado, o uso da racionalidade técnica continuou no discurso. Moya (2005) afirma que, quando os professores entendem que potencializar a capacidade de reflexão crítica e a autonomia racional dos estudantes é uma finalidade desejável, estão formulando o que Peters denomina de princípio de procedimento ou, o critério que serve para aceitar ou não certas estratégias de ensino como educativas.

Assim, a reflexão sobre a utilização dos artigos no ensino, como incentivo para o aluno desenvolver seu potencial de estudo, significa entender em que medida os artigos contribuem para a emancipação de um potencial crítico e reflexivo do aluno, para poder discernir o que faz sentido para ele ou não. Como houve silêncio sobre artigos que focassem o cuidado como tema das buscas em base de dados, se faz necessário conhecer a práxis utilizada na atividade de ensino do docente.

Em relação aos objetivos do ensino de saúde mental, Moya (2005), em sua investigação pedagógica encontrou evidências de que a formulação prévia de objetivos não conduzem melhor a identificação de atividades de aprendizagem ou dos resultados dos mesmos. A qualidade da docência não se melhora definindo com mais precisão os objetivos e as finalidades do que pretende alcançar senão através do escrutínio, da reflexão e da crítica sobre a própria prática.

No entanto, mesmo que os objetivos não conduzam a práticas transformadoras, nesta pesquisa, alerta-se que, ao integrar e diluir a saúde mental em disciplinas amplas, matrizes ou em núcleos de conhecimento, o objetivo da saúde mental pode ficar invisível dentro de um determinado conhecimento. Entende-se, assim, que é importante apresentar o que se espera com a saúde mental na construção daquele saber, pois tanto para o docente quanto para o aluno pode contribuir no cuidado integral.

Sobre os conteúdos, Moya (2005) demonstrou em seu trabalho acadêmico que os estudantes, frequentemente, sentem-se oprimidos com conceitos esotéricos inaplicáveis em situações práticas. A relação entre o uso de conteúdos e teorias de difícil compreensão e aplicação para solucionar os problemas da prática, tem convencido os alunos de graduação de que esta relação não tem utilidade. Por isso, como visto nesta pesquisa, a escolha sobre os conteúdos de saúde mental a serem utilizados em sala e fora dela necessita ser problematizada e não apenas reproduzida racionalmente. Essa escolha pelos docentes envolve concepções científicas, políticas e ideológicas, logo, os critérios para esta escolha levam em conta, além de normas institucionais, a autonomia docente.

Os planos de ensino pesquisados apresentam contradições relacionadas à construção do conhecimento que se tem do campo da saúde mental e sua utilização prática. Os planos são guias que manifestam a intencionalidade do docente e que permite ao aluno guiar-se também. A elaboração do plano é um momento que envolve algumas situações: a) docentes que entram para seguir o plano produzido. b) docentes que entram para construir o plano. Ambas as situações requerem critérios para elaborar um plano que possui particularidades a cada instituição, curso e docentes.

Entretanto, a contradição que surge é que a partir da RC o docente elabora o plano em conjunto com outros docentes da saúde mental, mas não ficou explicitado se há uma integração geral no curso com os demais docentes sobre seus planos. Embora se entenda que seja utópica essa situação, a integração dos planos pode ser uma estratégia de sensibilização para que os conhecimentos se integrem. Da mesma forma interroga-se de que maneira os pré-requisitos podem integrar um conhecimento ao outro através apenas dos planos, já que os docentes não informaram. Os requisitos para organizar um plano de ensino, o detalhamento, por que utilizar determinada referência bibliográfica, o que se deseja com tal fundamentação teórica, é algo que necessita ser aprofundado, pois pode permitir ao docente fazer mudanças no momento de implantação desse plano.

Na escolha docente das referências bibliográficas ficou evidenciado um cunho científico, político e ideológico, atravessado pelos vínculos também sociais de cada docente e por normas institucionais. No entanto, a autonomia é exercida, pois para cada referência, em particular, a interpretação e o uso que se faz dela são do docente e, nesse momento, manifesta-se sua concepção científica, ideológica e política.

Assim, as contradições em relação aos planos referem-se aos critérios de intencionalidade em relação à integração com os demais campos de conhecimento, ao SUS e seus modelos de atenção em saúde mental, níveis de atenção, ações em saúde e acolhimento ao sujeito do sofrimento.

Com relação a cargas horárias para o ensino da saúde mental observou-se através do discurso que, para um (1) curso, houve redução da carga horária da disciplina de Enfermagem em Saúde Mental I. Atualmente existem 150 horas totais para o ensino de Enfermagem em Saúde Mental no currículo desse curso. Para outro curso, o desenvolvimento deste ensino se dá na forma de conteúdos, através da atividade teórica, principalmente, ministrado em 2 (dois) períodos ao longo do curso (4º e 6º), com carga horária total de 72 h/a, sendo 36 h/a (6 encontros de 6 h/a) para cada período, equivalentes a 4 (quatro) créditos. Em outro curso a carga horária também foi reduzida de 90 para 60 horas da disciplina SM. O tempo de 60 h/a de atividade teórica em sala de aula e 60 h/a de atividade teórico-prática foi mantido em outro curso, sendo essa carga horária considerada suficiente pelos docentes para o ensino.

Houve uma modificação até de carga horária de enfermagem em saúde mental I perdeu 1 crédito, a carga horária dessa disciplina era de 45 horas agora é de 30 horas, a enfermagem em saúde mental 2 se manteve, que é 60, 4 créditos de carga horária teórica e 60, 4 créditos, de carga horária de prática, 120, e um total de 150 horas no curso para a saúde mental. Claro que a partir [desta redução] nós tivemos que mudar algumas coisas... perdemos 1 crédito para adaptar, mas deu para fazer uma pequena mudança, nós introduzimos... (S5)

São 36 e 36 horas aulas (risos). Uma hora, para mim, que equivale a 15 e mais uma hora para ela E. [professora que divide os conteúdos de saúde mental no 4º período]. (S7)

Em consideração que a gente também faz isso, não é ao longo do semestre, é numa parte do semestre, por exemplo, nós temos 6 encontros e deu. (S9)

Agora assim, se for a mudança 96, não é nem 97,

é 96 e 2004, a nossa mudança foi a carga horária, nós tínhamos 90 horas de teoria por um erro de digitação na época. Nós deitamos e rolamos, imagina... todo mundo tendo que engolir a psiquiatria com 90 horas e o resto tudo com 60 horas. Nós dávamos tudo mastigadinho e agora não. Nós somos [atualmente] 60 horas. (S3)

Nós temos 18 encontros de sala de aula [equivalentes a] 60 horas. São 12 dias de 5 horas e que são divididos entre a unidade psiquiátrica, CAPS 2 com dias e a gente faz uns extrinhas com eles. Não é que seja pouco tempo, acho que é o tempo suficiente, porque nós reformulamos agora e mantivemos isso aqui, 12 dias de 5 horas ou 15 de 4 horas. E como eles fazem rodízio com outras disciplinas, nós tivemos que fazer esse de 5 horas, [embora] eu preferia o de 4 horas, [ou seja] 15 dias de 4 horas. Além [destes 2 campos], temos o AA, NA e ARAL, só que é a noite. Eles fazem, eles participam das reuniões. (S5)

Em um primeiro momento ocorre a falta de clareza sobre quais seriam os critérios para se definir o número de horas para o ensino de saúde mental no currículo. De todo modo necessitaria comparar a carga horária total dos cursos desde sua criação, observando como essas foram sendo reduzidas ou ampliadas com as reformas curriculares e com a história de desenvolvimento do curso. A redução da carga horária, não é uma mera redução, representa uma disputa deste campo do conhecimento frente a tantos outros. O que se interpretou foi que a redução foi geral, nos cursos e nos currículos, devido a questões financeiras nos cursos privados, o que se constituiu um diferencial entre cursos públicos e privados. Estudos específicos sobre o aprofundamento da redução das cargas horárias em relação à saúde mental foram ausentes nesta pesquisa.

Sobre esse tema ainda, estudo de Silva *et al.* (2007) focou o tema do tempo como uma questão para o ensino da enfermagem psiquiátrica. As autoras sintetizam que ao modificar a organização do tempo na disciplina, ao intervir no tempo, criaram-se melhores condições para uma elaboração do saber.

As contradições em relação às mudanças curriculares, de maneira geral, estão relacionadas a não ter emergido dos discursos dos docentes,

avaliações mais específicas como rotina acadêmica. Compreendendo-se a complexidade que envolve o tema das avaliações e, que este não foi objeto de estudo, como o risco que se corre em fazer alterações, sem avaliações sistemáticas, de reproduzir as mudanças de reformas curriculares anteriores, evitam-se aqui estas análises.

5.2.3.2 O Ensino e o Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental através das atividades teóricas e teórico-práticas

Nesta subcategoria apresenta-se como ocorre o ensino de enfermagem em saúde mental, o desenvolvimento dos conteúdos e as estratégias deste ensino. A forma como é desenvolvido o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, os referenciais teóricos e as referências bibliográficas utilizadas.

Nos discursos interpretados, ficou evidenciado que os docentes, além de ministrarem aulas teóricas, também acompanham e desenvolvem, com os alunos, as atividades teórico-práticas. Alguns, ainda, realizam atividades de Extensão, mantendo contato direto com sujeitos do sofrimento. Há docentes que ministram somente aulas teóricas. As diferenças e especificidades de cada realidade são entendidas, mas acredita-se que o contato, na prática, com alunos e com os sujeitos do sofrimento faz diferença no ensino. De todo modo, foi visto que não há um conteúdo dentro do ensino de enfermagem em saúde mental específico de cuidado de enfermagem, este é relacionado e desenvolvido junto com outros conteúdos.

O ensino da atividade teórica para os docentes dos cursos inicia-se pela perspectiva do aluno em relação à disciplina de Enfermagem em Saúde Mental. Houve discursos que reconheceram os limites ético-profissionais no ensino do cuidado, quando o docente entende a individualidade do aluno (seu tempo, suas próprias motivações, que o levam ou não a querer cuidar em saúde mental) dentro do processo de ensino-aprendizagem. O ensino também é marcado pelo desenvolvimento de conteúdos como a Política Nacional de Saúde Mental, alcoolismo, suicídio, depressão, técnicas de relacionamento com os pacientes e alguns tipos de transtornos. Para se mostrar as mudanças no cenário da política de saúde mental, o docente utiliza o conteúdo da Reforma Psiquiátrica.

Fizemos primeiro o trabalho com o nosso aluno, porque nós percebemos assim, no primeiro dia de

aula quando você chega para ele e diz: “o quê que vocês esperam da disciplina?” “professora eu tenho medo”; “medo do quê?”, “medo, medo de apanhar, medo do louco”... ainda se vê isso, depois qual é o medo agora?: “de não saber o que falar com ele”. Então a gente faz todo um trabalho em cima do aluno porque existe ainda muito preconceito. (S5)

Acho que uma das primeiras coisas é ele [aluno] perder o medo. É ele começar a perder esse medo e perceber quem é, mesmo tendo a pessoa com uma doença estabelecida, quem é este indivíduo. Não é aquilo que está na cabeça, aquele que agride, aquele que bate, que não tem sentimentos, não pensa, não raciocina. Acho que isso é um processo dele também, de ver esta pessoa como um inteiro, começar a ter esta observação e percepção. Acho que um pouco deste lado assim do que eu penso. (S1)

[Neste 4º período] a gente faz só uma abordagem inicial com o aluno, trabalha a política nacional de saúde mental, o alcoolismo, suicídio, depressão e algumas técnicas de relacionamento com os pacientes de alguns tipos de transtornos. (S8)

Posso falar bem disso porque eu vivi o outro currículo, se trabalhava muito o estigma, se trabalhava muito a história do doente, se ficava muito em cima dessa dificuldade dele. Hoje nós estamos trabalhando bem as questões da reforma psiquiátrica, agora ela é estudada, tem aquela lei [Lei nº 10.216] que é estudada detalhadamente para as pessoas entenderem o que foi mudado, o que era antes e o que é hoje, se fica muito no hoje. Temos na nossa escola documentos e nós analisamos estes, aqueles do globo repórter quando foi fechado o Juqueri, quando foi feita uma reportagem da Colônia Santana e nós mostramos para eles: “olha, era isso aqui, isso acontecia, mas agora nós temos isso aqui”. A grande mudança do currículo é a nossa realidade hoje com a Reforma Psiquiátrica... a luta antimanicomial. (S5)

Para alguns docentes, o ensino de enfermagem em saúde mental inicia-se com o levantamento de expectativas do aluno frente à disciplina de saúde mental. Alguns docentes iniciam com conteúdos e demais estratégias de ensino, como documentários. Assim, como utilizar a razão e a sensibilidade no ensino, ao mesmo tempo em que o objetivo é formar um aluno crítico e reflexivo?

Com relação à saúde mental, Silva *et al.* (2007) comenta que o conhecimento de si mesmo, tanto na visão do aluno quanto na visão do docente, figura como recurso fundamental para habilitá-lo a cuidar do outro. Para cuidar do sujeito do sofrimento, deve-se levar em conta o que diz respeito à existência do sujeito, já que a condição psicótica envolve a totalidade da experiência/vivência do sujeito, desde questões objetivas, como trabalho, moradia, dinheiro, até a forma como essas questões implicam a dimensão subjetiva do sujeito.

Ensinar o cuidado, mas cuidando do estudante, engloba uma atitude cuidadosa de ouvir atentamente, de não precipitar o estudante, partilhar experiências e não julgar. Demonstrar habilidades clínicas e julgamento faz os estudantes se sentirem bem-vindos, envolve os estudantes em cuidados ao cliente, ser flexível, oferecer oportunidades aos estudantes de fazer perguntas e oferecer comentários sobre o desempenho (MULLEN; MURRAY, 2002)

Campoy *et al.* (2005) destaca que o tipo adequado de professor que ensina na disciplina de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica é aquele que quer um aluno comprometido com o paciente, prestador de um cuidado individualizado e inserido na realidade; que veja o paciente como pessoa que tem dimensões biopsicossociais. Um aluno que seja reflexivo sobre o cuidado que presta; que compreenda as próprias ações e reações emocionais quando cuida, transformando-se interna e externamente, examinando sempre suas qualidades pessoais e profissionais. Um aluno reflexivo sobre a utilização da comunicação terapêutica, sobre ações e reações quando cuida de uma determinada pessoa que sofre ou não com transtornos mentais. Em síntese, um aluno que tenha competência interpessoal.

Kantorski *et al.* (2004) afirmam que os preceitos da Reforma Psiquiátrica contribuem para o cuidado de enfermagem, pois orientam para que seja visto através da retomada dos desejos primordiais relacionados à escolha da profissão de enfermagem, especificamente, desejos relacionados à opção em cuidar de sujeitos em sofrimento psíquico, considerando os saberes que se tem produzido para instrumentalizar o fazer cotidiano docente. Para tanto, faz-se necessária a parceria entre universidades e técnicos a fim de expandir as práticas de

ensino aos novos modelos.

Assim, o perfil do egresso nas DCNs torna-se um elemento imprescindível para iniciar e direcionar o ensino em saúde mental, principalmente porque a implicação de uma formação generalista, humanista, crítica e reflexiva, convida, também, o docente a refletir criticamente sobre seu perfil. De todo modo, o que torna esse pensamento crítico e reflexivo é saber/sentir cada um, inserido e mediado pelas relações sociais.

Os docentes, através de seus relatos, auxiliaram na contextualização sobre a forma como são desenvolvidos os principais conteúdos e estratégias no ensino de enfermagem em saúde mental, durante a atividade teórica.

Docentes de 3 (três) cursos referiram utilizar a problematização e a relação pessoa a pessoa no desenvolvimento do ensino de enfermagem em saúde mental. Entre os docentes, foi unânime o uso das seguintes estratégias utilizadas: leitura e discussão de textos, projeção de filmes e discussões. Alguns docentes informaram usar projeção de filmes para, a partir da situação que envolve os personagens dos filmes projetados, fazerem discussões que envolvam planejamento de cuidado. Os docentes também utilizam bibliografias para auxiliar nesse processo.

Os conteúdos abordados diferiam um pouco entre os cursos. De maneira geral, os conteúdos abordados relacionam-se à Reforma Psiquiátrica, Política de Saúde Mental, Relação Pessoa a Pessoa, transtornos mentais, modelos e níveis de atenção em saúde, organização da rede sanitária em saúde mental. A forma de seleção desses conteúdos, para docentes de um dos cursos, relaciona-se ao momento político da saúde mental.

Para um dos cursos, o conteúdo da Reforma Psiquiátrica é problematizado com os alunos e os conteúdos dos transtornos psiquiátricos são desenvolvidos dentro da trajetória histórica e atual do curso.

Outro curso ensina a psicopatologia, tendo como estratégias de ensino-aprendizagem a verificação de sintomas, identificação e reconhecimento dos transtornos, fatores de risco e proteção, técnicas de atendimento baseado em ambulatório, informações à família, papel do enfermeiro e como referenciar no sistema de saúde.

De maneira geral, três cursos referem que o foco do ensino do cuidado são os transtornos mentais e as alterações das funções psíquicas, bem como as necessidades afetadas no momento da atividade teórico-prática com o sujeito do sofrimento.

Aqui aparece uma contradição explícita, pois, ao mesmo tempo

em que a maioria dos cursos aponta o foco nos transtornos mentais, também há docentes, do mesmo curso, que apontam que não é somente o transtorno, mas o ser integral. Há cursos que enfatizam que o cuidado é ao sujeito em sua complexidade, que é além dos transtornos.

Docentes de um curso apontaram a utilização de estudos de caso, a escuta e a comunicação no ensino de enfermagem em saúde mental. Esse curso enfatiza que os conteúdos desenvolvidos na atividade teórica envolvem: como atender o sujeito do sofrimento; implantação de serviços; ações de saúde na Atenção Básica; problematização e planejamento em saúde mental.

Você quer saber a nossa metodologia? nós temos um conteúdo programático que nós mandamos para ti. Como que ele é desenvolvido? ele é desenvolvido, uma parte o aluno prepara a aula e é feito seminários, é aula expositiva. Sempre com a participação do aluno, a gente faz muito a partir daquilo que você [aluno] sabe, usamos a problematização. A partir daquilo que o aluno sabe e poderia saber, as aulas são bem dinâmicas. [...] Não é só a esquizofrenia, a bipolaridade, é o ser humano que tem uma família por trás e que tem problemas por trás, que tem filhos, tudo isso tem que ser considerado. [...] A gente atua muito na necessidade afetada do momento, então o cuidado de enfermagem em saúde mental ele está baseado muito naquilo que o paciente apresenta no momento. (S5)

Algumas coisas a gente até já comentou, a forma teórica, vai lá e dá uma aula teórica simplesmente, tu vai e faz os alunos trabalhar com textos, faz a discussão, tira as dúvidas destes alunos, se utiliza de filmes também que eles possam estar observando para que possa direcionar uma discussão destes conteúdos que aparecem nos filmes. (S1)

Têm coisas que vai dando de a gente puxar, por exemplo, a E. [professora] quando pede para eles fazerem assistência de enfermagem, para família, para comunidade, para o cliente, do *Mente Brilhante* [filme], então eles [alunos] vão para a bibliografia e procuram tentar se achar no sentido de como uma pessoa apresenta uma situação,

como que vão poder estar agindo e com coisas que tem no livro. [...] O ensino teórico no nosso plano de ensino ele é muito voltado à prática, o tempo todo nós estamos com a prática. Então no nosso curso ultimamente nós não temos dito: “você vão ter que atender o paciente, mas o como que vocês vão fazer para atender o paciente?” [...] porque uma coisa é a universidade dizer que tem que fazer a ação, a outra é a universidade dizer como ele vai fazer a ação. Para mim este foi um dos grandes crescimentos nossos. [...] Aqueles conteúdos na verdade, não é uma questão de nome, é questão do que tu vais, às vezes, selecionando, lógico, aí foi entrando a nova política de saúde mental, as dificuldades e até hoje desafiam e são exaustivamente discutidos. Nós sempre defendemos aqui dentro da universidade a questão dos transtornos psiquiátricos. (S2)

E o que a gente faz basicamente em relação à enfermagem, e sou eu quem dou essa parte de políticas, suicídio e depressão, não entro nas questões clínica da depressão, não entro nessa nuance, do que é a depressão, entro na verificação e identificação que o enfermeiro [pode ter em relação] a essa depressão, nesse sentido. Nas políticas eu trabalho a abordagem do enfermeiro, qual é o papel do enfermeiro nas políticas, nas diversas políticas que tem lá no CAPS, o que ele pode fazer, a relação que se tem, as casas terapêuticas, qual é o papel desse enfermeiro nesses caminhos que a política determina. Explico para eles, por exemplo, que na realidade tiraram os caras do hospital e colocaram nas residências terapêuticas e os alunos nem sabem que existe isso. (S7)

Nós trabalhamos com a questão descritiva do fenômeno, como por exemplo, na psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais, lá o Dalgalarondo. Se trabalha sempre em cima daquela questão do DSM, Em psicologia clínica eles vão ver como atuar, quais são as técnicas utilizadas dentro de cada uma. Nós falamos das mais recomendadas pelo Ministério da Saúde ou

mais ainda pela Organização Mundial da Saúde e ainda pelo DSM e APA (associação americana de psiquiatria). Como eu vim de lá [psicologia] para cá, para a enfermagem, a gente faz a mesma coisa. A parte descritiva, mais especificamente e como é o profissional que vai trabalhar principalmente em ambulatório. Não é muito coerente se passar técnicas de tratamento específico porque não é ele que vai fazer o tratamento, mas ele precisa identificar e pelo menos recomendar ou dar as primeiras informações à família, quando for o caso. (S9)

Para mim é bem importante ele [aluno] saber dizer o que que são sinais e sintomas da esquizofrenia, qual é a conduta, uma coisa meio sistematizada senão você se perde. (S6)

A partir do momento que tu começa a passar um estudo de caso, o que que tu vai trabalhar? o que que tu tem que levantar? quais são os problemas? Porque tem uma coisa que eu sempre gravei quando a G. diz: “a psiquiatria é uma das coisas que tu não precisas de muitos recursos materiais, basta tu realmente saber utilizar teu ouvido e a boca”. (S3)

Vê-se que há consensos e dissensos sobre o ensino teórico de enfermagem em saúde mental quando envolve o cuidado. Houve silêncios em relação aos critérios utilizados para escolher os textos, filmes, métodos utilizados, por que se utilizam essas estratégias e não outras. Outro silêncio ocorreu em relação às metodologias ativas, tendo em vista que essas metodologias são indicadas pelas DCNs, para os cursos. O desenvolvimento do cuidado como conteúdo não foi apontado, mas é manifestado e entendido que é desenvolvido intrinsecamente aos demais conteúdos. É unânime a utilização de conteúdos dos transtornos mentais, mas não aparece uma crítica sobre a psicopatologia. A contradição, ao se dizer que o foco é o transtorno, mas, ao mesmo tempo, é sujeito integral, tem sido reproduzida pelas literaturas lidas como algo ainda sem resposta. Isso vai depender do posicionamento ideológico, da corrente teórica que o docente utiliza, da experiência que ele possui, mas, destaque-se, exige reflexão crítica sobre o ensino da

psicopatologia.

Ao instante que não cabe aos enfermeiros diagnosticarem em uma concepção médica, o modelo biomédico ainda tem sido apontado como o arcabouço principal para a leitura do fenômeno complexo que é o sujeito do sofrimento. Não foram encontradas produções acadêmicas da enfermagem sobre análises críticas do ensino da psicopatologia, mas há estudos da enfermagem que fazem crítica à racionalidade técnica, proveniente do modelo biomédico no campo da saúde mental e da Atenção Psicossocial, a exemplo de Tavares (2008), Oliveira (2006) dentre outros.

Em relação à metodologia problematizadora, para Chianca *et al.* (2004) ela é revestida de uma dificuldade que provém de estudos que mostram que 60% dos alunos de enfermagem consideram os aspectos metodológicos utilizados pelo docente como barreiras ao desenvolvimento da capacidade crítica e reflexiva. Os alunos indicam que o docente é criativo quando deixa que eles expressem seus pensamento e ações. As autoras comentam que alguns docentes consideram utilizar a metodologia problematizadora quando discutem com os alunos os problemas identificados na prática, sem perceberem que essa abordagem vai além.

Chianca *et al.* (2004) comentam que a metodologia problematizadora tem como principais características a problematização da realidade e a busca de soluções de problemas levantados, permitindo desenvolver o raciocínio crítico do aluno. As bases pedagógicas direcionam-se na proposta de construção do conhecimento pelo aluno, tendo o docente a tarefa de facilitador do processo. As autoras apontam, ainda, que a falta de acúmulo teórico-prático por parte de docentes quanto às novas metodologias e sua aplicação em disciplinas tradicionais, têm sido apontadas como barreiras no desenvolvimento dessa metodologia.

Por isso, as atividades teórico-metodológicas, ao serem desenvolvidas no ensino da saúde mental, têm de serem analisadas, pois a compatibilidade entre metodologia de ensino e um campo de conhecimento requer reflexões, experimentações e avaliações.

Lucchese (2005) estudou as competências na formação e na prática da enfermagem psiquiátrica e saúde mental. A autora comenta que um referencial pedagógico para o ensino de enfermagem em saúde mental é necessário, mas depende da práxis do docente, pois tanto na Educação como na Saúde há transformações paradigmáticas que colocam para o docente refletir os paradigmas pedagógicos a serem usados com a saúde mental. A autora aponta a teoria da pedagogia das

competências como possibilidade para o docente ensinar, no campo da saúde mental.

Barros (2004) adverte que o ensino de enfermagem em saúde mental, em uma perspectiva crítica, deve ter clara a dimensão epistemológica/conceitual, o norte pedagógico coerente e a escolha de docentes com formação no novo paradigma que envolva a saúde mental e a saúde coletiva.

Portanto, para que as práticas de ensino e do cuidado de enfermagem em saúde mental tornem-se mais criteriosas em relação às escolhas teórico-metodológicas, a Reforma Psiquiátrica, imbuída de paradigmas em transição, conjuga-se com a Reforma Curricular, também inserida nos paradigmas pedagógicos, que necessitam ser refletidos por docentes.

Por vezes, o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental também se apresentou, por diferentes perspectivas, nos discursos dos docentes. O que marca a diferença são os discursos dos docentes que, por estarem na prática, se utilizam dela para consolidar o ensino teórico.

Todavia, o ensino do cuidado é realizado quando se lecionam as abordagens terapêuticas e o papel do enfermeiro, tendo como referência a Política Nacional de Saúde Mental. Em outro curso o ensino do cuidado é oportunizado através da sistematização da assistência, que tem como referência teórica Carpenito e NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). É dado o enfoque nas alterações das funções psíquicas para ensinar o cuidado de enfermagem em saúde mental.

Ainda, em outro curso, os docentes entendem que o cuidado de enfermagem em saúde mental envolve o acolhimento baseado em premissas como percepção e observação da pessoa em sofrimento, disposição, atenção, escuta, interação mútua, avaliação do estado da pessoa no momento, fundamentadas na relação pessoa a pessoa.

De outro modo, em outro curso, os docentes entendem que o ensino do cuidado envolve a perspectiva da escuta e a comunicação verbal. As interpretações sobre os discursos dos docentes de um determinado curso apontam para o do ensino do cuidado através das ações em saúde (Prevenção, Promoção, Proteção, Recuperação, Reabilitação, Tratamento). Os docentes comentam que encontram dificuldade para acessar materiais didáticos sobre o tema das ações em saúde e o cuidado. Indicaram que recorreram a cursos extrainstitucionais para terem suporte, e passaram a usar o material didático do curso como referência bibliográfica para o ensino do aluno durante a realização da atividade teórica. O desenvolvimento do conteúdo das ações em saúde é feito, também, através de situações hipotéticas, e a prevenção está

relacionada a grupos de risco.

O cuidado de enfermagem, especificamente o cuidado de enfermagem em saúde mental, dentro de uma proposta curricular, a gente fala alguma coisa dentro da política, qual é o papel do enfermeiro na política, dentro das diversas dimensões que a política define ali. É uma coisa muito teórica. (S7)

No 4º período a gente também entra um pouquinho na sistematização, mas é teoricamente, utilizando a sistematização para o cuidado de enfermagem, até porque têm alguns diagnósticos de enfermagem que possibilitam a ação de enfermagem para isso. (S8)

Então eles [alunos] querem imaginar que eles [sujeitos em sofrimento psíquico] estão tendo uma alucinação, estão tendo um delírio e como é que você trabalha o delírio? “ah! tem um paciente que está vendo cobra na parede, professora”, “o quê que tu vai fazer?”, “vou matar a cobra”, aí entra na loucura dele. (S5)

Para mim acho que é tu perceber e observar o outro, te disponibilizar, se colocar a disposição do outro, tu dar esta atenção ao outro, emprestar os teus ouvidos. [...] Então assim, é tu lá estava verificando a glicemia e tu percebe que a pessoa está sofrendo: “posso conversar um pouquinho, estás com pressa?” (S1)

A gente começa dar muito mais para o aluno de como ele tem que escutar... e isso é realmente a maior ferramenta: é o ouvido e a boca.... (S3)

Eu quem trabalho com esta parte, acho que a literatura deixa furos realmente. Eu me baseio, inicialmente, por um curso que eu e a E. fizemos, mas nós pagamos todo o curso e era da [XYZ], de Porto Alegre. Seria bem a questão da promoção. É lógico que uma promoção tu previne, mas academicamente o que que é uma promoção, o que que é uma prevenção, o que que é um tratamento e o que que é uma reabilitação. É uma

aula simples que eu só conceituo e o aluno faz planos porque ele tem mais dificuldade é na promoção e na prevenção; o tratamento e a reabilitação para ele é mais claro. Mas eu trabalho daí com prevenção e promoção, e aí aonde eles trabalham em planos e eles se dividem em grupos, eles vão criar ações de promoção voltadas para a qualidade de vida da população geral, bem simples. Ainda muito precário a prevenção, que a questão de grupos de risco... (S2)

Os discursos indicam um ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental baseado na política de saúde mental, envolvido pela sistematização da assistência e de diagnósticos de enfermagem, em que a atuação do enfermeiro é baseada no sintoma do sujeito, através da disposição, atenção, escuta e comunicação.

Esses dados do ensino do cuidado provêm, também, das transformações das disciplinas de Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica, ao visarem uma nova dimensão na forma de cuidar a Atenção Psicossocial, cuja premissa básica não é a remissão do sintoma psicopatológico, mas a compreensão desse sintoma como algo constitutivo do sujeito com transtorno mental. Para tanto, são utilizadas estratégias pedagógicas que permitem o conhecimento do processo mental; as terapêuticas desenvolvidas historicamente; as políticas públicas de saúde; a complexidade dos campos biológicos, psicológico, social e antropológico; culminando na instrumentalização do agir clínico em enfermagem, por meio do ensino do relacionamento interpessoal, comunicação terapêutica, psicopatologia e psicofarmacologia (MACHADO *et al.*, 2004).

Em relação às definições de ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, não houve elaborações específicas pelos docentes. De todo modo, a maioria da literatura centra-se em definições de cuidados de saúde gerais. Há escassez de produções que abordem especificamente a configuração do ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental (CHARLESTON e HAPPELL, 2005).

Para Rocha *et al.* (2003), o cuidado de qualidade a uma pessoa singular é percebê-la como pessoa circunstancialmente adoecida, que fala, sente, articula pensamento, sentimento e ação, tem uma história de vida marcada por aspectos objetivos e subjetivos, na qual o adoecimento e o cuidado tem significado. Leva-se em consideração o tempo destinado para o aluno desenvolver este cuidado. A competência

emocional do aluno é requisito para esse cuidado.

O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental depende do valor que o docente atribui ao conteúdo (teórico-prático) para poder trocar/relacionar com o aluno, e a práxis docente para escolher em que circunstâncias teórico-metodológicas esse ensino será planejado e desenvolvido. O modo psicossocial para o ensino do cuidado pode ser visto como uma categoria analítica para o desenvolvimento desse cuidado nas ações em saúde.

Logo, a contradição, além de o paradigma psicossocial não ser explicitamente dito como paradigma para sustentar o ensino do cuidado de enfermagem, estaria na concepção crítica e reflexiva que os docentes possuem para optarem por ensinar o cuidado baseado em determinados paradigmas. As DCNs (BRASIL, 2001) abrem a possibilidade de o docente refletir o cuidado de enfermagem, inserido na assistência, porém a opção dos docentes por correntes mais tradicionais para o ensino do cuidado tem sido mais apontada, o que significa dizer que sua prática não possa ser outra.

As interpretações dos discursos entendem que o ensino do cuidado, pelos docentes, busca atender esse preceito das diretrizes, mas o rigor científico e intelectual pautado em limites éticos em que este ensino é planejado, organizado, executado e avaliado é o que se coloca como limite desta pesquisa.

De todo modo, os discursos indicaram que o ensino do cuidado encontra dificuldades teóricas quando ensinado na perspectiva do SUS, sob as ações em saúde, em especial a prevenção e promoção de saúde mental em nível de atenção primária em saúde.

Para Tavares (2008), a Reforma Psiquiátrica, ao introduzir, no campo da saúde mental, o paradigma da Atenção Psicossocial, provocou dificuldades teóricas para se definir conceitos, e isso tem se refletido na divergência de escolhas de paradigmas e conhecimentos pertinentes ao cuidado em saúde mental, de forma que a complexidade do objeto cuidar em saúde mental tem gerado tantas concepções, compreensões e práticas envolvidas, gerando, de algum modo, saberes interdisciplinares.

A concepção do processo saúde-doença e os meios teóricos e técnicos para a Atenção Psicossocial consideram, conforme Tavares (2008), a determinação psíquica e sociocultural dos problemas e não apenas orgânica; os conflitos e as contradições como constitutivos do sujeito; o cuidado da demanda e não dos sintomas, a clínica da escuta e da criação, como elementos para iniciar a reflexão sobre o processo saúde-doença no paradigma de Atenção Psicossocial.

Para Yasui e Costa-Rosa (2008), a concepção do processo saúde-

doença no modelo psiquiátrico tradicional é hierarquizada por níveis de atenção; as estratégias de cuidado centram-se na sintomatologia da doença, explicada pela biologia do organismo humano; conseqüentemente, a ação predominante é a medicação como primeira opção nos casos. A proposta da estratégia de Atenção Psicossocial busca a superação desse modelo e visa a substituição por um novo que seja capaz de situar um paradigma que insira a saúde mental no campo da saúde coletiva.

Ainda segundo Yasui e Costa-Rosa (2008), o processo saúde-doença, para a Estratégia de Atenção Psicossocial, é resultante de processos sociais complexos que demandam abordagens interdisciplinares, transdisciplinares, intersetoriais e construção de dispositivos territorializados de cuidado. A produção de saúde e subjetividade são entrelaçadas e indissociáveis. Elas trazem em sua tônica a tentativa de superação das relações sociais e intersubjetivas sintônicas com o modo capitalista de produção, que é o alicerce do paradigma psiquiátrico hospitalocêntrico medicalizador. Para os autores há necessidade de se ampliar espaços de formação e de exercício analisado da prática, como medidas para os profissionais reverem suas práticas.

Em relação às ações em saúde e saúde mental no campo da Atenção Psicossocial, como prevenção, promoção, reabilitação e tratamento, estas dependem da intersecção do referencial de saúde coletiva. De outro lado, Yasui e Costa-Rosa (2008) mencionam que desconstruir conceitos e categorias, inventar novas possibilidades semânticas e teóricas, refazer ou desfazer limites disciplinares, faz-se necessário para que se tenham novas produções de cuidado.

O ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental depende da concepção do processo saúde mental-sofrimento psíquico/transtorno mental. Os condicionantes e determinantes³⁹ do processo saúde mental-sofrimento psíquico/transtorno mental norteiam as ações sobre a prevenção e promoção em saúde mental através da diminuição dos fatores de risco e do aumento dos fatores de proteção. O planejamento em saúde orienta os profissionais e os serviços no estabelecimento de suas ações em saúde/saúde mental, através de projeto terapêutico singular, para o sujeito; e coletivo, para a comunidade. O cuidado é baseado nas ações em saúde com a finalidade de uma atenção integral, a

³⁹ O aprofundamento dos determinantes para a promoção em saúde mental está no documento da Organização Mundial da Saúde: Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica. Version en español. 2004. 71p.

partir da vida complexa do sujeito do sofrimento. A atenção é interprofissional, territorializada e intersetorial para substituir o modo manicomial.

Para Malvárez (2010), o debate sobre a promoção de saúde mental deve envolver a comunidade, famílias, indivíduos e grupos organizados, tendo em vista que é essa ação em saúde que visa mudar os determinantes, os quais dependem da cultura local, que se constituem na expressão de relações de poder. Isso demanda formulação de políticas e participação social, enquanto responsabilidade coletiva.

Depreende-se que o cuidado de enfermagem em saúde mental encontra no SUS o desafio para ser ensinado, pois sua complexidade envolve apropriação sobre a integralidade da atenção em saúde, a gestão do cuidado e serviços, controle social e avaliações sobre as transformações que este cuidado leva ao sujeito do sofrimento.

De todo modo, faz-se necessário que o ensino de enfermagem e do cuidado em saúde mental seja sustentado por referências teóricas, que possibilitem a integração ensino-serviço, teoria-prática.

Os docentes de 3 (três) cursos apontaram que a relação pessoa a pessoa, de Travelbee, é o referencial adotado para o ensino de enfermagem em saúde mental. Outros docentes, de outro curso, não utilizam referencial teórico por não terem um referencial teórico-filosófico específico, bem como não realizam abordagem terapêutica específica na atividade teórico prática, porém fundamentam-se na Política Nacional de Saúde Mental, do Ministério da Saúde.

Docentes de um curso mencionaram que possuem um referencial para o curso, que é uma adaptação de Wanda de Aguiar Horta (W.A.H). Enquanto outros docentes, de outro curso, relataram que, além de Travelbee, utilizam a teoria das necessidades humanas básicas de W.A.H, através do processo simplificado. De maneira geral, os cursos, além do referencial apontado, utilizam a Política Nacional de Saúde Mental e o movimento de Reforma Psiquiátrica. Docentes de 2 (dois) cursos referiram utilizar o processo de enfermagem simplificado.

Houve docentes que, ao se reportarem sobre os referenciais teóricos, o fizeram associados às referências bibliográficas para o ensino. Para um curso, a utilização da comunicação terapêutica é baseada em Stefanelli. Docentes de um curso utilizam livros no ensino de enfermagem em saúde mental, como: Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental na Prática (MELLO, 2008) e Enfermagem Psiquiátrica – em suas dimensões assistenciais (ARANTES et al., 2008), e livros de entrevista psiquiátrica da medicina.

Para alguns docentes de um curso, há fatores que influenciam a

escolha das referências bibliográficas para o Projeto Pedagógico do Curso durante a RC (DCNs), como: se a referência atende a disciplina de saúde mental e/ou psiquiatria. A inclusão de novas bibliografias, no PPC, depende de normas institucionais que podem levar um período longo de tempo para ser atualizadas.

Para docentes de outro curso há ressalvas em relação a livros americanizados (EUA), pois o diagnóstico e a prescrição de enfermagem são relacionados a algo pronto, e selecionam a parte prática dos livros como da Taylor. Afirmam, ainda, que alguns modelos teóricos, expressos em livros, não são adequados à realidade local.

Em relação às referências utilizadas para o ensino do cuidado de enfermagem psiquiátrica, são adotadas as mesmas utilizadas no ensino de enfermagem em saúde mental, ou seja, livros de enfermagem psiquiátrica. Os docentes de um curso também apontaram que a falta de referências específicas para o tema compromete o ensino. Percebeu-se que, quando os docentes refletem sobre o cuidado específico no ensino de enfermagem em saúde mental, o cuidado enquanto objeto epistemológico da enfermagem desaparece.

A teorista é a Wanda, mas a gente utiliza o processo simplificado. (S3)

Tudo o que é do Ministério, para a enfermagem psiquiátrica ainda nós mantemos a Travelbee, Joyce Travelbee e todo movimento da reforma psiquiátrica do Ministério da Saúde. (S5)

Não, eu utilizo as coisas da política do Ministério, os cadernos que são da própria política mesmo, aquelas cartas de recomendações que têm, os manuais de suicídio eu dou diretamente, depressão diretamente das especialidades e voltadas também junto ao que o Ministério preconiza. [...] Mas um autor, um referencial teórico especificamente não, até porque a gente não faz uma abordagem terapêutica. (S7)

Na enfermagem, nossa teorista é Wanda, adaptado por Felisbino, que é a J. teorista e é o que o curso usa, Wanda de Aguiar Horta e adaptado por F. [...] O atendimento de emergência tu tens todas as etapas de um processo simplificado, onde a gente cita a Travelbee; e da comunicação, a Stefanelli. (S2)

O projeto pedagógico tem as referências bibliográficas básicas, então depois de não sei quantos anos tu tens que manter no teu programa uma referência que não tem mais nada a ver. [...] e até porque fica chato, por exemplo, escolas pegam o currículo e vai aquela bibliografia lá de não sei quando, que tu nem utiliza mais [...] depois a gente começou a ficar mais atenta, mas ainda temos muito o que melhorar. (S2)

Eu acho que tudo que vem muitas vezes é americanizado. Eu sempre tinha uma dificuldade do por que o diagnóstico é aquela coisa pronta, a prescrição e por muito tempo nós passávamos o olho dizíamos o que que a gente pode pegar realmente prático desses livros da Taylor, aqueles nossos... (S2)

A forma como cada docente dos cursos elege os referenciais para o ensino de enfermagem em saúde mental é particular a cada curso. A utilização da Teoria de Enfermagem Psiquiátrica, na maioria dos cursos, foi apontada. São utilizados livros que não se relacionam com o campo da saúde coletiva que, quando utilizados, acentuam a contradição em relação a livros com caráter de especialidade para uma formação generalista.

Os referenciais teóricos apontados, como, por exemplo, Travelbee e Wanda Horta, fazem interrogar até que ponto estão sendo analisados, de forma que permitam a relação com a Reforma Psiquiátrica, com o SUS, com a saúde coletiva e com a Atenção Psicossocial. Tendo em vista que os trabalhos de Waidman *et al.* (2006) e Cardoso *et al.* (2006) elaboraram estudos de análise crítica sobre teóricos de enfermagem psiquiátrica.

O primeiro, sobre Travelbee e sua relação com a família, diz que a teórica é atual e prática, mas precisa ser atualizada porque, por exemplo, não apresenta concepção de família e de como se trabalhar com ela. Tendo em vista que para o processo de desinstitucionalização são necessários os cuidados aos sujeitos e suas famílias, há necessidade de ser explícita a interdisciplinaridade para que os conhecimentos possam ser compartilhados. As autoras ainda apontam o estudo de Meleis sobre Travelbee, em que são indicados os pontos positivos e negativos da teoria.

O segundo, sobre Peplau e sua relação com a Reforma Psiquiátrica, refere que a teoria é aplicável, mesmo sendo uma teoria dos anos 50, mas encontra limites ao propor ações clínicas em dispositivos territoriais; a teórica não discutiu reabilitação psicossocial.

Os estudos de Waidman *et al.* (2006) e de Cardoso *et al.* (2006) colocam que as teóricas de enfermagem psiquiátrica deram sua contribuição inicial e que necessitam ter mais estudos que as analisem e as atualizem.

Em relação à utilização de teóricos de enfermagem, há duas considerações. Primeiramente que as teorias de enfermagem devem ser analisadas criticamente antes de serem utilizadas, a exemplo do que sugere Silva (1986), ao mencionar que antes de os docentes aderirem a uma teoria de enfermagem devem discuti-la em profundidade. Segundo, é necessário que a teoria seja compatível com a prática.

Moya (1999) enfatiza que a distância entre teoria e prática se deve, principalmente, à compreensão equivocada da natureza teórico-prática e sua relação com o tipo de teoria mais apropriada para a compreensão da realidade social do ensino e da prática de enfermagem. O autor atribui isso a uma visão histórica de aceitação de teorias e práticas na formação de enfermeiras; visão que, seguindo a racionalidade técnica, domina o currículo, já que a relação teoria e prática é permanentemente dialética, e ambas são constitutivas. Porque a natureza da enfermagem é prática e sua finalidade é de intervir no mundo com um objeto e transformá-lo, a dissolução do prático no técnico tem que ser feita por uma perspectiva histórica.

Moya (1999) coloca que, no campo da enfermagem, há questões acerca da natureza e da relação entre teoria e prática que tem adotado múltiplas formas e nomenclaturas, por exemplo, enfermagem é uma ciência ou arte? Ciência básica ou aplicada? A teoria guia a prática ou se desenvolve a partir desta? Qual é a verdadeira enfermeira, a docente ou a assistencial? O planejamento para responder essas questões são formas iniciais para se refletir acerca dos referenciais teóricos adotados no ensino.

Assim, os abismos existentes entre teoria e prática se devem na realidade à errônea suposição de que podem produzir-se conhecimentos e saberes (teorias de enfermagem), dentro de contextos teóricos e práticos diferentes de onde aqueles devam ser aplicados (MOYA, 1999). Talvez esta seja uma das razões por que, às vezes, alguns conteúdos de livros, produzidos fora do país, sejam difíceis de serem postos na prática da realidade local.

De todo modo, o movimento que cada docente faz para atualizar-

se é intrínseco a sua atividade docente e não foi visto por esta pesquisa. No entanto, atualmente, as bases de dados de internet têm disposto uma variedade de artigos que merecem ser refletidos, quando buscados para serem utilizados, tendo em vista toda a carga política e ideológica que carregam.

Doravante, as bases teóricas específicas para o ensino do cuidado de enfermagem, apontadas pelos cursos, envolvem a relação pessoa pessoa e a teoria das necessidades humanas básicas. É apontada também a sistematização da assistência, como possibilidade de se desenvolver o cuidado.

[..] de relacionamento interpessoal. (S1)

Entra a Travelbee que é a teórica que a gente usa. [...] É o iniciar, manter e terminar a relação baseada em Travelbee. Tem toda aquela situação do envolvimento, da empatia, do respeito, de você não pré-julgar, de você partir do princípio que ele está falando a verdade para você. (S5)

Centrado na teoria da relação pessoa pessoa, que tu tem que criar um vínculo com o paciente. O grande cuidado é você conseguir se aproximar do paciente, ter uma relação mais próxima e, a partir daí, a coisa acontece. (S6)

Eu prefiro usar essa sistematização, mas não está implantada ainda. A M. [enfermeira da unidade] usa e eu estou usando essa referência dela e é em cima da Wanda Horta, das necessidades humanas básicas. A gente vê nos pacientes as necessidades humanas básicas. (S6)

Nós estamos fazendo a sistematização para implantar em todas as unidades baseada em Carpenito e mais o que a Wanda, nós não podemos separar. (S5)

As concepções do cuidado de enfermagem em saúde mental levam a refletir sobre os paradigmas existentes no ensino de enfermagem em saúde mental, para que possa ser pensada e escolhida a concepção teórica que se queira utilizar para sustentar o cuidado de enfermagem.

Silva (2000) refere que os paradigmas na enfermagem psiquiátrica são fundamentais, porém são raramente discutidos. Para a autora, o enfermeiro psiquiátrico tem em sua história um paradigma de subserviência e submissão a uma prática, por vezes sem reflexão.

Jorge e Silva (2000), ao se fundamentarem em Adms, refletiram sobre os paradigmas da enfermagem em saúde mental, comentam que as mudanças entre paradigmas possuem relação com as mudanças ideológicas que se referem ao momento social e político da sociedade. Para os autores, os paradigmas assim se apresentam:

a) Paradigma Médico Custodial – anterior aos anos 50, tem raízes na busca por explicação da doença mental. Embora esse paradigma não seja apenas à profissão médica, foi tomado em seus princípios pela enfermagem psiquiátrica. O fato de a enfermagem ser uma profissão ideologicamente neutra e não ter desenvolvido sua própria ideologia na época, dava credibilidade à difusão desse modelo. O enfermeiro é vigilante e custodial.

b) Paradigma das Relações Interpessoais – início nos anos 50, é desenvolvido pela enfermeira estadunidense Hildegard Peplau, que considerava o papel do enfermeiro como relação humana, que responde as necessidades do indivíduo doente. A enfermagem é um processo terapêutico interpessoal. O paradigma do relacionamento terapêutico, fundamentado nos estudos de Rogers, Sullivan e Peplau, tornou a assistência do enfermeiro humanizada. O Trabalho de Peplau foi seguido por Travelbee.

c) Paradigma Holístico - foca o todo no ser humano, sendo maior que a soma das partes. Considera a individualidade, o contexto da saúde e doença; a doença como oportunidade; o relacionamento doente-enfermeiro, autocuidado.

Jorge e Silva (2000) perguntaram qual seria o paradigma para o ano 2000 e, no final do texto, ao apontar perspectivas da enfermagem para o terceiro milênio, enfatizaram que o discurso do sujeito no cuidado, a emoção, a sensibilidade, a criação, cooperação, aspectos psicossociais envolvidos no processo saúde-doença configurariam os avanços da enfermagem.

Barros (2000) cita seu próprio estudo para afirmar que o ensino de enfermagem psiquiátrica, em meados dos anos 1990, priorizava o relacionamento terapêutico enfermeira-paciente e as questões como o direito do paciente ter direitos, a cidadania e sua condição psiquiátrica não eram preocupações do ensino da assistência. A autora enfatiza que o arcabouço teórico da reabilitação psicossocial pode possibilitar a aproximação entre ensino e prática de enfermagem; aborda vários

conceitos de reabilitação psicossocial e comenta que foi no início da década de 1990 que ocorreram os maiores contatos com esse referencial.

Assim, pode-se apontar que os paradigmas que fundamentam o ensino de enfermagem em saúde mental são: a) paradigma médico custodial; b) paradigma das relações interpessoais; c) paradigma holístico; d) paradigma da reabilitação psicossocial; e e) transição paradigmática para o campo da Atenção Psicossocial. (no entanto, no Brasil, tanto o paradigma psiquiátrico, quanto o de Atenção Psicossocial também fazem parte desses paradigmas).

Destarte, as concepções do cuidado pelos discursos, nesta pesquisa, encontram-se no paradigma das relações interpessoais, já que Travelbee deu continuidade aos trabalhos de Peplau. Como contradição, as concepções do ensino do cuidado de enfermagem não apontaram para o paradigma de Atenção Psicossocial.

Em relação à concepção e ao desenvolvimento de um ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, fundamentado no paradigma de Atenção Psicossocial, encontra-se, na perspectiva apresentada por Fernandes *et al.* (2009), a proposta de um ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental, baseado nos pilares da educação contemporânea de Delors e Gadotti, como um estímulo para que esse ensino do cuidado possa ser aprofundado. Assim, temos:

- Aprender a aprender: é aprender a conhecer a realidade de espaços de Atenção Psicossocial, tanto por alunos quanto pelos docentes, seja em sala de aula e fora dela, para construir um novo olhar sobre o sujeito do sofrimento e as ações em saúde mental, inovar os conhecimentos em saúde mental, desconstruir a racionalidade técnica, superando epistemologicamente o conceito de saúde-transtorno mental.

- Aprender a fazer: no cotidiano do ensino, o docente contribui para exercer o desenvolvimento de competências e habilidades para transformar saberes e práticas sobre a atenção em saúde mental, objetivar a desinstitucionalização, desenvolver vínculos com usuário-profissional, perceber o cuidado como elemento do ensino e de transformação para o sujeito do sofrimento, desenvolver ações que envolvam o acolhimento, vínculo, responsabilidade, convivência, exercer a ética, solidariedade, cidadania, emancipação e compreensão da história do sujeito em relação.

- Aprender a conviver: ações pedagógicas de ensino que aproximem docentes e alunos, que apresentem possibilidade para se conhecer o sujeito e sua família, um trabalho em equipe, sustentado em ações de Atenção Psicossocial e que respeite as diferenças na atenção à saúde mental.

- Aprender a ser: o docente possibilitar condições para o desenvolvimento integral do aluno-profissional com sensibilidade, responsabilidade, compromisso e ética dentre outros.

No entanto, a prática do ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, segundo os docentes informaram ocorre através da realização de atividades teóricas e de acompanhamento dos alunos nas atividades teórico-práticas. O tempo de docência em enfermagem foi um fator que contribuiu para a riqueza, a diversidade e o detalhamento dos discursos apresentados.

Cada docente, em seu discurso, possui uma história de vida e com o ensino. Em determinados momentos, as histórias tomavam conta do momento da coleta de dados, o que enriquecia ainda mais esse exercício acadêmico.

Entende-se que cada docente contribui, a sua maneira, com a formação de alunos reflexivos, críticos e humanistas para o cuidado. A preocupação com os alunos e com o campo da saúde mental, por vezes, observou-se ir além do ensino. Alguns docentes, pelas interpretações, se colocaram antes como cuidadores, mais que como docentes; docentes cuidadores, cuidadores docentes.

Entretanto, as interpretações sobre o discurso da prática do ensino do cuidado pelos docentes, ao ser refletido pelo referencial teórico desta tese, mostram-se em transição. Principalmente pelos discursos e interpretações apontarem que as práticas não são analisadas a partir do paradigma psicossocial de forma explícita, mas nos discursos sobre a prática, veem-se manifestações e interpretações ora inserida em um modelo ora em outro. Entende-se que esse paradigma serve como modelo analítico sobre as práticas de Reforma Psiquiátrica, para mostrar se estão inseridas em um determinado modelo ou outro, a começar pelo objeto, meios, relações institucionais, ética e finalidades.

As contradições que mais se destacam estão relacionadas ao objeto do referencial, pois, ao mesmo tempo em que se refere ao indivíduo como um todo, há tendência em focar no transtorno. Embora se entenda que isso é inerente a cada docente, pela autonomia que se tem, pode escolher a forma de interpretar e analisar sua própria prática no campo da saúde mental. Esse paradigma mostra-se como possível analisador das práticas.

No entanto, alguns docentes referem como é a passagem da atividade teórica para a atividade teórico-prática. Comentam que, a partir da finalização da parte teórica, há o acompanhamento do aluno na rotina do serviço, na qual o aluno escolhe um sujeito a ser acompanhado. Esse período de prática envolve o tempo de 3(três) dias

para que o aluno acompanhe o sujeito e faz-se a discussão, com o grupo, sobre o vivido (diagnóstico, o que foi feito e situações ocorridas).

Há discursos de docentes manifestando que a atividade prática do aluno depende da oportunidade dada pelos docentes do curso, pela demanda de saúde mental e do saber-fazer-discurso dos docentes que se tem sobre saúde mental. Para outros docentes, o ensino do cuidado, tanto teórico quanto prático, envolve uma estratégia pedagógica, baseada em redes de (para o) cuidado. O ensino do cuidado, na prática, também envolve a problematização, a relação pessoa a pessoa, e o acompanhamento do sujeito do sofrimento pelo aluno.

Nas interpretações do discurso sobre a prática, aparece a importância de se dar autonomia para os alunos desenvolverem o cuidado, pois esses têm seu tempo; e que o docente o acompanhe, pois o contato do aluno com o sujeito do sofrimento pode suscitar conflitos no aluno. Há docentes que investem em formas de acompanhamento do aluno, por meio de fichas, com quesitos como: assiduidade, pontualidade, plano de cuidados. Para outros docentes, o aluno é influenciado pela forma como percebe o docente realizar o cuidado de enfermagem em saúde mental. A relação entre docente-aluno-profissional-sujeito do sofrimento envolve transferência e contratransferência.

Embora existam discursos em que o ensino do cuidado, preconizado pelo docente, vise que o aluno veja o sujeito na sua totalidade, esses discursos também evidenciam uma perspectiva manicomial, a partir do momento que se valoriza a vigília do sujeito do sofrimento, o uso da medicação e os diagnósticos psiquiátricos. Ao mesmo tempo comenta-se que esse cuidado é a partir do outro, integral e holístico, ficando explícitas as contradições. Algumas interpretações mostraram que os alunos, às vezes, ficam incomodados pelo fato de não verem o enfermeiro do serviço atuando na prática. A discussão pelo docente sobre este fato se mostrou importante.

Há discursos em que a utilização do Processo de Enfermagem foi adequado ao ensino de enfermagem em saúde mental devido ao local e à demanda. Com isso, o processo passou a contemplar tópicos sobre a história, levantamento de problemas e o cuidado de enfermagem.

As interpretações referem que o ensino do cuidado se dá a partir das dimensões emocional, física e social a partir da existência concreta do sujeito. Para alguns docentes, esse ensino contempla, também, o estudo sobre diagnósticos psiquiátricos e medicamentos, envolve o alívio dos sintomas e a melhora da qualidade de vida.

Para outros docentes, o cuidado, a partir da atenção à crise,

envolve o tempo, a relação com a família, histórias de vida, a escuta, encontros, visita domiciliar, articulação com a rede sanitária de saúde mental. Pode exigir um cuidado complexo e contínuo, envolve o reconhecimento de limites e responsabilidades. O ensino do cuidado mostra para o aluno que a crise não impede o sujeito do sofrimento de viver em sociedade.

Em síntese, o ensino-aprendizagem do cuidado, manifestado pelos discursos, depende do interesse, da afinidade e das motivações pessoais do docente-aluno; inicia-se pela existência concreta do sujeito em sua necessidade; requer uma avaliação clínica (física e psíquica) proporcional. O cuidado envolve vínculo, escuta, comunicação, ajuda no processo de elaboração dos conflitos, criatividade, responsabilidade, estratégias em grupo e em equipe, integração com os níveis de atenção, priorizando a Atenção Básica, transformação social, envolvimento com pesquisa e extensão, encontros, visita domiciliar, articulação com a rede intersetorial.

A gente termina toda a parte teórica e depois vai para o campo e tem o segundo momento. O aluno chega e ouve a passagem de plantão e ele diz “professora, gostaria de trabalhar com o Valdir [nome fictício], eu gostaria de trabalhar com essa pessoa aqui hoje”. No dia seguinte a gente orienta que um dia é pouco, hoje ele [interno] te conta uma história, amanhã ele vai contar para outro aluno e que ele [aluno] fique pelo menos uns 3 dias com esse mesmo paciente ou, às vezes, o estágio inteiro mas não só com um paciente, ele tem que ter a visão de toda a clínica. No final a gente senta e conversa com cada um e [pede para eles colocarem] assim: “eu trabalhei hoje com o Valdir [nome fictício], este com tal diagnóstico e daí o relato do que é feito”, e daí todos os alunos ficam sabendo do que é feito, do que está acontecendo, da situação que ocorreu. É assim que eu desenvolvo aqui dentro o estágio. (S5)

Na verdade, o bloco teórico acho que ficou claro para ti, na prática hoje é difícil a gente falar isso porque ela não existe, mas vamos abrir aspas aqui porque é aquilo que eu falei, se o professor vai oportunizar. [...] Ela [atividade teórico-prática] é oportunizada pelo docente que acompanha o discente. Não tem estágio formal, não tem. (S8)

Ele [estágio em saúde mental] fica na informalidade e diluído entre todos os outros estágios. Se o [aluno] está no hospital e tiver um doente com distúrbio psiquiátrico e o professor que estiver com ele no hospital, vai ter que explicar, vai dar conta daquilo ali, e se tiver na unidade básica, a mesma coisa, não tem uma coisa assim “agora nós vamos ver só a saúde mental”, não tem. (S7)

É aquilo, não é fazer lá a atividade que ele precisa fazer, a assistência que ele precisa estar prestando, mas ele observar este indivíduo, esta pessoa que vem em busca do cuidado, observar e perceber o que que está por trás daquilo que ele está verbalizando também. (S1)

É aquela questão de dar autonomia e aí o aluno tem que ver isso para tentar mudar o pensamento dele em relação a isso. A gente fala que tem que fazer isso, mas fica sempre fazendo ou supervisionando. (S4)

Então eu tento passar esses passos e valorizo muito a questão da medicação. Paciente de saúde mental tem que ser acompanhado porque tem que ser vigilante e a medicação é fundamental, especialmente os esquizofrênicos que são os mais crônicos, não sei se é certo, mas me parece que se o aluno conseguir ver ele num todo, que é um paciente, que é imprevisível, e você tem que saber dar conta dele, do momento dele, eu acho que conseguem dar conta. [...] Eu tento passar para eles que o cuidado de saúde mental ele é diferente [porque] ele é imprevisível e tu tem que saber se adequar com a situação no momento de como ele se apresenta. Ele é contínuo, ele tem que ser holístico, integral e é permanente. (S6)

Na nossa prática o aluno vê, por exemplo, o cuidado não só na parte emocional, não só na orgânica, mas buscar mobilizar para quem quer, casa que a gente conseguiu para paciente, bolsa em academia para paciente fazer, inserir no lazer dele

e como é que está a parte de trabalho dele. [...] então nós nos metemos em todas as áreas da dimensão da vida de um sujeito, e isso para nós é o cuidado, prescrição de enfermagem. (S2)

o cuidado de enfermagem não é só aquele cuidado com o paciente em si ou com a família, é além disso, tu tem que transformar, tu tem que mudar, tu tem que... sair atrás da tua mesa, tu tem que sair de cima da tua cadeira e ir para rua, e ver o quê que tu pode mudar naquela comunidade, que seja um campinho de futebol que tu consiga montar e tu bota um monte de gurizada a jogar bola, tu estás transformando uma comunidade. Isto para mim é o cuidado de enfermagem. (S3)

O cuidado de enfermagem é entender que o paciente pode viver normalmente no seu meio, ele está em surto nesse momento e a nossa grande gratificação é ver ele sair desse surto. Ele sabe que pode demorar dias e isso se faz muito em conjunto com a família. Nós temos as reuniões com familiares e eles participam ativamente da reunião, a gente ouve a história do paciente, ouve a história da família, faz o contraponto e procura ajudá-lo. Dentro do possível e dependendo da necessidade vai acontecer uma visita domiciliar depois da alta, para ver o que está acontecendo e se faz todo o trabalho de rede que se encaminha para CAPS, vai se ver se ele está no CAPS, esta é a nossa intenção. Porque a coisa funcional, não é a hora que ele está de alta e o que acontece com essa pessoa, o cuidado de enfermagem começa aqui e termina lá fora. (S5)

As principais contradições apontadas pelas interpretações dos discursos dos docentes se referem à forma como é feita a leitura das DCNs, pois:

a) o ensino do cuidado na prática para um curso não existe, mas existe ao depender do docente que está na prática;

b) o foco do ensino do cuidado é o ser complexo, mas foca o transtorno, assim como se identifica, conhece e intervém sobre os problemas prevalentes no perfil epidemiológico local, a partir das

dimensões biopsicossociais;

c) a finalidade do ensino do cuidado envolve a capacidade para atuar com responsabilidade social, compromisso com a cidadania e promotor da saúde integral, mas depende de reflexão crítica pautada pelo paradigma psicossocial no campo da saúde coletiva.

Em relação à primeira contradição, o processo de Reforma Curricular, os responsáveis pelo curso, os docentes de maneira geral e os docentes da saúde mental são os que decidem como lidará com o campo da saúde mental no currículo.

A dependência de um docente de uma área distinta, que pode não ter formação em saúde mental, pode comprometer o ensino, pois o aluno “ingresso-transgresso-egresso”, ao não passar pela experiência, pode conformar o campo psiquiátrico tradicional e estar dissonante com o SUS.

Monteiro (2003) relata experiência de utilizar a saúde mental como conteúdo transversal no currículo. Afirma que buscou que cada disciplina proporcionasse ao aluno o desenvolvimento de habilidade para avaliar o usuário, em todos os seus aspectos, que oferecesse busca pela promoção da saúde integral e oportunizasse a reflexão sobre sua própria condição de sujeito de seu processo saúde-doença. A autora comenta as experiências sobre essa proposta desde o pré-natal à saúde idoso, que ainda está sendo desenvolvida para tornar-se mais integral. Para ela, se a relação currículo e saúde mental continuar sendo abordada de forma dicotomizada, a reprodução na e da prática permanecerá a mesma.

Essa contradição está posta como desafio, pois depende do aprofundamento de cada instituição e docentes, sobre a forma como é lidada a saúde mental no currículo.

Sobre a segunda contradição, de se identificar, conhecer e intervir sobre os problemas prevalentes no perfil epidemiológico local, a partir das dimensões biopsicossociais, as DCNs (BRASIL, 2001, p.3) em seu art. 5º, parágrafo único, indicam que a formação do Enfermeiro deve atender as necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento.

O SUS possui em sua trajetória histórica a reforma sanitária, que aponta a saúde coletiva como um campo científico onde se produzem saberes e conhecimentos acerca do objeto saúde, através da epidemiologia, ciências sociais em saúde, planejamento e gestão, conforme Paim e Almeida Filho (1998).

Todavia, as DCNs preveem a saúde mental de forma implícita ao

apontar o SUS, apontando que a contradição envolve a leitura que se faz das DCNs. Ao se fazer uma leitura mais aprofundada nota-se que o campo da saúde mental terá de ser problematizado no campo da saúde coletiva, o que não apareceu nos discursos dos docentes que participaram da pesquisa. Ao se prever a saúde coletiva pelas DCNs, quando esta indica o SUS, logo o cuidado no campo da saúde mental é atravessado pela epidemiologia, pelas ciências sociais, pelo planejamento e gestão. Os discursos não apontaram se existe formação que envolva instrumentos de rastreamento em saúde mental, logo os alunos podem não aprender sobre esse tópico.

A importância dos instrumentos de rastreamento, tais como: a) Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para uso problemático de álcool (BABOR; HIGGINS-BIDDLE; SAUNDERS et al., 2003); b) Teste Faergstrom para padrões de dependência de tabaco (CARMO; PUEYO, 2002); c) Self Report Questionary (SQR-20) para rastreamento de Transtornos Mentais Comuns (WHO, 1994); está na possibilidade e/ou “facilidade” para a condução da entrevista, ao permitir que qualquer profissional formado e/ou treinado sobre intervenção em Saúde Mental, tanto individual como coletiva, possa realizar. Nesse sentido, apesar de os docentes entrevistados se constituírem como educadores no campo da saúde mental, a abordagem da atividade prática e coletiva da Saúde Mental não foi manifestada, já que isto vai em direção contrária ao preconizado pelas DCNs.

Outro aspecto que não foi informado pelos docentes se refere a uma dimensão mais objetiva da formação para o cuidado, isto é, a questão do medicamento. A visão medicalizada dos serviços de saúde pode levar os profissionais e os sujeitos do sofrimento a buscar solução no uso de medicamentos (BARONI; VARGAS; CAPONI, 2010). No entanto, essa discussão, como uma das questões que constitui o problema da psiquiatrização do sofrimento, ficou em aberto. À medida que as DCNs preconizam o SUS e, no campo da saúde mental, as estratégias de intervenção baseadas no acolhimento, no vínculo e na responsabilidade, a questão da medicação (uso racional) tem sido cada vez mais apontada como um dos caminhos necessários à superação do modelo biomédico nesse campo. Logo, a ausência de discussão sobre esses aspectos apresenta-se como distante da orientação das DCNs.

Paim e Almeida Filho (1998) destacam que no ensino/formação, a saúde coletiva, enquanto campo de conhecimento tem sido o princípio organizador no âmbito das práticas em saúde. Para os autores, qualificar o conjunto das necessidades sociais em saúde, pensar os diferentes meios e as atividades necessárias para atender necessidades, como a

distritalização, territorialização, municipalização entre outros, faz parte das relações sociais e orgânicas na saúde. Ao investir política e tecnicamente sobre os determinantes e condicionantes da saúde surgem novas produções de cuidado. A saúde coletiva é redefinida a partir dos processos de trabalho e instaura novas relações internas ao campo da saúde.

Ainda para Paim e Almeida Filho (1998), o mundo subjetivo, ao se conciliar com o mundo social, transforma-se em ação política emancipatória e pode ser um desafio para a práxis da saúde coletiva. Essa ação política emancipatória em relação ao cuidado em saúde mental tem sido apontada por alguns autores no campo da saúde mental e da atenção psicossocial.

O cuidado de enfermagem em saúde mental é uma prática social complexa porque envolve pensamento e ação, *o quê* e *o como*, compreensão e interpretação a partir do sujeito do sofrimento. A escolha da teoria-prática que embasa o cuidado de enfermagem em saúde mental deve proporcionar os fundamentos para a tomada de decisões acerca desse cuidado.

Assim, nesta tese, entende-se que o cuidado de enfermagem em saúde mental, em uma perspectiva generalista, avança em um campo de conhecimento em construção, composto por diferentes núcleos de saber sobre um conceito ampliado de saúde/saúde mental multideterminado e resultante das condições de vida biopsicossocial, espiritual e cultural acerca do sujeito. Envolvida pelos princípios e diretrizes do SUS, que tem na sua concepção a integralidade, interdisciplinaridade e as ações de saúde, a Estratégia da Atenção Psicossocial pensa esses princípios articulando o campo polissêmico de saúde mental. Logo, o paradigma da EAPS é o paradigma do SUS.

Contudo, a existência-sofrimento, o conflito psíquico, a experiência subjetiva radical, a consideração do aparelho psíquico e os fenômenos do inconsciente, a singularidade da condição psicótica e a crise são especificidades da saúde mental que possibilitam o campo da atenção psicossocial ampliar as abordagens psicossociais⁴⁰ através da clínica ampliada, com a finalidade de transformar a vida concreta dos sujeitos. É a partir do objeto que as definições teórico-práticas podem ser definidas (VASCONCELOS, 2008).

Assim, a partir do sujeito do sofrimento, o cuidado em saúde

⁴⁰ Abordagens psicossociais “constituem uma área de conhecimento cujo objeto é a interseção de fenômenos psicológicos, sociais, biológicos e ambientais, formando um campo aplicado” (VASCONCELOS, 2008, p. 141).

mental e de enfermagem, no campo da atenção psicossocial, tem sido apontado por sentidos de complexidade, que visam a integralidade, sustentado por uma clínica ampliada que envolve a psicanálise, a desinstitucionalização e as relações interpessoais (KIRSCHBAUM, 2000; LOYOLA, 2008; AMARANTE, 2008c; MACHADO; COLVERO, 2009; COSTA-ROSA, 2010).

Para Machado e Colvero (2009), o cuidado de enfermagem em saúde mental é apontado como uma atividade reflexiva, que tem por base o conhecimento e os instrumentos da área da enfermagem (relações interpessoais e comunicação terapêutica), e colaborativa, pois orienta a organização da assistência de enfermagem. As duas atividades buscam construir o projeto terapêutico coletivo e multidisciplinar, através do diálogo e dos saberes dos usuários, familiares e profissionais.

A perspectiva indicada por Machado e Colvero (2009) aproxima-se de Amarante (2008c) para quem o cuidado psicossocial é entendido a partir do sujeito em sua integralidade e em sua complexidade, e consideram as dimensões psíquicas, social, que envolve a família, grupos sociais.

Para Machado e Colvero (2009) e Amarante (2008c), as características do cuidado de enfermagem e da atenção psicossocial são ações terapêuticas que envolvem relações de acolhimento, solidariedade, escuta, confiança entre os envolvidos no cuidado; trabalho em equipe, projeto terapêutico, problematização de situações de crise, relacionamento interpessoal profissional, comunicação, psicofármacos, grupos e saúde mental, família. O objetivo do cuidado na atenção psicossocial é a produção de saúde (com direitos e dignidade).

Em outra perspectiva Kirschbaum (2000), Loyola (2008), Costa-Rosa (2010) apontam a psicanálise como perspectiva teórica para o desenvolvimento das tecnologias de cuidado no campo da saúde mental e atenção psicossocial.

Costa-Rosa (2010) indica que o cuidado em Atenção Psicossocial é inclinar-se sobre um sujeito que sofre. As evidências clínicas, apontadas pela psicanálise (teoria, técnica e ética), diante dos sofrimentos psíquicos e dos impasses subjetivos nas queixas dos sujeitos, indicam que nos sofrimentos há uma fundamental dimensão propriamente psíquica e corporal. Na mesma linha, Kirschbaum (2000) refere que o cuidado de enfermagem em saúde mental envolve o reconhecimento do sujeito como sujeito do inconsciente, desejo, subjetividade, laço social.

As intervenções de enfermagem partem de uma posição ética, na qual, para Kirschbaum (2000) e Loyola (2008), o sujeito se implica no

cuidado.

Para Loyola (2008), o cuidado de enfermagem em saúde mental implica alguns pressupostos, como uma escuta qualificada, cuidado *a posteriori*, secretariar a loucura, propor discussão de todo ato violento, limites éticos na relação, atenção centrífuga ou espiral aberta, desafio na atenção a crise.

Para a autora, o cuidado em saúde mental é o *plus* da enfermagem fundamental, ao considerar que o sujeito precisa se alimentar, dormir, tomar banho, se vestir para preservar sua dignidade. E inclui, ainda, os afetos no território, amigos, família, estar disponível para a transferência, que é para a vida toda. Não há cuidado do sintoma, mas pela queixa e pelo sintoma.

A terceira contradição que envolve a finalidade do ensino do cuidado, que depende de reflexão crítica pautada pelo paradigma psicossocial no campo da saúde coletiva, consiste em como cada docente realiza sua práxis.

Para Costa-Rosa (2010), a crítica que se faz à ética serve para a práxis da atenção psicossocial. A ética do cuidado deve servir de base para a discussão das práticas das equipes interprofissionais que compõem o trabalho das instituições advindas da Reforma Psiquiátrica. A formulação de uma ética para as práticas da atenção psicossocial deve tanger a questão da interprofissionalidade, ou seja, a complexidade dos meios de trabalho.

5.2.4 Atividade de Extensão e Pesquisa Docente e suas vivências

As interpretações que originaram esta categoria encontram-se nos discursos, principalmente dos docentes de três cursos, cuja participação na realidade sanitária local, em órgãos de gestão e no desenvolvimento do ensino na própria atividade de extensão, foi fator decisivos. A partir dessas experiências depreendeu-se forte interferência no ensino da saúde mental. O fator essencial para se decidir pela inclusão desta categoria foi observar que, nos discursos docentes, ao se referirem à Reforma Psiquiátrica como norteadora de suas ações, é ausente o discurso sobre o paradigma psicossocial, o qual é tido como orientador do processo de RP.

Os discursos dos docentes também apontaram para a pesquisa. De um lado, a partir das DCNs, alguns docentes passaram a utilizar a pesquisa com mais rigor no ensino da saúde mental; de outro, um

docente afirmou participar de um grupo de pesquisa na enfermagem. Houve, ainda, a informação de que um curso apresentou projeto para o PetSaúde Mental⁴¹, tendo isso contribuído para o ensino com vistas a aprimorar os conceitos de prevenção e promoção em saúde mental.

Os discursos sobre a atividade de extensão, exercida pelos docentes, apareceu principalmente naqueles cuja trajetória histórica no ensino e em saúde mental se dá há mais de duas décadas. A atividade de extensão docente se expressou ora como uma atividade oficial da instituição, onde é realizado o ensino teórico-prático; ora como uma atividade em que o docente estendia à comunidade sua participação no sistema local de saúde, em órgãos relacionados à gestão em saúde e, por vezes, nas conferências de saúde mental, realizadas no ano de 2010.

De maneira geral, as atividades de extensão, tidas claramente como oficiais, relacionaram-se ao ensino da saúde mental, ou seja, o docente realiza parte das atividades teórico-práticas de ensino no espaço da própria atividade de extensão. Essa atividade, que possui uma relação com a rede sanitária local (ESF e rede de saúde), permite aos docentes vivenciarem e acompanharem as mudanças dos modelos de saúde mental, as transformações da realidade sanitária local e participarem diretamente de atendimentos em saúde mental pelas equipes. E possibilita, ainda, integrar o ensino, junto com os alunos, às atividades exercidas pelos usuários, principalmente as de geração de renda, participar de conferências de saúde mental e da construção da política de saúde mental municipal.

Nessa referida atividade de extensão está o apontamento crítico da dificuldade, que envolve o PSF em relação à SM (avaliação de risco, como exemplo), em acompanhar as situações ideais e confrontá-las com as reais (avaliação de risco), dentro da realidade sanitária local. Tal situação representa uma interferência direta no ensino, pois o docente tem a vivência prática no ensino e não associa a extensão ao ensino e pesquisa.

As atividades de extensão, compreendidas como vivências que os docentes possuem a partir de sua participação e envolvimento na e com a comunidade e em órgãos de gestão, puderam ser vistas das formas seguintes. Os docentes que participaram, ao mesmo tempo, da comunidade e da realidade sanitária local vivenciaram as mudanças dos

⁴¹ De acordo com o portal saude.gov.br da internet (BRASIL, 2010e), os Ministérios da Saúde, da Educação e a Secretaria Nacional de Políticas Sobre Drogas – SENAD/GSI/PR, iniciam o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde – PET-Saúde/Saúde Mental - crack, álcool e outras drogas. Lançam a Portaria e Edital, publicados no Diário Oficial da União, para a seleção de projetos a serem desenvolvidos por Instituições de Educação Superiores (IES).

modelos de atenção em saúde mental, conheceram a rede de saúde e saúde mental do município. Pela vivência na rede sanitária optaram por locais onde as atividades teórico-práticas de saúde mental poderiam ser desenvolvidas e, também, contribuíram com a efetivação da política de saúde mental do município.

Os docentes que participaram de órgãos de gestão participaram da formulação de cursos e de capacitação para equipes de saúde em saúde mental e, com isso, conheceram a realidade sobre o preparo dos trabalhadores da saúde para atender em saúde mental. Essa participação em órgãos de gestão possibilitou observar as contradições do sistema de saúde, ao colocar uma política de saúde mental para os municípios, sem capacitações ou cursos de especializações. Permitiu, ainda, que esses docentes conhecessem os mecanismos de financiamento para a elaboração de cursos em saúde mental.

No entanto, surgem discursos de docentes que, ao buscarem formas de superar a maneira como a saúde mental é ofertada na rede sanitária local, distanciaram-se dos objetivos que envolvem a melhora do ensino da saúde mental nos cursos em que atuam.

Assim, há discursos que fazem críticas à Reforma Psiquiátrica por esta deixar as universidades à margem das transformações propostas e outros que criticam a esfera federal em relação às especializações e capacitações em saúde mental.

Nós fizemos uma articulação bem interessante, trabalhávamos com os médicos que não eram psiquiatras, com a câmara dos vereadores, com todas as autoridades e tínhamos uma autonomia. Ninguém mais seria internado na Colônia Santana se não passasse pela avaliação da enfermagem. [...] Começamos a fazer um trabalho contrário e passamos a montar um trabalho comunitário, sem a gente entender muito o que estava acontecendo a partir da reforma psiquiátrica, sem entender que o de volta para casa estava surgindo e bem antes do de volta para casa, nós implantamos o de volta para casa. (S5)

Eu acho que nós temos que começar a melhorar o município porque nós chegamos ao ponto da questão do fechamento de leitos e a Y. disse: 'é W. é o programa de redução de leitos, se você fecha leitos você abre leitos', se eu sou a favor do médio porte, como diz o secretário de saúde tentando falar aquele negócio todo, mas nós

tivemos que orientar uma paciente nossa de risco de suicídio, de duas tentativas com chumbinho e outro com medicação, com 18 anos a menina, sem estrutura de supervisão. Risco de suicídio não fura a fila, nem para avaliar pelo médico, risco de suicídio demora 2 semanas aqui dentro da nossa cidade, tu não consegue hospital, até aonde eu cheguei e disse para a mãe: ‘mãe sabe o quê que a senhora faz, amarra com uma corda, amarra um pedaço de pano no seu braço e no braço de sua filha, e assim faz para ela dormir e quando levantar...’. (S2)

Nós fizemos os cursos de maior necessidade da nossa região e foi feito um curso de saúde mental exatamente por toda esta dificuldade de não ter profissional, seja formado pela universidade X seja formado por qualquer outra instituição. Não é só da enfermagem, mas de diversas áreas profissionais que sejam habilitados para se trabalhar na saúde mental, porque esta área está deixando a desejar, nem os profissionais dos CAPS têm especialidade em saúde mental. (S7)

Eu acho assim, para o [município] no começo, em seguida com a E. [professora], nós trouxemos importantes contribuições para a assistência da saúde mental como um todo na nossa cidade. Nós tivemos um papel bem importante na criação e implantação do CAPS, e depois na combinação do próprio projeto de iniciação do Amigos da Saúde Mental que foi baseado.... (S2)

A contradição que envolve os discursos relacionados a atividades de extensão se dá pelo paradigma da Atenção Psicossocial não aparecer nos discursos dos docentes, quando esse mesmo paradigma orienta as práticas da Reforma Psiquiátrica, mesmo considerando os aspectos históricos dos expoentes.

Essa constatação fundamenta-se na passagem de Costa-Rosa (2000) ao incitar que, para se analisar a prática de Reforma Psiquiátrica se faz necessário utilizar o modo psicossocial, pois tendo a contradição como força motriz em suas análises, tem a possibilidade de apontar se uma prática está inserida no Modo Asilar ou no Modo Psicossocial. É o

paradigma psicossocial que confere se as práticas de RP estão dentro de um modelo ou de outro; logo, a ausência nos discursos dos docentes deste paradigma pode pressupor que as práticas de RP, tidas como norteadoras para o ensino, estejam conformando práticas menos transformadoras.

Parte-se, assim, do pressuposto que a RC envolve docentes e dirigentes em um campo tenso, com conflitos de interesses, inseridos em um contexto cujos atores sociais buscam conformar ou resistir as políticas neoliberais para a educação. O fato de vivermos em uma sociedade capitalista faz com que as investidas dessas políticas, nas universidades, tratem de interferir na autonomia destas.

Por um lado, as DCNs, como documento de linhas mestras para as instituições realizarem seus processos de RC, apontam, em seu art. 9º (Brasil, 2001, p. 5), que “o projeto pedagógico deverá buscar a formação integral adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência”. Por outro, o mesmo documento (DCNs), em seu art. 14, aponta que a estrutura do Curso de Graduação em Enfermagem deverá assegurar:

I - a articulação entre ensino, pesquisa e extensão/assistência, garantindo um ensino crítico, reflexivo e criativo, que leve à construção do perfil almejado, estimulando a realização de experimentos e/ou de projetos de pesquisa; socializando o conhecimento produzido, levando em conta a evolução epistemológica dos modelos explicativos do processo saúde-doença.

Desse modo, a visão docente pode ser crítica ou acrítica, quando encontra, na relação ensino, pesquisa e extensão, a possibilidade de se envolver com esses princípios indissociáveis. No entanto, a integração ou dissociação desses princípios não depende apenas do docente, depende também da forma como a instituição concebe e possibilita que ele desenvolva as atividades de ensino/pesquisa/extensão.

Para a instituição, essa indissociabilidade deve ser cumprida como regra, prevista legalmente na Constituição Federal Brasileira, em seu art. 207, bem como na Lei de Diretrizes e Bases da Educação.

Todavia, para formar alunos críticos e reflexivos, conduz o docente a fazer uso de sua autonomia para ter clareza das estruturas que envolvem o setor da Educação (Universidade e Políticas de Educação) e o setor da Saúde (SUS e políticas de saúde e saúde mental), pois o

Ministério da Saúde ordena a formação de profissionais da saúde inseridos, também, na Educação. No entanto, a ausência de reflexões sobre as estruturas, envolvendo a educação e a saúde, pode fazer com que o docente se distancie dos preceitos preconizados pelas leis que regem a universidade, ao valorizar um setor e se distanciar de outro. Logo, a organização do trabalho do enfermeiro-docente, na universidade, envolve a clareza que ele assume, estando na carreira docente, sobre os setores educação e saúde.

Assim, pode-se pensar que a ausência nos discursos dos docentes, em relação ao Modo Psicossocial na extensão, tem, do mesmo modo, que ser pensado dentro da relação ensino, pesquisa e extensão, considerando que mesmo a prática baseada na RP precisa ser problematizada/atualizada para ser relacionada com o desenvolvimento da teoria e da prática. Por sua vez, a pesquisa além de função universitária, quando aparece, está relacionada prevalentemente ao seu uso no ensino e raros discursos são sobre a pesquisa como atividade docente. Apenas um (1) docente relatou participar de grupos de pesquisa, mas não no campo da saúde mental.

Castro (2004) declara que a extensão contribui para o processo ensino-aprendizagem devida, principalmente, ao seu diferenciado método. Ela é feita de encontros entre alunos, professores, comunidade, possibilitando incorporar outros saberes e ampliar a reflexão sobre as práticas.

Loyola e Oliveira (2005) referem que o Ensino precisa da Pesquisa para estar inovado; e necessita, ainda, da Extensão para levar seus conhecimentos à comunidade e permitir a aplicação prática do saber. A extensão precisa dos conteúdos, dos educandos e dos docentes do ensino para ser efetivada; necessita da pesquisa para diagnosticar e oferecer soluções para problemas diversos, com os quais irá se deparar, exigindo atualizações, ao passo que se atualiza na medida em que é aplicada junto a sociedade. A Pesquisa depende do Ensino e da Extensão para difundir e aplicar sua produção e apontar novos rumos.

Contudo, o Ensino, a Pesquisa e a Extensão são atividades, para Loyola e Oliveira (2005), interdependentes, complementares e que precisam ser valoradas de forma equivalente nas atividades docentes e na universidade. A qualidade do formando depende, diretamente, do nível de desenvolvimento e da sintonia entre essas três áreas.

Por outro prisma, para manter a sintonia entre essas três áreas, é necessária uma concepção docente sobre a extensão compatível com o que a instituição pensa e materializa o que, nos discursos, se mostrou divergente, indicando, em alguns, que há docentes que realizam

extensão envolvendo alunos e a comunidade, e outros discursos que o projeto de extensão é desenvolvido apenas pelo docente.

Sampaio *et al.* (2006) afirmam, sobre a atividade de extensão na América Latina, que ela envolve uma dimensão diacrônica e uma concepção mais ampla do que seja o extensionismo. Para Rocha (2001), o extensionismo representa a ação decorrente do exercício da extensão universitária, em suas modalidades e funções, como cursos de extensão, assistência técnica, prestação de serviços, projetos comunitários, assessorias e consultas, elaboração de projetos e difusão de resultados de pesquisas.

O estudo de Castro (2004) aponta, a partir de uma revisão literária, que os trabalhos enfocam o processo de construção histórica da extensão, relacionado a sua inserção na universidade como terceira função. São raros os trabalhos que investigam as práticas desses projetos, suas influências no processo de formação discente, bem como a contribuição para o campo do conhecimento específico e as práticas consequentes.

Para Jezine (2006), a extensão universitária, como prática social, se diferencia em sua concepção filosófica e epistemológica porque sua prática é revestida por uma opção política de transformação. Exige envolvimento, e isso faz com que se rompam as dicotomias entre teoria-prática, senso-comum e conhecimento acadêmico, universidade-sociedade. Para a autora, entender a extensão é reconhecê-la como prática educativa-social, implicada no processo associativo ensino-pesquisa, que promove a evolução crítica do pensamento, sem perder as dimensões da realidade. A extensão deve ser concebida pela interação aluno, professor e sociedade como partícipes do projeto pedagógico do Curso, em que a crítica e a autonomia, mediadas pelo diálogo, sejam os pilares de sua ação; e a produção do conhecimento, o elemento propulsor da emancipação humana e social.

Nesta pesquisa, mostra-se que as atividades de extensão e extensionistas, realizadas pelos docentes, transformam o ensino de enfermagem em saúde mental ao romper com a forma tradicional e histórica de cuidar do sujeito do sofrimento apenas no manicômio. Esse fato implica diálogo e uma nova produção de ensino do cuidado, observado quando os docentes participaram da construção desse cuidado na e com a comunidade. Os docentes também registram que suas atividades contribuíram com a ampliação da política de saúde mental dos referidos municípios.

Assim, a extensão precisa conjugar-se com as políticas públicas e estar articulada com o projeto institucional de cada universidade, já que

a indissociabilidade tem que estar alicerçada no perfil do egresso que se queira formar. As atividades de Extensão, Ensino e Pesquisa têm de estar vinculadas com o núcleo epistemológico do curso (OLIVEIRA, 2004).

Alguns docentes destacaram que, ao participarem das políticas de educação permanente, através de cursos de capacitação em saúde mental para trabalhadores generalistas e especialistas, puderam constatar que, no campo da saúde mental, há dificuldades relacionadas à formação específica. Por um lado, a extensão permite ao docente relacionar o ensino do cuidado com a realidade sanitária local, ao vivenciar o cotidiano dos profissionais. Por outro, pode ampliar sua reflexão crítica para efetivar o perfil do egresso no ensino de enfermagem em saúde mental.

De outro ângulo, com a globalização, com a abertura do mercado e a privatização das instituições, surgem riscos ameaçadores, que distorcem a função da extensão, a qual, no lugar de prestar serviços às classes populares, passa a ceder espaço ao setor de venda de serviços, adquirindo *status* mercadológico. A autora comenta que a dimensão da extensão é diretamente proporcional à concepção de universidade que a própria instituição possui (JEZINE, 2006).

Essa realidade possível, aqui descrita, não foi referenciada ou observada nesta pesquisa. Dentre os achados sobre a atividade de extensão, há curso que a utiliza para atender a demanda da comunidade e realizar as atividades teórico-práticas de ensino. Os docentes comentam que a própria extensão está articulada com a realidade sanitária local, permitindo acompanhar os sujeitos em seus territórios. Desse modo, a relação docente-aluno-comunidade consolida, ainda mais, o processo de ensino-aprendizagem sobre o cuidado.

Rocha (2010) ressalta que a Extensão deve ser vista como dimensão funcional, que expressa a forma como é encarada essa terceira função da universidade; e como complementar, no tocante ao ensino e à pesquisa. A dimensão processual é tida como trajetória educativa, que se dá pela pesquisa, ensino e atendimento de outras demandas. A extensão deve representar, para a sociedade da qual faz parte, a fisionomia da universidade, indicando que o caráter de práxis extensionista não pode ser esquecido. Assim, a relação parceira com a sociedade tem de ser, pois, refletida. Afirma, ainda, que é tarefa de todos os universitários definirem a extensão como ação extensionista, fazendo-se necessária a atualização histórica, levando em consideração a memória.

A parceria com a sociedade, apontada pelos discursos dos docentes, foi exposta, principalmente, quando alguns realizaram

intervenções de enfermagem direta ao sujeito e à família, junto (e em momentos não) com a equipe de saúde da família. Essa parceria permite ao docente vivenciar a forma como o município organiza suas estruturas de respostas ao sujeito e à família. Relataram que durante as atividades de extensão na comunidade, a família se revelou como parceira no cuidado, pois em situações graves, como tentativas de suicídio, o atendimento encontra dificuldade.

Assim, a assistência pela extensão também é uma prática educativa de cuidado, tanto para o docente quanto para o aluno, pois a relação com as demandas possibilitam o empoderamento do cuidado, a partir do momento que, para a materialização deste, se exige uma clínica ampliada, mas de detalhe. Para cada ser um projeto único, irrepetível e com possibilidade de escolhas.

Entretanto, sendo a extensão apontada como uma atividade que amplia a capacidade crítica e reflexiva do docente sobre a realidade sanitária, surgida, porém, desintegrada ora do ensino ora da pesquisa; tida como terceira função da universidade; e, ao mesmo tempo, se esta mesma atividade é sinônimo da qualidade de produção universitária, que fatores levam a essa inequivalência entre a tríade universitária?

Há que considerar a forma como cada universidade dispõe as condições de trabalho docente, tais como, tipo de contrato, horas de trabalho e distribuição da carga horária para cada atividade. Essas atividades exigem planejamento, tempo para execução e avaliações respectivas. Considera-se, ainda, se o docente realiza atividades de graduação e pós-graduação, por tornar mais complexa a possibilidade de equivaler às atividades. Para Moita e Andrade (2005), a Extensão não tem sido levada em consideração por alguns docentes por entenderem que a ênfase na graduação é o Ensino e na pós-graduação é a Pesquisa.

De todo modo, a ênfase das atividades docentes, nesta pesquisa, foi dada em relação ao Ensino e Extensão, ficando a Pesquisa como complemento. A relação que os docentes fazem com a pesquisa depende do sentido que estes atribuem a ela. Por um lado, fazer pesquisa envolve tempo para estudo, elaboração de projetos, recursos financeiros/logísticos, rigor metodológico, produções com resultados e publicação, requerendo preparo, esforço e condições de trabalho. Por outro lado, a produção de pesquisas, buscadas/utilizadas no ensino e na extensão, serve de incentivo para investigar a realidade do ensino de enfermagem em saúde mental.

Moita e Andrade (2005), amparados em Freire e Boaventura Santos, enfatizam que a ausência de diálogo entre Ensino, Pesquisa e Extensão faz com que o cumprimento do papel da universidade, de

agência formadora, seja dificultado.

O diálogo permanente com as produções de conhecimento, com o processo ensino-aprendizagem e com as demandas sociais, constitui aspecto fundamental para a indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão. Envolver a comunidade universitária e a sociedade requer do docente rever suas atividades tridimensionais.

Para Loyola e Oliveira (2005), é na extensão que os enfermeiros podem fundamentar e complementar os conceitos e as teorias aprendidas no ensino, já que essa atividade permite a efetivação do aprendizado pela aplicação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que o ser humano sobrevive apenas porque é cuidado por outro ser humano, infere-se que o cuidado é uma condição humana. Nesse sentido, em sua complexidade como objeto de estudo da enfermagem, cuidado ao ser humano pode se revelar também como um estudo permanente de contradições, pois além de envolver aquele que cuida é pensado e materializado pelo enfermeiro/docente que é ser humano e, como tal, é complexo. Destarte, as contradições do ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental têm suas origens no próprio ser humano/docente que, inserido em estruturas sociais, depende da forma como é educado, como se educa e como educa seus educandos para suas superações.

A forma como os cursos de graduação em Enfermagem pensam e materializam o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental foi estudada nesta tese a partir da análise desse conteúdo, exposto nos Projetos Pedagógicos dos Cursos, nos Planos de Ensino e no discurso dos docentes que ministram o ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental, nos cursos mais antigos em instituições de ensino catarinenses. Para atingir esses objetivos foi procedida análise documental e dos dados resultantes dos Grupos de Discussão.

Em relação ao cuidado de enfermagem em saúde mental, nos documentos analisados verificou-se que esse tema está presente nos conteúdos das disciplinas/módulos em 21 (vinte e um) planos equivalentes a 20 cursos. Tal fato leva a entender que esse conteúdo é valorizado e ministrado pelos docentes, os quais buscam compartilhá-lo com os alunos. Entretanto, verificou-se que o cuidado ainda é repassado de modo mais voltado para o transtorno mental e para um modelo tradicional de psiquiatria. O desenvolvimento do conteúdo do cuidado revela que ele está imerso em aspectos históricos, éticos, legais, políticos da enfermagem psiquiátrica/saúde mental com o sujeito, família e comunidade.

A análise dos objetivos das disciplinas/módulos de saúde mental possibilita afirmar que o conteúdo do cuidado está norteado pela Reforma Psiquiátrica e orientado pela transição dos paradigmas manicomial/psiquiátrico e psicossocial, embora, mesmo assim, ainda se observa uma certa contradição sobre qual paradigma, efetivamente, rege o ensino nesses cursos.

O conteúdo do cuidado de enfermagem, presente nas competências e habilidades da disciplina/módulo de enfermagem

psiquiátrica e saúde mental, são incipientes de maneira geral. Desse modo é indiscutível a necessidade de aprofundamento deste tema, levando-se em conta que as DCNs referem em suas diretrizes um ensino baseado em conhecimento, competência e habilidade. Ainda assim há planos que apresentam o mesmo conteúdo do cuidado para a competência e para a habilidade como se os dois domínios fossem os mesmos, indicando aparente contradição. Mais que isso, então, faz-se necessário que os docentes conheçam as competências e as habilidades do ponto de vista histórico-crítico, para que, junto com enfermeiros da prática e alunos, elaborem esses domínios de forma compatível com a realidade do cuidado, no processo de ensino-aprendizagem.

Desenvolver o planejamento do ensino do cuidado, a partir de aspectos epidemiológicos, requer uma relação entre ensino-aprendizagem da prática educativa e um modelo de cuidado de enfermagem em saúde mental baseado em paradigmas, avaliado e coerente com a realidade local do SUS.

Diante da análise documental realizada, recomenda-se que as instituições, caso queiram, explicitem melhor a apresentação das informações dos Projetos Pedagógicos de Curso e Planos de Ensino, a fim de que docentes, discentes e pesquisadores possam ter perspectivas mais objetivas da intencionalidade do curso em relação às concepções teórico-metodológicas e da disciplina/módulo de saúde mental. Além disso, estariam evidenciando, de forma mais clara, como o conteúdo do cuidado de enfermagem em saúde mental é integrado no processo ensino-aprendizagem.

Em relação aos dados dos grupos de discussão, as análises foram realizadas e evidenciaram a ausência do paradigma de Atenção Psicossocial nos discursos dos docentes. Assim, as discussões pautadas nos discursos e nas interpretações contextualizaram as relações entre o docente e a instituição, a Reforma Curricular, o ensino do cuidado e de enfermagem em saúde mental, a atividade de pesquisa e extensão.

De maneira geral observou-se que a relação da autonomia institucional e a autonomia docente se dão em uma arena de conflitos. O Estado, por ser um dos atores sociais da formulação e execução de políticas, com uma ação definida e relativamente independente, segundo Torres (2003), oferece um espaço onde a política pública possa ser negociada e disputada ao estar envolvida por atores sociais. A Reforma Curricular, para ser compreendida, necessita ser estudada a partir dos motivos das reformas na política da educação, pois a reflexão e a crítica advindas desse processo possibilitam interpretar criticamente os conflitos entre docentes e dirigentes, nas instituições, principalmente

privadas. No entanto, para Torres (2003), essa compreensão exige, ainda, o conhecimento de uma teoria do Estado, pois as decisões políticas fundamentam-se, também, em critérios técnico-administrativos, os quais podem sofrer influência, inclusive, de organismos internacionais. A apropriação pelo docente de todo o processo da reforma curricular é necessária para poder agir criticamente com as partes (saúde mental) e formar um todo novamente (novo currículo).

A implicação docente com o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental requer valor e interpretação crítica das DCNs, visto que a ação do cuidar, a partir da disciplina Enfermagem, exige conhecimento científico e empírico do docente. Para que o aluno aprenda o cuidado, o docente deve ter como premissa valorizar e interpretar criticamente esse ensino do ponto de vista contextual, que envolve um processo pedagógico relacionado com a concepção de Reforma Psiquiátrica no SUS. O ensino do cuidado para uma formação generalista requer escolhas teórico-metodológicas compatíveis com a teoria da educação, da enfermagem e da saúde mental a partir da realidade local-SUS. Somam-se a essas escolhas o entendimento sobre o processo saúde mental-sofrimento/transtorno, que os paradigmas de atenção em saúde mental vigentes possuem, considerando que isso indica o cuidado de enfermagem a ser elaborado.

Contudo, a definição de saúde mental e de enfermagem psiquiátrica/saúde mental possui estreita relação com o tipo de currículo, com a integração dos docentes e com os demais campos do saber-fazer no curso. Isso implica a formação generalista para o campo da saúde, com vistas a incorporar a saúde mental na integralidade do cuidado, pois a decisão de enfermagem psiquiátrica/saúde mental é uma especialidade ou um núcleo do campo da saúde mental, ou os dois, reflete a articulação entre o campo da saúde mental com a saúde coletiva. Por sua vez, o paradigma de atenção psicossocial, como categoria analítica, possibilita problematizar a articulação entre os dois campos do saber para o nível de atenção primária com a proposta da Estratégia de Atenção Psicossocial. A contradição é que, mesmo na atenção básica em saúde, o ensino do cuidado amparado nas práticas de reforma psiquiátrica pode conformar o modelo manicomial de atenção. Quando essas reflexões são incipientes podem culminar na perda do foco da saúde mental no currículo, como aconteceu com um dos cursos relacionados na pesquisa, bem como influenciar o processo de sensibilização do aluno para integrar a saúde mental em seu cuidado à saúde.

O desenvolvimento do ensino do cuidado, como conteúdo específico, não foi apontado nos Grupos de Discussão, mas é manifestado e entendido que ele se desenvolve, intrinsecamente com os demais conteúdos. Sobre o ensino do cuidado de enfermagem através das atividades teórico-práticas pode ser visto que: a) o ensino do cuidado na prática para um curso depende dos diferentes cenários onde o mesmo é desenvolvido; b) o desenvolvimento das atividades e a busca por melhores oportunidades de ensino-aprendizagem nos cenários de prática dependem, também, das habilidades do docente que executa esse ensino; c) o foco do ensino do cuidado é o ser humano na sua totalidade, mas verificou-se que alguns cursos têm como prioridade, a atenção ao transtorno mental que esse ser possui. Assim, ficou evidente a contradição com aquilo que é previsto nas DCNs, isto é, preparar o enfermeiro para intervir sobre os problemas prevalentes no perfil epidemiológico local, a partir das dimensões biopsicossociais.

Depreende-se, desse modo, que o cuidado de enfermagem em saúde mental encontra no SUS o desafio para ser ensinado, pois sua complexidade envolve apropriação na integralidade, da atenção em saúde, da gestão do cuidado e dos serviços, do controle social e das avaliações sobre as transformações que esse cuidado leva ao sujeito do sofrimento. Necessita-se de um processo em que o docente busque por esclarecimentos sobre em que contexto teórico-metodológico, científico-político e ideológico resulta esta busca, denotando que para ensinar o cuidado ao mesmo tempo se enfrenta o desafio de um ensino voltado para a emancipação do aluno sobre a construção do conhecimento no processo de formação generalista. A Enfermagem como disciplina e a Saúde Mental como campo de conhecimento formado por núcleos, se colocam como algo novo e em construção.

Significa dizer, ainda, que a educação em enfermagem, ao conduzir o cuidado para transformações sociais, se fará com docentes interessados e que busquem investigar novos constructos paradigmáticos. E isso certamente demanda esforço, porque a possibilidade de a enfermagem se emancipar pelo estudo do cuidado exige refletir historicamente as contradições que envolvam o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental e as respectivas superações.

A própria participação docente nas formulações e decisões políticas, de forma organizada, coloca-se como um *plus* nas atividades docentes em relação ao processo de ensino-aprendizagem do cuidado. Essa construção exige uma organização da enfermagem, também correspondente à determinada ideologia. Refletir a formação do cuidado significa romper com mecanismos de controle, daí a crítica para sair da

adaptação, para formar (in)dependências no contexto social das profissões (ADORNO, 1995).

Sobre as atividades de pesquisa e extensão, sintetiza-se que o diálogo permanente com as produções de conhecimento, com o processo ensino-aprendizagem e com as demandas sociais, constitui-se aspecto fundamental para a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão. Ressalte-se que quanto a isso que, pelos discursos analisados neste estudo, se demonstrou incipiente.

De todo modo, a utilização do referencial teórico-filosófico desta tese nas análises dos Grupos de Discussão se mostrou limitada e coerente. Limitada porque para o setor da Educação há questões específicas relacionadas à estrutura, a dimensões e às atividades docentes, tendo apontado para que o pesquisador complementasse as análises com estudos oriundos da Educação e/em Enfermagem. Coerente porque o referencial possibilitou interpretar e analisar os discursos dos docentes sobre a prática do ensino do cuidado, com os modelos de atenção em saúde mental e os paradigmas vigentes, indicando as contradições existentes.

Nesse sentido, a perspectiva hermenêutica dialética foi um marco para este pesquisador ao possibilitar a identificação de contradições nos discursos e interpretações, que envolveram o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na formação do enfermeiro generalista, nos grupos de discussão.

Em síntese, afirma-se que existem contradições, a partir do objeto ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, que envolvem a formação do enfermeiro generalista na perspectiva do preconizado nas Diretrizes Curriculares Nacionais e no Processo de Reforma Psiquiátrica. Neste estudo, a busca pela superação das contradições apresentadas está de acordo com Morin (2010), baseado em Marx: Quem e como se educam os educadores de enfermagem para o campo da saúde mental? O início da resposta para essa interrogação, neste estudo, se dá pela necessidade de construção da autocrítica e da reflexão sobre o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, para ampliar as possibilidades de um ensino emancipador.

A relação de valor e consumo/produção que o docente faz com o ensino-aprendizagem do cuidado de enfermagem em saúde mental coloca-se também como perspectiva de análise. Contudo, o momento da superação das contradições encontradas nesta tese envolve dois aspectos provisórios e limitados. Primeiro, para o docente transformar o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental exige aprofundar sua atividade prática pela práxis. Isso implica: a) disposição individual a

partir de sua necessidade, desejo e demanda; b) perspectiva teórica da complexidade e crítica; c) que a instituição de ensino possibilite, através de cursos de atualização e educação permanente, a revitalização cotidiana do processo ensino-aprendizagem relacionada ao cuidado; d) que haja momentos de avaliações da forma como o ensino do cuidado é desenvolvido e integrado no currículo.

Segundo, para o pesquisador, sugere-se investigar e conhecer a práxis do processo ensino-aprendizagem do cuidado de enfermagem em saúde mental do docente. Entende-se que o objeto práxis do ensino do cuidado de enfermagem busca conhecer o desenvolvimento das práticas educativas e os modelos de cuidado, na formação voltada para o SUS.

Stein (1990) lembra o pensamento de Heidegger sobre Marx, ao mencionar que a práxis é determinada por certa teoria e que cunhou o conceito de produção como produção do homem por ele mesmo, ou seja, uma reprodução teórica do homem. Ao inverter o idealismo, Marx exige que ao ser seja dada a hegemonia, em face da consciência. Ser radical é agarrar as coisas pela raiz e a raiz é o próprio homem.

Por suposto, o ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental, ao ser exercido pelo docente, deve ser executado/avaliado dentro de uma interação entre ensino, pesquisa e extensão. Assim, o docente tanto é produtor como consumidor das produções científicas, a partir da sua prática docente. A tríade indissociável possibilita ao docente sedimentar e aperfeiçoar sua teoria e prática pedagógica, pois sua práxis pode favorecer a qualidade do ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental a si, ao aluno e a quem mais estiver envolvido. Portanto, a disciplina Enfermagem pode encontrar no cuidado a possibilidade de avançar suas discussões científicas ao utilizar este também como categoria analítica da práxis do enfermeiro assistencial e docente.

Conclui-se que o ensino do cuidado de enfermagem envolve um preparo para sua condição de contradição que aglutina crítica a ideologia no campo da saúde mental e práxis da atividade docente com vistas às transformações sociais e no SUS.

REFERÊNCIAS

- ADORNO, T. **Educação e emancipação**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995. p.169-186.
- ALENCASTRE, M. B. et al.. **Estudos sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental no Brasil**. Ijuí/RS: UNIJUÍ, 2000.
- ALMEIDA, M. J; BLEJMAR, B. Mudança Organizacional e Transformação Social. In: ALMEIDA, M. J; FEUERWERKER, L; LLANOS, M. (Org.). **A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança**. São Paulo: HUCITEC; Lugar Editorial; EDUEL, 1999, v. 1, p. 17-45.
- ALTHUSSER, L. et al. Verbete - Contradição. In: BOTTOMORE, T. (Org.) **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001b. p.79-80.
- ALVES, D. S; GULJOR, A. P. O cuidado em saúde mental. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da Integralidade**. Rio de Janeiro: HUCITEC; ABRASCO, 2004. p. 221-240.
- ALVES, D.S.N; VALENTINI, W. Política de Saúde Mental no Brasil. In: MORRALL, P.; HAZELTON, M. (Eds.) **Mental health: Global policies and human rights**. London: Whurr Publishers, 2003.
- AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. Saúde Mental, desinstitucionalização e novas estratégias de cuidado. In: GIOVANELLA, L; SCOREL, S; LOBATO, L.V.C. (Org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz - Cebes, 2008a. p. 735-759.
- _____. Cultura da formação: reflexões para a inovação no campo da saúde mental. In: AMARANTE, P; BRASIL, L. (Org.). **Saúde mental, formação e crítica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008b. p. 65-79.
- _____. Apostila do curso de especialização em saúde mental e atenção psicossocial. 2008c.
- _____. Reforma Psiquiátrica e Epistemologia. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 01, 2009.

ANDRADE, M.N; ARAÚJO, L.C; LINS, L.C. Estágio Curricular: avaliação de experiência. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 41, n. 1, p. 25-41, 1989.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. **ABEn e COFEN apresentam Agenda Propositiva para o Movimento em Defesa da Qualidade da Formação dos Profissionais da Enfermagem**. Disponível em: <<http://www.abennacional.org.br/index.php?path=281>>. Acesso em: 19 agosto 2010.

ARANHA 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. 441-449. 2005.

BABOR, T.F; HIGGINS-BIDDLE, J.C; SAUNDERS, J.B. et al. **AUDIT**: teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool: roteiro para uso em atenção primária. Ribeirão Preto: PAI-PAD, 2003. Disponível em: <<http://www.fmrp.usp.br/paipad/servicos/publicacoes/publicacoes.php>>. Acesso: 26 outubro de 2010.

BACKES, A; SILVA, R. P. G; RODRIGUES, R. M; Reformas curriculares no ensino de graduação em enfermagem: processos, tendências e desafios. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 2, n. 6, p. 223-230, 2007.

BARONI, D. P. M.; VARGAS, R.F.S; CAPONI, S.N. Diagnóstico como nome próprio. **Psicol. Soc.**, v. 22, n.1, p. 70-77, 2010.

BARROS, S. **O louco, a loucura e a alienação institucional**: o ensino de enfermagem psiquiátrica sub judice. São Paulo: USP, 1996. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

_____. Ensino de enfermagem psiquiátrica e reabilitação psicossocial. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. (Org.). **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 73-80.

_____. **Concretizando a transformação paradigmática em saúde mental: a práxis como horizonte para a formação de novos trabalhadores**. São Paulo: USP, 2004. Originalmente apresentada como Tese de Livre Docência, Escola de Enfermagem, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2004.

BASAGLIA, F. **Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

BECERRIL, L.C; GÓMEZ, B.A; ROJAS, A.M. e t al. **Cuidado profissional de Enfermería**. Federación Mexicana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Enfermería.1ª Reimpresión, junio 2010. p. 123-128.

BERNARDINO, E; OLIVEIRA, E; CIAMPONE, M.H.T. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 36-40, 2006.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996**. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília: MEC, 1996.

_____. Ministério da Educação. **Resolução CNE/CES nº3, de 07 de novembro de 2001**. Brasília: MEC, 2001.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nºs 1/92 a 39/2002 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nºs 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde Mental e Atenção Básica**: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Legislação em Saúde Mental**: 1990-2004. 5 ed. Brasília: MS, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. Brasília: OPAS, 2005a.

_____. Ministério da Saúde. **Pró-saúde**: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Brasília: MS/ME, 2005b.

_____. **Portaria nº 648, de 28 de março de 2006**. Dispõe sobre a regulamentação da Estratégia Saúde da Família. Brasília: 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 154/GM, de 24 de janeiro de**

2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Brasília: MS, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde Mental.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24134>. Acesso em: 07 agosto 2009a.

_____. Ministério da Educação. **Cadastro das instituições de educação superior.** Disponível em: <http://www.educacaosuperior.inep.gov.br/funcional/lista_cursos.asp>. Acesso em: 26 setembro 2009b.

_____. Ministério da Educação. **Resolução nº 4, de 6 de abril de 2009.** Dispõe sobre carga horária mínima e procedimentos relativos à integralização e duração dos cursos de graduação em Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Nutrição e Terapia Ocupacional, Bacharelados, na Modalidade Presencial. Brasília: MEC, 2009c.

_____. Ministério da Educação. **Sinopses Estatísticas para a Educação Superior.** Disponível em: <<http://www.educacaosuperior.inep.gov.br>>. Acesso em: 10 março de 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental em Dados.** 7, ano V, n. 7, 2010b. Informativo eletrônico. Disponível: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 02 agosto 2010.

_____. Ministério da Educação. **Lei nº 5.540, de 28 de novembro de 1968.** Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L5540.htm>. Acesso em: 20 janeiro 2010c.

_____. Ministério da Saúde. **Temário Oficial da IV Conferência Nacional de Saúde Mental. Ementas dos Eixos e Sub-Eixos Elaborados pela Comissão Organizadora.** Versão preliminar 1. 46p. Fechado em 30 de março de 2010d.

_____. Ministério da saúde. **Institui a Portaria nº 6, de 17 de setembro de 2010 sobre o Programa de Educação pelo Trabalho no âmbito da Atenção a Saúde/Saúde Mental.** Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=35353&janela=1>. Acesso em: 03 novembro 2010e.

CALLEJO, J. **El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación**. Barcelona: Editorial Ariel, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: Campo e Núcleo de Saberes e Práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000.

CAMPOS, R. T. O; GAMA, C. A. Saúde mental na Atenção básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (Org.). **Manual de práticas em atenção básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. p.221-246.

CAMPOY, M.A; MERIGHI, M.A.B; STEFANELLI, M.C. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 13, n. 2, p.165-172, 2005.

CARDOSO, T. V; LOYOLA, C.M.D; OLIVEIRA, R.M.P. Um entendimento linear sobre a Teoria de Peplau e os princípios da Reforma Psiquiátrica Brasileira. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, v. 10, p. 718-724, 2006.

CARMO, J.T; PUEYO, A.A. A adaptação do português do Fagerström test for nicotine dependence (FTND) para avaliar a dependência e tolerância à nicotina em fumantes brasileiros. **Rev Bras Méd**, v. 59, p. 73-80, 2002.

CARNEIRO, I. M. S. P; SILVA, H.G. Trabalho pedagógico e emancipação humana: a educação profissional à luz da teoria crítica. In: MORAES, S.E. (Org.). **Currículo e formação docente**. Campinas: Mercado Letras, 2008. p. 137-152.

CASTRO, L.M.C. A universidade, a extensão universitária e a produção de conhecimentos emancipadores. In: REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 27, 2004, Caxambu-MG. **Anais...** 2004. Disponível em: <http://www2.uerj.br/~anped11/>. Acesso em: 25 setembro 2010.

CATANI, A. M; OLIVEIRA, J. F; DOURADO, L. F. Política educacional, mudanças no mundo do trabalho e reforma curricular nos cursos de graduação no Brasil. **Educação e Sociedade**, São Paulo, v. XXVI, n. 75, p. 67-83, 2001.

CATANI, A. M. O papel da universidade pública hoje: concepção e função. **Jornal de Políticas Educacionais**, v. 4, p. 4-14, 2008.

CHAMMA, R.C. **Dilemas éticos encontrados no ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica**. São Paulo: USP, 2002. Originalmente apresentada com Tese de Doutorado em Enfermagem, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CHARLESTON, R; HAPPEL, B. Psychiatric Nurses and Undergraduate Nursing Students' Perceptions of Preceptorship in the Mental Health Setting. **The International Journal of Psychiatric Nursing Research**, v. 10, n. 3, 2005.

CHIANCA, T.C.M; MONTEIRO, B.E; VILLA, E.A; PASSOS, H.R. Repensando a realidade pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, v. 8, n. 1, p. 201-207, 2004.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Termo de Cooperação MEC**: Cofen opina oficialmente sobre cursos de Enfermagem. 2010a. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/5963>>. Acesso em: 20 novembro 2010.

_____. **Lei nº 7.498/86**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. 2010b. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em: 19 agosto 2010.

_____. **Decreto nº 94.406/87**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. 2010c. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4173>>. Acesso em: 19 fevereiro 2010.

_____. **Resolução COFEN nº 371/2010**. Dispõe sobre a participação do Enfermeiro na supervisão de estágio de estudantes dos diferentes níveis da formação de Enfermagem. 2010d. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4334>>. Acesso em: 10 novembro 2010.

COLLIÈRE, M-F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Líder, 1999. p. 229-233.

COLVERO, L.A; MACHADO, A.L. Cuidado da enfermagem em saúde mental: desafio da modernidade. In: JORGE, M.S.B; SILVA, W.V; OLIVEIRA, F.B. (Org.). **Saúde mental**: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. p. 67-71

COREN. Conselho Regional de Enfermagem de Santa Catarina.

Estatística dos Enfermeiros Cadastrados. Disponível em:
<<http://www.coren-sc.org.br/index.php?pagina=empresa/estatisticas>>.
Acesso em: 19 outubro 2010.

CORTES, J.M; KANTORSKI, L.P; WILLRICH, J.Q. et al. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental sob a lógica da atenção psicossocial. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, p. 1-12, 2010.

COSTA-ROSA, A. O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. In: AMARANTE, P. D. C. (Org). **Ensaaios, subjetividades, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000. p. 141-168.

_____. Atenção Psicossocial: rumo a um novo paradigma na Saúde Mental Coletiva. In: AMARANTE, P. (Org.). **Archivos de saúde mental e atenção psicossocial**. v. 2. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p.13-44.

COSTA-ROSA, A; LUZIO, C.A; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as premissas do Modo Psicossocial. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 12-25, 2001.

COSTA-ROSA, A; YASUI, S. Algumas notas para pensar a psiquiatria psicossocial. In: RABELO, I.V.M; TAVARES, R.C; FARIA, Y.R.A. (Org.). **Olhares - experiências de CAPS: Centros de Atenção Psicossocial**. Goiânia: Kelps, 2009. p. 123-137.

COSTA-ROSA, A. **Ética e clínica na atenção psicossocial**. Mimeo. 2010.

CUADRA, R.A; APALATEGUI, M.U. **Enfermería de salud mental y psiquiátrica**. 2 ed. Elsevier-Masson, 2001.

DELGADO, P.G.G; SCHECHTMAN, A; WEBER, R. et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil: Conferência Regional de Reforma dos serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. In: MELLO, M. F.; MELLO, A. A. F; KOHN, R (Org.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: ArtMed, 2006.

DENZIN, N.K; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa – teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

FERNANDES, J. D; FERREIRA, S. L; Santos, M. P; ROSA, D. S. et al. Estratégias para a implantação de uma nova proposta pedagógica na Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. **Revista**

Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 56, n. 4, p. 392-395, 2003.

FERNANDES, J. D. Diretrizes Curriculares Nacionais e Projetos Político-Pedagógicos na Enfermagem. In: TEIXEIRA, E; VALE, E. G; FERNANDES, J. D. et al.. (Org.). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**. Brasília: INEP/MEC, 2006. p. 41-54

FERNANDES, J. D; SADIGURSKY, D; SILVA, R.M.O. et al. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental e sua interface com a reforma psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 43, p. 962-968, 2009.

FERRAZ, C.A; NAKAO, J.R.S; MISHIMA, S.M. Enfermagem. In: VIEIRA, A.L.S; FILHO, A.A. (Org.). **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 65-87.

FEUERWERKER, L; ALMEIDA, M.J. Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos: é tempo de ação! **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília - DF, v. 56, n. 4, p. 351-352, 2003.

FREITAS, M.C; SILVA, L.F; GUEDES, M.V.C. O Curso de enfermagem da Universidade Estadual do Ceará - a história e o projeto político-pedagógico atual. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 385-387, 2003.

FUREGATO, A. R. F; SAEKI, T. Formando especialistas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental por mais de duas décadas. **Cadernos do IPUB**, Rio de Janeiro, v. VI, n. 19, p. 128-141, 2000.

GANONG, L. H. Integrative Reviews of Nursing. **Rev Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GASPARIN, J.L. **Uma didática para a pedagogia histórico-crítica**. 4 ed. Campinas: Autores Associados, 2007. p. 35-125.

GESTEIRA, E.C.R; TOBASE, L; TAKAHASHI, R.T. Revisão de literatura: a utilização da dramatização no ensino de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, p. 214-228, 2007.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GISI, M.L; ZAINCO, M.A.S. Universidade e construção do projeto político-pedagógico dos cursos. In SAUPE, R (Org.). **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**.

Florianópolis: UFSC, 1998. 306p. p.87-114.

GRAMSCI, A. et al. Verbete - Ideologia. In: BOTTOMORE, T. (Org.) **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001a. p.183-187.

GRANT, A. Undergraduate psychiatric nursing education at the crossroads in Ireland. The generalist vs. Specialist approach: towards a common foundation. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v. 13, p. 722–729, 2006.

GROSS, H.B; CASAGRANDE, L.D.R. Enfermagem psiquiátrica como disciplina de graduação em enfermagem no Brasil: uma visão de conjunto. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 225-234, dz. 1987.

HALLIDAY, J. L. **Psychosocial Medicine** – A study of the sick society. London: Medical Books, 1948. p.141-161.

HENRIQUES, R. L. M; ACIOLI, S. A Expressão do cuidado no processo de transformação curricular da FENF/UERJ. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. RJ: Hucitec/ Abrasco/ UERJ-IMS, 2004. p. 293-305.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estados**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/>>. Acesso em: 28 setembro 2009.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Santa Catarina**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sc>>. Acesso em: 19 outubro 2010.

ICN. International Council of Nurses. **Atlas: nurses in mental health 2007**. Disponível em: <<http://www.icn.ch/>>. Acesso em: 06 agosto 2009.

_____. Internacional Council of Nurses. ICN Regulation Series. **Framework of Competencies for the Nurse Specialist**. Geneva: ICN, 2009.

_____. Internacional Council of Nurses. **Desarrollar los recursos de enfermería para la Salud Mental**. 2004. Disponível em: <http://www.icn.ch/masters_mentalhearth04sp.html>. Acesso em: 06 janeiro 2010.

ISNP. International Society of Psychiatric-Mental Health Nurses.

Essentials of Psychiatric Mental Health Nursing in the BSN Curriculum: Collaboratively Developed by ISPN and APNA, (2007-2008) approved 5/2008. Disponível em: <<http://www.ispn-psych.org/docs/08CurricularGuidesUndergrad.pdf>>. Acesso em: 07 novembro 2010.

JEZINE, E. A extensão universitária como prática social. **Temas em Educação**, v. 15, p. 118-129, 2006.

JORGE, M.S.B; SILVA, W.V. Paradigmas da enfermagem em saúde mental para o terceiro milênio. In: JORGE, M.S.B; SILVA, W.V; OLIVEIRA, F.B. (Org.). **Saúde mental: da prática asilar psiquiátrica ao terceiro milênio**. São Paulo: LEMOS EDITORIAL, 2000. p. 117-124.

JÚNIOR, D.S.O; LEAL, E.M; LOUZADA, R. et al. A inclusão da subjetividade no ensino da psicopatologia. **Interface. Comunicação, Saúde e Educação**, v. 11, p. 207-222, 2007.

KANTORSKI, L. P; SILVA, G. B. **Ensino de enfermagem e reforma psiquiátrica**. Pelotas: UFPel, 2001. 241 p.

KANTORSKI, L. P.; SOUZA, J.; WILLRICH, J. Q. et al. Saberes e Estudos Teóricos em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre-RS, v. 25, n. 3, p. 408-419, 2004.

KANTORSKI, L. P.; PINHO, L. B. Nursing and teaching mental health care in Brazil. **International Journal of Psychosocial Rehabilitation**, v. 12, p. 23-35, 2008.

KIRSCHBAUM, D. I. R. O trabalho de enfermagem e o cuidado em saúde mental: novos rumos? In: LOYOLA, CM; ROCHA, R.M (Org.). **Por uma clínica de enfermagem psiquiátrica**. Rio de Janeiro, 2000. p.15-36.

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI**. 2 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

LENIN, V.I et al.. Mediação. In: BOTTOMORE, T. (Org.) **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001. p. 263-264.

LAPLANCHE; PONTIALIS, J. Verbete – Conflito Psíquico- **Vocabulário da Psicanálise**. 4 ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001. p. 89-92.

LEAL, E.M; JUNIOR, O.D.S; MUÑOZ, N.M. et al. Psicopatologia da autonomia: a importância do conhecimento psicopatológico nos novos dispositivos de assistência psiquiátrica. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, v. 9, p. 433-446, 2006.

LIBÂNEO, J.C. Os métodos de ensino. **Didática**. São Paulo: Cortez, 1994. p. 149-175.

LORO, F. C. C; MENDES, M. M. R. Comunicação na velhice: subsídios da literatura para a enfermagem. In Proceedings of the 8. **Brazilian Nursing Communication Symposium**, 2002, San Pablo, 2002.

LOYOLA, C.M.D. Notas Sobre Enfermagem Psiquiátrica. In: FIGUEIREDO, A. C.; TAVARES, M.; LEIBING, A.. (Org.). **Por uma psiquiatria inquieta**. Rio de Janeiro: Contra Capa, 2008. p. 90-97.

LOYOLA, C.M; OLIVEIRA, R. M. P. A universidade estendida: Estratégias de ensino e aprendizagem em enfermagem. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 429-433, 2005.

LUCCHESI, R. **A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro**. São Paulo: USP, 2005. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

LUIS, M. A. V; GRAY G. Mental health curriculum in nursing education: Brazil - World Health Organization. In: Shekhar Saxena; Thomas Barrett. (Org.). **Atlas Nurses in Mental Health**. Whashington: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, 2007. p. 27.

MACHADO, A.L; HELENE, L.M.F.; ROLIM, M.A. et al. O processo de cuidar de sujeitos excluídos socialmente na formação de graduandos de enfermagem. **Acta Paul Enf**, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 439-44, 2004.

MACHADO, T. M. R. Organização Curricular: Objetivos ou Competência e habilidades? Procurando a diferença entre 'seis e meia duzia'. In: REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM EDUCAÇÃO, 30, 2007, Caxambu. **Anais...** 2007. p. 1-15.

MACHADO, A.L; COLVERO, L.A. (Org.). **Saúde mental: texto de referência para auxiliares e técnicos de Enfermagem**. São Caetano do

Sul: Difusão Editora, 2009. 117 p.

MAFTUM, M.A; ALENCASTRE, M.B. Cenário da qualificação docente de enfermagem em saúde mental no Paraná. **Nursing** (São Paulo), v. 11, p. 404-410, 2008.

MAFTUM, M.A; ALENCASTRE, M.B; VILLELA, J. C. O ensino de saúde mental na graduação em enfermagem. **Nursing** (São Paulo), v. 12, p. 230-235, 2010.

MAIA, J.A. O Currículo no Ensino Superior em Saúde. In: BATISTA, N.A; BATISTA, S.H. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004. p. 102-133.

MALVÁREZ, S. **Proyecto Integral de Desarrollo de la Cátedra de Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Córdoba**. Proyecto de Cátedra presentado y aprobado en el concurso público de antecedentes y oposición para aplicar al puesto de Profesor Regular de la Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, 2000.

_____. **Enseñansa de la enfermería en Salud Mental en las Escuelas Universitárias de América Latina, 2005**. Trabajo de Tesis, Universidade Nacional de Córdoba, 2006.

_____. Promoción de la salud mental. RODRIGUEZ, J. (Org). **Salud Mental en la comunidade**. 2 ed. Washington: OPS, 2009. p.167-181

MANCEBO, D. Autonomia universitária: breve história e redefinições atuais. **Advir** (ASDUERJ), Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 19-23, 2006.

_____. Trabalho Docente: subjetividade, sobreimplicação e prazer. **Psicologia. Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 74-80, 2007a.

_____. Reforma da educação superior no Brasil: análises sobre a transnacionalização e privatização. **Revista Diálogo Educacional** (PUCPR), v. 7, p. 103-123, 2007b.

MARSHALL, Z; LUFFINGHAM, N. O enfermeiro especialista versus generalista. **Revista Nursing**, p. 30-34, jul. 1999.

MELIÁ, S (Org.). **Enfermería en salud mental: conocimientos, desafíos y esperanzas**. Montevideo: Oficina do livro, 2005. p. 19-33.

MELLO, M. F; KOHN, R; MARI, J. J. et al. La Epidemiologia de las Enfermedades Mentales in Brasil. In: RODRIGUEZ, J; KOHN, R;

AGUILAR-GAXIOLA, S. (Org.). **Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2009. p. 101-117.

MELLO, M. F; MELLO, A. A. F; KOHN, R. **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: ArtMed, 2006. 207 p.

MEYER, D.E.E; KRUSE, M.H.L. Acerca de diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: um início de reflexão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 335-339, 2003.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MIRANDA, C.L. **O parentesco imaginário**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UFRJ, 1994. 172 p.

MOITA, F.M.G.S.C; ANDRADE, F.C.B. A indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão: o caso do estágio de docência na pós-graduação. **Olhar de Professor (UEPG)**, Ponta Grossa - Paraná, v. 8, n. 2, p. 77-92, 2005.

MONTEIRO, A.R.M. A Saúde Mental como Tema Transversal no currículo de Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 04, p. 420-423, 2003.

MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. Pesquisa Qualitativa em Saúde Coletiva como instrumento de transformação social: uma proposta fundamentada no pensamento hermenêutico-dialético. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, 2011 [prelo].

MORIN, E. **Introdução ao pensamento complexo**. 3 ed. Porto Alegre: Sulina, 2007.

_____. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. 17 ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2010. p. 99-128

MOURÃO, L. C; MARTINS, R. C. B; VIEIRA, C. M. et al. Análise institucional e educação: reforma curricular nas universidades pública e privada. **Educação e Sociedade**, v. 28, p. 181-210, 2007.

MOYA, J.L.M. Fundamentación epistemológica de la Teoría del Cuidado. **Enfermería Clínica**, v. 4, n. 5, p. 221-232, 1994.

_____. Epistemologia y enfermería: paradigmas de la investigación en enfermería. **Enfermería Clínica**, v. 5, n. 1, p. 32-45, 1995.

_____. **La Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria en enfermería.** Barcelona: Laertes, 1999.

_____. **Deseo de Cuidar y voluntad de poder – ensinansa de la enfermería.** Barcelona: Edição de la Universidad de Barcelona, 2005.

MOYA, J.L.M; PRADO, M.L. El curriculum de enfermería como prototipo de tejné: racionalidad instrumental y tecnológica. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 18, p. 617-626, 2009.

MULLEN, A; MURRAY, L. Clinical placements in mental health: are clinicians doing enough for undergraduate nursing students? **Int Journal Ment Health Nurs**. v. 11, n. 1, p. 61-8, 2002.

NETO, D.L; TEIXEIRA, E.; VALE, E.G. et al. Aderência dos cursos de graduação em Enfermagem às diretrizes curriculares nacionais. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 6, p. 627-634, 2007.

NETO, D.L; TEIXEIRA, E; VALE, E.G. et al. Um olhar sobre as avaliações de Cursos de Graduação em Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, p. 46-53, 2008.

OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório sobre a Saúde no Mundo 2001. **Saúde mental: nova concepção, nova esperança.** Brasília: Gráfica Brasil, 2001a.

_____. **Atlas recursos de salud mental en el mundo 2001.** Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2001b. 55 p.

_____. **Promoción de la salud mental: conceptos, evidencia emergente, práctica: informe compendiado / un informe de la Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias en colaboración con la Fundación Victorian para la Promoción de la Salud (VicHealth) y la Universidad de Melbourne.** 2004. 71p.

_____. **Livro de Recursos Sobre Saúde Mental, Direitos Humanos e Legislação – Cuidar sim, excluir não.** Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2005.

OLIVEIRA, B. R. G; RODRIGUES, R. M; SCHNEIDER, J. F. et al. Avaliação e construção de um projeto político pedagógico para a graduação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília/DF, v. 56, p. 369-373, 2003.

OLIVEIRA, A.G.B; ALESSI, N. P. O Trabalho de Enfermagem em

Saúde Mental: contradições e potencialidades atuais. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 3, p. 333-372, mai./jun. 2003.

_____. Cidadania: instrumento e finalidade do processo de trabalho na reforma psiquiátrica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 191-203, 2005.

OLIVEIRA, C. H. Qual é o papel da extensão universitária? Algumas reflexões acerca da relação entre universidade, políticas públicas e sociedade. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO, II, 2004. **Anais**. 2004.

OLIVEIRA, A. G. B. Trabalho e cuidado no contexto da atenção psicossocial: algumas reflexões. **Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem**, v. 10, p. 694-702, 2006.

OLIVEIRA, A. G. B; MARCON, S. R. Modelo médico-psiquiátrico e psicossocial: implicações para o processo de trabalho de enfermagem em saúde mental. In: OLIVEIRA, A (org.) **Ensino de Enfermagem: temas e estratégias interdisciplinares**. v. 4. Cuiabá: UFMT, 2006. p.27-50.

OLIVEIRA, A. G. B; RIBEIRO, C. C.; RIBEIRO, L. A. A construção da assistência à saúde mental em duas unidades de Saúde da Família de Cuiabá-MT. **Cogitare Enfermagem**, v. 13, p. 548-557, 2008.

OLIVEIRA, W. F. Algumas reflexões sobre as bases conceituais da saúde mental e sobre a formação do profissional de saúde mental no contexto da promoção da saúde. **Saúde em Debate**, v. 32, p. 38-48, 2008.

OPAS. **Autocuidados en salud mental**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1996. 37 p.

PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**, v.32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PAIM, J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. ESCOREL, S; LOBATO, L.V.C; NORONHA, J.C. et al. (Org.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 547-576.

PEREIRA, I. B. Possibilidades de a avaliação produzir conhecimento para a formação em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p. 295-320.

_____. Educação dos trabalhadores: valores éticos e políticos do cuidado na saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** 2 ed. RJ: IMS/UERJ/CEPESQ/ABRASCO, 2009. p. 145-164.

_____. A formação docente na saúde e a questão do sofrimento, adoecimento e emoções na produção do cuidado. PINHEIRO, R; LOPES, T. C (Org.). **Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 169-186

PINHEIRO, R. Cuidado como valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R. (Org.); MATTOS, R.A. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor.** 2 ed. Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2009. p. 15-28.

_____. Cuidado em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio; Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde. (Org.). **Dicionário educação profissional em saúde.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. p. 73-76.

PINHEIRO, R; BARROS, F.S. Notas teóricas sobre noção de competência: discutindo cuidado e humanização na saúde. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M.E.; MATTOS, R.A. (Org.) **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas.** Rio de Janeiro: CEPESC - IMS/UERJ - ABRASCO, 2007. p.111-128.

PINTO, J.B.T; PEPE, A.M. A formação do enfermeiro: contradições e desafios à prática pedagógica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, p. 120-126, 2007.

PIRES, D. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.62, n.5, p. 739-744, 2009.

RAMOS, M. N. Pedagogia das Competências. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2 ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009a. p. 299-305.

_____. Currículo Integrado. In: PEREIRA, I. B.; LIMA, J. C. (Org.). **Dicionário da Educação Profissional em Saúde.** 2 ed. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009b. p. 114-124.

REIBNITZ, K.S; PRADO, M.L. Em busca de metodologias

pedagógicas ativas: possibilidades e desafios da metodologia problematizadora. In: _____. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006a. p. 225-239.

_____. Construindo o currículo por competência. In: _____. **Inovação e educação em enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2006b.

RENOVATO, R. D; BAGNATO, M.H.S; MISSIO, L. et al. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 7, p. 231-248, 2009.

REBEn. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 4, jul./ago. 2003.

ROCHA, R.M; KESTENBERG, C.C.F; OLIVEIRA, E.B. et al. Construindo um conhecimento sensível em saúde mental. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 378-380, 2003.

ROCHA, R.M.G. A construção do conceito de extensão universitária na América Latina. In: FARIA, D.S. (Org.). **Construção Conceitual da Extensão Universitária na América Latina**. Brasília: Universidade de Brasília, 2001. p.13-29

_____. **Contextualização da extensão universitária no processo de avaliação institucional**. Disponível em:

<http://www.prac.ufpb.br/anais/Icbeu_anais/anais/conferencias/contextualizacao.pdf>. Acesso em: 25 setembro 2010.

RODGERS, B.L; COWLES, K.V. A conceptual foundation for human suffering in nursing care and research. **Journal of Advanced Nursing**, n. 5, p. 1048-1053, 1997.

RODRIGUES, J. **Formação política dos integrantes de uma associação de usuários de um serviço de saúde mental**. 2005. 181 f. Florianópolis: UFSC, 2005. Originalmente apresentada como Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005a.

RODRIGUES, R.M. **Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil: contexto, conteúdo e possibilidades para a formação**. 2005. Campinas: UNICAMP, 2005. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado, Universidade de Campinas,

Campinas, 2005b.

RODRIGUES, R.M; BAGNATO, M.H.S. Diretrizes Curriculares da Graduação de Enfermagem: pensando contextos, mudanças e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 60, p. 507-512, 2007.

RODRIGUES, J; SANTOS, S.M.A; SPRÍCIGO, J.S. Competências e Habilidades esperadas de um recém-graduado em enfermagem para cuidar no campo da saúde mental: dados de uma revisão integrativa de literatura. In: ENCONTRO DE PESQUISADORES EM SAÚDE MENTAL E ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA, XI, 2010, Ribeirão Preto. **Anais...** Ribeirão Preto, 2010.

RODRÍGUEZ, J; KOHN, R; LEVAV, I. Epidemiologia de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. In: RODRÍGUEZ, J. (Org.) **Salud mental en la comunidad**. 2 ed. Washington: OPS, 2009. p. 27-37.

ROMAN, C.A. Los problemas profesionales generales de enfermería en el diseño curricular. **Rev Cubana Enfermer.**, v. 21, n.1, 2005.

ROSELLÓ, F.T. **Antropología del cuidar**. Barcelona: Instituto boja de bioética, 1998.

ROTELLI, F. **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SACRISTÁN, J.G. **O currículo: uma reflexão sobre a prática**. 3 ed. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

SAMPAIO, O. B; AZEVEDO, E.O; BATISTA, D.B. et al. Círculos de cultura: educação popular libertadora. Contextualização histórica da extensão e seus reflexos na sociedade brasileira. In: CONGRESSO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 3, 2006, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis, 2006.

SANTOMÉ, J.T. **A educação em tempos de neoliberalismo**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

SANTOS, B.S. **A universidade no século XXI: para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, E. F; MENESES, R. O; ASSIS, M. F. et al.. **Legislação de enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino**. Rio de Janeiro:

Atheneu, 2006. 367 p.

SANTOS, S.S.C. Perfil de egressos de Curso de Enfermagem nas Diretrizes Curriculares Nacionais: uma aproximação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, p. 217-21, 2006.

SAUPE, R. **Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção**. Florianópolis: UFSC, 1998. 306p.

SAVIANI. D. **História das idéias pedagógicas no Brasil**. 2ª ed. Campinas: Autores Associados, 2008. p.425-442.

_____. Pedagogia: o espaço da educação na universidade. **Cadernos de Pesquisa: Revista de Estudos e Pesquisa em Educação**, São Paulo (SP), v.37, n.130, p. 99-134, jan. 2007.

SILVA, G.B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA, W.V. Reflexões sobre o cuidar em saúde mental. In: JORGE, M. S. B.; SILVA, W. V.; OLIVEIRA, F. B. (Org.). **Saúde mental: da prática psiquiátrica asilar ao terceiro milênio**. São Paulo: Lemos Editorial, 2000, p. 81-92.

SILVA, T. C.; VIANNA, P. C. M; SILVEIRA, M. R. O tempo: uma questão no ensino da Enfermagem Psiquiátrica. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, v. 2, p. 323-330, 2007.

SILVA, R.P.G. **Currículo disciplinar ou integrado: contexto histórico de emergência, limites e possibilidades**. Cascavel: UNIOESTE, 2008a.

SILVA, C.R.L.D. **Concepções de saúde na formação em enfermagem em escolas de graduação do Estado de Santa Catarina e da Cidade do Porto em Portugal**. Florianópolis: UFSC, 2008b. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2008.

SILVEIRA, M. R; ALVES, M. O Enfermeiro na Equipe de Saúde Mental: o caso dos CERSAMS de Belo Horizonte. Rev. **Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, p. 645-651, set./out. 2003.

SILVEIRA, C. S; ZAGO, M. M. F. Pesquisa brasileira em enfermagem oncológica: uma revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, p. 614-619, 2006.

STEIN, E. **Seis estudos sobre “ser e tempo” (Martin Heidegger)**. 2

ed. Petrópolis: Vozes, 1990. p.103-132.

SONZOGNO, M. C. Metodologias no Ensino Superior: algumas reflexões. In: BATISTA, N.A.; BATISTA, S.H. (Org.). **Docência em saúde: temas e experiências**. São Paulo: SENAC, 2004. p. 75-84.

SOUZA, A. M. A. Problemas de investigación y diseños en estudios cualitativos. In: MERCADO, J. F.; GASTALDO, D.; CALDERÓN, C. (orgs.). **Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa en salud**. Guadalajara: Universidade de Guadalajara, 2002.

SOUZA, A.C.C; FILHA, M.J.M; SILVA, L.F. et al. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. 6, p. 805-807, 2006.

TAVARES, C. M. M. Atuação do enfermeiro de saúde mental no modo de atenção psicossocial. SANTOS, I; DAVID, H.M.S.L; SILVA, D; TAVARES, C.M.M. **Enfermagem e campos de prática em saúde coletiva - realidade, questões e soluções**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2008. p. 220-239.

TEIXEIRA, E; VALE, E. G; CUNHA, F. S. et al. O olhar do estudante para os cursos de graduação em enfermagem (ENADE/2004). In: TEIXEIRA, E; VALE, E.G; FERNANDES, J.D. et al. (Org.). **O ensino de graduação em enfermagem no Brasil: o ontem, o hoje e o amanhã**. Brasília: INEP/MEC, 2006, v., p. 69-96.

TERRA, M.G; GONÇALVES, L.H.T; SANTOS, E.K.A. et al. Sensibilidade nas relações e interações entre ensinar e aprender a ser e fazer enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, p. 203-209, 2010.

THORNICROFT, G; TANSELLA, M. **Boas práticas em saúde mental comunitária**. Barueri: Manole, 2010.

TIMOTEO, R.P.S; LIBERALINO, F.N. Reflexões acerca do fazer pedagógico a partir de referências e diretrizes educacionais para a formação em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 358-360, 2003.

TORRES, C.A. **Teoria crítica e sociologia política da educação**. São Paulo: Cortez, 2003. p.103-144.

VASCONCELOS, E.M. **Complexidade e pesquisa interdisciplinar: epistemologia e metodologia operativa**. Petrópolis: Vozes, 2002.

_____. **Abordagens psicossociais: histórias, teoria e prática no campo.** v. I. São Paulo: Hucitec, 2008.

_____. **Karl Marx e a subjetividade humana.** v. III. São Paulo: Hucitec, 2010a. p. 46-50.

_____. **Karl Marx e a subjetividade humana.** v. I. São Paulo: Hucitec, 2010b. p. 82-95.

VASCONCELOS, E.M; RODRIGUES, J. Organização de Usuários e Familiares em Saúde Mental no Brasil – Uma contribuição para a IV Conferência Nacional de Saúde Mental. In: VASCONCELOS, E.M (Org.). **Desafios políticos da reforma psiquiátrica brasileira.** São Paulo: Hucitec, 2010. p.141-162.

VIEIRA, A.L.S; FILHOS, A.A; OLIVEIRA, S.P. et al. Panorama das Graduações em Saúde no Brasil - 2003. In: VIEIRA, A.L.S; FILHO, A.A. (Org.). **Dinâmica das graduações em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. p. 25-38.

XAVIER, C; GUIMARAES, C. C. Uma semiótica da integralidade o signo da integralidade e o papel da comunicação. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade.** Rio de Janeiro: Hucitec - IMS - UERJ - Abrasco, 2004. p. 133-155.

YASUI, S. **Rupturas e encontros: desafios da Reforma Psiquiátrica Brasileira.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. Originalmente apresentada como Tese de Doutorado em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

_____. A atenção psicossocial e os desafios do contemporâneo: um outro mundo é possível. **Cadernos Brasileiros de Saúde Mental**, v. 1, p. 1-9, 2009.

YASUI, S; COSTA-ROSA, A. A Estratégia Atenção Psicossocial: desafio na prática dos novos dispositivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, v. 32, p. 27-37, 2008.

ZABALA, A. **A prática educativa.** Como ensinar. Porto Alegre: ArtMed, 1998.

ZEM-MASCARENHAS, S. H; BERETA, M. I. R. Participando da construção de um projeto pedagógico da enfermagem: um relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 437-442, 2005.

WAIDMAN, M. A. P; ELSESEN, I; MARCON, S.S. Possibilidades e limites da teoria de Joyce Travelbee para a construção de uma metodologia de cuidado à família. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 8, p. 282-291, 2006.

WITT, R.R; ALMEIDA, M.C.P. Competências dos profissionais de saúde no referencial das funções essenciais de saúde pública: contribuição para a construção de Projetos Pedagógicos na Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 4, p. 433-438, 2003.

WHO. World Health Organization. **A User's Guide to The Self-Reporting Questionnaire**. Division of mental Health, World Health Organization. Geneva: WHO, 1994.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Descritores, Estratégias e Bases de Dados

LILACS/BDENF

Estratégia 1

Base de dados: LILACS - currículo or ensino or educação superior OR diretrizes [Descritor de assunto] and enfermagem or enfermagem psiquiátrica OR educação em enfermagem OR saúde mental [Descritor de assunto] and "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" [País, ano de publicação]

Total de referências: **206**

Estratégia 2

Base de dados: LILACS - ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA/ED [Descritor de assunto] or (enfermagem psiquiátrica AND educação em enfermagem) [Descritor de assunto] and "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" [País, ano de publicação]

Total de referências: **30**

Estratégia 3

Base de dados: LILACS - "ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA" [Descritor de assunto] and "2002" or "2003" or "2004" or "2005" or "2006" or "2007" or "2008" or "2009" [País, ano de publicação]

Total de referências: **187**

SciELO

SciELO ORG: (currículo OR ensino OR "educação superior" OR diretrizes) AND (enfermagem OR "educação em enfermagem" OR "enfermagem psiquiátrica" OR "saúde mental")

Total de referências: **313**

SciELO.br: "enfermagem psiquiátrica" OR "saúde mental" [Todos os índices] and currículo OR educação OR ensino OR diretrizes [Todos os índices] and 2002 or 2003 or 2004 or 2005 or 2006 or 2007 or 2008 or 2009 [Ano de publicação]

Total de referências: **50**

Scielo.br: "ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA" [Todos os índices] and 2002 or 2003 or 2004 or 2005 or 2006 or 2007 or 2008 or 2009 [Ano de publicação]

Total de referências: **58**

Obs: Não foi utilizado o descritor enfermagem psiquiátrica/ED porque a base não aceita qualificadores. No caso o ED é referente à educação.

SCOPUS

Estratégia 1

TITLE-ABS-KEY ("Education, Nursing" AND ("psychiatric nursing" OR "mental health")) AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2008) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2007) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2006) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2005) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2004) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2003) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2002)) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar") OR LIMIT-TO (DOCTYPE, "re")) - 20 May 2009

450 Scopus

Estratégia 2

"education nursing" AND "mental health" AND curriculum AND "psychiatric nursing" AND undergraduate AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2009) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2008) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2007) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2006) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2005) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2004) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2003) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2002) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) 20 May 2009

56 Scopus

Estratégia 3

"education nursing" AND curriculum AND "psychiatric nursing" AND undergraduate AND (LIMIT-TO (PUBYEAR, 2009) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2008) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2007) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2006) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2005) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2004) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2003) OR LIMIT-TO (PUBYEAR, 2002)) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE, "ar")) 20 May 2009

70 Scopus

CINAHL - (MH "education, undergraduate" OR MH "curriculum") and (MH "psychiatric nursing" OR MH "mental health")

Todos os resultados: **1-10 de 90**

PuBMed

Estratégia 1

(nursing OR psychiatric nursing AND (("2002"[PDat]: "2009"[PDat]) AND (adult[MeSH]) AND (curriculum OR Teaching OR education, nursing AND (("2002"[PDat] : "2009"[PDat]) AND (adult[MeSH]) AND nursing care

Itens: 1 - 20 de 662

Estratégia 2

(psychiatric nursing/ED AND ("2002"[PDat]: "2009"[PDat]) AND (adult[MeSH]) OR (Education, Nursing AND psychiatric nursing AND (("2002"[PDat]: "2009"[PDat]) AND (adult[MeSH]))

Itens: 1 - 20 de 165

ERIC

Estratégia 1

(Keywords: *"Nursing Education"*) and (Keywords: *curriculum*) and (Keywords: *mental* OR Keywords: *psychiatric*)

Itens: 4

Estratégia 2

(Thesaurus Descriptors: *"Nursing Education"*) and (Thesaurus Descriptors: *curriculum*) Parte inferior do formulário - 3

Estratégia 3

((Thesaurus Descriptors: *Curriculum* OR Thesaurus Descriptors: *teaching* OR Thesaurus Descriptors: *"Undergraduate Students"* OR Thesaurus Descriptors: *"Undergraduate Study"*) and (Thesaurus Descriptors: *"Nursing Education"* OR (Thesaurus Descriptors: *Nursing* AND Thesaurus Descriptors: *curriculum*)) and (Thesaurus Descriptors: *"Mental Health"* OR Thesaurus Descriptors: *psychiatry*))

Itens: 2

Estratégia 4

((Thesaurus Descriptors: *"Undergraduate Students"* OR Thesaurus Descriptors: *"Undergraduate Study"*) and (Thesaurus Descriptors: *"Nursing Education"* OR (Thesaurus Descriptors: *Nursing* AND Thesaurus Descriptors: *curriculum*)) and (Thesaurus Descriptors: *"Mental Health"*))

Itens: 1

APÊNDICE B - Identificação dos artigos utilizados na revisão integrativa de literatura

Identificação Artigo	Referência Completa
A1	ADEJUMO O, EHLERS VJ. Methodological challenges encountered in conducting a comparative study of psychiatric nursing education approaches in two African countries: Botswana and Nigeria. <i>Arch Psychiatr Nurs</i> . 2002 Apr;16(2):86-93. PMID: 11925576
A2	AVANCI Rde C, MALAGUTI SE, Pedrão LJ. [Authoritarianism and benevolence towards mental illness: study with beginning a nursing program] [Article in Portuguese]. <i>Rev Lat-Am Enfermagem</i> . 2002 Jul-Aug;10(4):509-15.
A3	CHIEN WT, CHAN SW, MORRISSEY J. The use of learning contracts in mental health nursing clinical placement: an action research. <i>Int Jour Nurs Stud</i> . 2002 Sep;39(7):685-94. PMID: 12231025
A4	KANTORSKI, LP; SCATENA, MCM. A Reabilitação Psicossocial: abordagem no ensino de enfermagem. <i>Revista de Enfermagem da UERJ</i> , Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.226-230, set/dez. 2002.
A5	MAFTUM, M.A.; ALENCASTRE, M.B. A prática e o ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Brasil: Questões para Reflexões. <i>Cogitare Enfermagem</i> ; Curitiba, v.7, n.1, p.61-67, jan./jun. 2002.
A6	MINARIK PA, NEESE JB. Essential educational content for advanced practice in psychiatric consultation liaison nursing. <i>Arch Psychiatr Nurs</i> . 2002 Feb;16(1):3-15.
A7	MULLEN A, MURRAY L. Clinical placements in mental health: are clinicians doing enough for undergraduate nursing students? <i>Int J Ment Health Nurs</i> . 2002 Mar;11(1):61-8. PMID: 12400109
A8	MUNNUKKA T, PUKURI T, LINNAINMAA P, KILKKU N. Integration of theory and practice in learning mental health nursing. <i>J Psychiatr Ment Health Nurs</i> . 2002 Feb;9(1):5-14. PMID: 11896851
A9	PEDRÃO, L.J; AVANCI, R.C; MALAGUTI, S.E. Perfil das atitudes de alunos do curso de enfermagem frente a doença mental, antes da influência da instrução acadêmica, proveniente de disciplinas de área específicas. <i>Rev. Latino-americana em enfermagem</i> . 2002. novembro-dezembro; 10(6): 794-9.
A10	SAAR, S.R.da C.; BASTOS, M.A.R. O currículo do curso de graduação em enfermagem da escola de enfermagem da UFMG em avaliação: analisando os programas das disciplinas. <i>Rev. Min. Enf</i> . 6(1/2):21-29, jan./dez.,2002.
A11	TAVARES, C.M. A educação artística na formação da enfermeira em saúde mental. <i>Rev Enfr. UERJ</i> , Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.243-246, set./dez.2002.
A12	KANTORSKI, L.P; PINHO, L.B; SCHRANK, G.. O relacionamento terapêutico. <i>R Enferm UERJ</i> 2003; 11:201-7. •
A13	MONTEIRO ARM. Saúde mental como tema transversal. no Currículo de Enfermagem. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> 2003;56(4):420-3.
A14	Saúde Mental: reconstruindo saberes em enfermagem. <i>Rev Bras Enferm</i> . 2003;56(1):67-70.
A15	PEDRÃO, L.J; AVANCI, R.C; MALAGUTI, S.E; AGUILERA, A.M.S. Atitudes frente à doença mental: estudo comparativo entre ingressantes e formados em enfermagem. <i>Medicina, Ribeirão Preto</i> , 36:37-44, jan./mar. 2003.
A16	ROCHA, R.M; KESTENBERG, C.C.F; OLIVEIRA, E.B; SILVA, A.V; NUNES, M.B. Construindo um conhecimento sensível em saúde mental. <i>Rev Bras Enferm, Brasília (DF)</i> 2003 jul/ago; 56(4):378-380.
A17	MELO e SOUZA, C.B.M.; ALENCASTRE, M.B. A formação do enfermeiro psiquiátrico e a pesquisa em enfermagem: algumas considerações teóricas. <i>Acta Paul Enf</i> . V. 16, n. 1, jan./mar, 2003.

A18	ESPERIDIAO, Elizabeth and MUNARI, Denize Bouttelet. Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. <i>Rev. Esc. Enferm. USP</i> [online]. 2004, vol.38, n.3, pp. 332-340. ISSN 0080-6234.
A19	Kantorski LP, Souza J, Willrich JQ, Mielke FB, Pinho LB. Saberes e estudos teóricos em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. <i>Rev Gaúcha Enferm</i> , Porto Alegre (RS) 2004 dez;25(3):408-19.
A20	LABATE, R.C.; SCATENA, M.C.M.; FUREGATO, A.R.F. Primeiro encontro dos alunos de enfermagem com os usuários de um núcleo de atenção psicossocial - NAPS. <i>Ciência, Cuidado e Saúde</i> . Maringá, v. 3, n. 1, p. 33-40, jan./abr. 2004
A21	MACHADO, A.L; HELENE, L.M.F; ROLIM, M.A; COLVERO, L.A. O processo de cuidar de sujeitos excluídos socialmente na formação de graduandos de enfermagem. <i>Acta Paul Enf</i> , São Paulo, v. 17, n. 4, p. 439-44, 2004.
A22	SILVA ATM, SOUZA JS, SILVA CC, NÓBREGA MML, OLIVEIRA Filha M, BARROS S. BRAGA JE.. Formação de enfermeiros na perspectiva da Reforma Psiquiátrica. <i>Rev Bras Enferm</i> , Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):675-8.
A23	WHEELER, K. GREINER, L. Integrating Education and Research in an APRN Mental Health Services Program. <i>Journal Of Community Health Nursing</i> .. 2004, Vol 21; Number 3, pages 141-152
A24	CAMPOY, Marcos Antonio; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa and STEFANELLI, Maguida Costa. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> [online]. 2005, vol.13, n.2, pp. 165-172. ISSN 0104-1169.
A25	CARRARO, Telma Elisa; RASSOOL, Goolan Hussein; LUIS, Margarita Antonia Villar. A formação do enfermeiro e o fenômeno das drogas no Sul do Brasil: atitudes e crenças dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado. <i>Rev. Latino-Am. Enfermagem</i> [online]. 2005, vol.13, n.spe, pp. 863-871. ISSN 0104-1169.
A26	CHARLESTON, R; HAPPEL, B. Psychiatric Nurses and Undergraduate Nursing Students' Perceptions of Preceptorship in the Mental Health Setting. <i>The International Journal of Psychiatric Nursing Research</i> . May 2005: Vol 10 - Issue3.
A27	HAPPEL, Brenda; PLATANIA-PHUNG, Chris. Mental health issues within the general health care system: The challenge for nursing education in Australia. <i>Nurse Education Today</i> . (2005) 25, 465-471.
A28	KANTORSKI, Luciane Prado; PINHO, Leandro Barbosa de; SAEKI, Toyoko; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello e. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendências no Estado de São Paulo. <i>Rev Esc Enferm USP</i> 2005; 39 (3): 317-324
A29	MADIANOS, Michael G.; PRIAMI, Maria; ALEVISOPOULOS, George, KOUKIA, Evmorfia; ROGAKOU, Efi. Nursing students' attitude change towards mental illness and psychiatric case recognition after a clerkship in psychiatry. <i>ssues in Mental Health Nursing</i> , 26: 169-183, 2005.
A30	MAHONEY, Jane S., MARFURT, Stephanie; CUNHA, Miguel; ENGBRETSON, Joan. Design and Evaluation of an Online Teaching Strategy in an Undergraduate Psychiatric Nursing Course. <i>Archives of Psychiatric Nursing</i> , vol 19, n.6 (december), 2005: pp 264-272.
A31	STUHLMILLER, Cynthia. Rethinking mental health nursing education in Australia: A case for direct entry. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> (2005) 14, 156-160.
A32	SURGENOR, Lois J., DUNN, Janet; HORN, Jacqueline. Nursing student attitudes to psychiatric nursing and psychiatric disorders in New Zealand. <i>Internacional Journal of Mental Health Nursing</i> (2005) 14, 103-108.

A33	WOOD, Steve. The experiences of a group of pre-registration mental health nursing students. <i>Nurse Education Today</i> (2005) 25, 189-196.
A34	BARROS, Sônia, LUCCHESE, Roselma. Problematicando o processo ensino aprendizagem em enfermagem em saúde mental. <i>Trabalho, Educação e Saúde</i> , v.4 n.2, p. 337-354, 2006.
A35	GRANT, A. Undergraduate psychiatric nursing education at the crossroads in Ireland. The generalist vs. Specialist approach: towards a common foundation. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> , 2006, 13, 722-729.
A36	KANTORSKI, Luciane Prado; PINHO, Leandro Barbosa de; SAEKI, Toyoko; SOUZA, Maria Conceição Bernardo de Mello E. Expectativas de docentes sobre o ensino do cuidado em saúde mental. <i>Revista Eletrônica de Enfermagem</i> 2006; 8(3): 363-369. Available from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a07.htm
A37	MUNARI, Denise Bouttelet; GODOY, Maria Tereza Hagen; ESPERIDIÃO, Elizabeth. Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental na faculdade de enfermagem da universidade federal de Goiás. <i>Rev Esc Anna Nery R Enferm</i> 2006 dez; 10 (4): 684-693
A38	WAITE, R. The psychiatric educational experiences of advance beginner RNs. <i>Nurse Education Today</i> (2006) 26, 131-138.
A39	CAVALHERI, S.C; MERIGHI, M.A.B; JESUS, M.C.P. A constituição dos modos de perceber a loucura por alunos e egressos do Curso de Graduação em Enfermagem: um estudo com o enfoque da Fenomenologia Social. <i>Revista Brasileira de Enfermagem</i> , Brasília 2007 jan-fev; 60(1): 9-14.
A40	CURTIS, J. Working together: A joint initiative between academics and clinicians to prepare undergraduate nursing students to work in mental health settings. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> . (2007) 16, 285-293.
A41	GASS, J; MCKIE, A; SMITH, I; BROWN, A; ADDO, M. An examination of the scope and purpose of education in mental health nursing. <i>Nurse Education Today</i> (2007) 27, 588-596.
A42	GILJE, F.L; KLOSE, P.M.E; BIRGER, C.J. Critical Clinical Competencies in Undergraduate Psychiatric-Mental Health nursing. <i>Journal of nursing Education</i> 46 (11), pp. 522-526.
A43	HENDERSON, S; HAPPELL, B; MARTIN, T. So what is so good about clinical experience? A mental health nursing perspective. <i>Nurse Education in Practice</i> 7 (3), pp. 164-172.
A44	HENDERSON, S; HAPPELL, B; MARTIN, T. Impact of theory and clinical placement on undergraduate students' mental health nursing knowledge, skills, and attitudes. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> 16 (2), pp. 116-125.
A45	KANTORSKI, L.P; PINHO, L.B; SCHRANK, G. O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental - um estudo a partir da produção científica da enfermagem. <i>Rev Enferm UFPE On line</i> . 2007; 1 (2): 225-8.
A46	OLIVEIRA, E.B; KESTENBERG, C.C; SILVA, A.V. Saúde Mental e o ensino sobre drogas na graduação em enfermagem: as metodologias participativas. <i>Rev Esc Anna Nery Enferm</i> 2007 dez; 11 (4): 722-727.
A47	REINALDO, A.M.S; PILLON, S.C. História da enfermagem psiquiátrica e a dependência química no Brasil: atravessando a história para reflexão. <i>Rev Esc Anna Nery R Enferm</i> 2007 dez; 11 (4): 688-693.
A48	SILVA, T.C; VIANNA, P.C.M; SILVEIRA, M.R. O Tempo: Uma questão no ensino da enfermagem psiquiátrica. <i>REME - Rev. Min. Enferm</i> ; II (3): 323-330, jul/set, 2007.
A49	RASSOL, G.H; RAWAF, S. Predictors of educational outcomes of undergraduate nursing students in alcohol and drug education. <i>Nurse Education Today</i> (2008) 28, 691 - 701.

A50	HAPELL, B. The importance of clinical experience for mental health nursing – Part 1: Undergraduate nursing students’ attitudes, preparedness and satisfaction. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> 17 (5), pp 333-340.
A51	HAPELL, B. The importance of clinical experience for mental health nursing – Part 2: Relationships between undergraduate nursing students’ attitudes, preparedness, and satisfaction. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> (2008) 17, 326 - 332.
A52	HAPELL, B. Clinical experience in mental health nursing: Determining satisfaction and the influential factors. <i>Nurse Education Today</i> (2008) 28, 849-855.
A53	HAPPELL B; ROBINS, A; GOUGH, K. Developing more positive attitudes towards mental health nursing in undergraduate students: part 2 - The impact of theory and clinical experience. <i>Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing</i> 2008 15 (7), pp. 527-536.
A54	PATTERSON, C; CURTIS, J; REID, A. Skills, knowledge, and attitudes expected of a newly-graduated mental health nurse in an inpatient setting. <i>International Journal of Mental Health Nursing</i> 2008 17 (6), pp.410-418.
A55	PERES, M.A.A; BARREIRA, I.A. Uma nova enfermagem psiquiátrica na Universidade do Brasil nos anos 60 do século XX. <i>Rev Esc Enf Anna Nery</i> 2008 mar; 12 (1): 108-114.
A56	PERGOLA, A.M; GARCIA, A.P.R.F. O aprendizado da construção de caso clínico em saúde mental. <i>Revista da Escola de Enfermagem da USP</i> v.42 n.2 São Paulo jun. 2008.
A57	SILVA, E.C; FUREGATO, A.R.F; GODOY, S. Estudos de casos clínicos em saúde mental por meio de discussão on-line. <i>Revista Latino-Am Enfermagem</i> 2008 maio-junho; 16(3) www.eerp.usp.br/riac
A58	SIMPSON, A; REYNOLDS, L; LIGHT, I; ATTENBOROUGH, J. Talking with the experts: Evaluation of an online discussion forum involving mental health service users in the education of mental health nursing. <i>Nurse Education Today</i> (2008) 28, 633-640.
A59	MIDDLETON, L; UYS, L. A social constructionist analysis of talk in episodes of psychiatric student nurses conversations with clients in community clinics. <i>Journal of Advanced Nursing</i> 2009 65(3), 576-586.
A60	BARROS, S; Lucchese, R. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. <i>Rev Esc Enferm USP</i> 2009; 43(1): 152-160 www.ee.usp.br/reusp/

APENDICE C - Identificação das teses utilizadas na revisão integrativa de literatura

Identificação Tese	Referência Completa da Tese
T1	CHAMMA, Rita de Cássia. Dilemas éticos encontrados no ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica. 2002. 146 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.
T2	CAMPOY, Marcos Antonio. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. 2003. 146 f. Tese (Doutorado) - Departamento de Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
T3	CAVALHERI, Silvana Chorratt. A constituição dos modos em perceber a loucura por alunos egressos do curso de graduação em enfermagem: um estado com enfoque da fenomenologia social. 2003 214p. Tese (Doutorado). Universidade de SÃO PAULO – ENFERMAGEM.
T4	PINTO, Joelma Batista Tebaldi. A formação do enfermeiro anos 2000: contradições e desafios à prática pedagógica. 2003. 351p. Tese (Doutorado). Universidade Federal da Bahia – Educação.
T5	MAFTUM, Mariluci Alves. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica no Paraná. 2004. 152p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo – Enfermagem.
T6	RODRIGUES, Rosa Maria. Diretrizes curriculares para a graduação em enfermagem no Brasil: contexto, conteúdo e possibilidades para a formação. 253p. Tese (Doutorado) Universidade de Campinas, 2005.
T7	OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. Por uma clínica de enfermagem psiquiátrica: o intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra. 2005. 231p. Tese (Doutorado). Universidade Federal do Rio de Janeiro – Enfermagem.
T8	LUCCHESE, Roselma. A enfermagem psiquiátrica e saúde mental: a necessária constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro. 2005. 251p. Tese (Doutorado). Universidade de São Paulo – Enfermagem.
T9	MALVAREZ, Silvina. Enseñansa de la enfermería en Salud Mental en Iás Escuelas Universitárias de América Latina, 2005. 216p. Trabajo de Tesis, Universidade Nacional de Córdoba, 2006.

Identificação das Dissertações utilizadas na revisão integrativa de literatura

Identificação Dissertação	Referência Completa da Dissertação
D1	SANTOS, Anna Cristina Cardoso Fontes dos. Construindo um Referencial de Cuidar em Enfermagem Psiquiátrica: um Processo de Reflexão de um Grupo de Enfermeiras. 2002. 121p. Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Enfermagem.
D2	SIMÃO, Regina Celi Alves. Enfermagem Em Saúde Mental: por que não? 2002. 117p. Mestrado. 1v. 117p. Mestrado. Universidade de São Paulo – Enfermagem.
D3	SYLVIA Vaie. A vivência do estudante de enfermagem cursando a disciplina psiquiátrica "divisor de águas". 2002. 102p. Mestrado. Universidade de São Paulo – Enfermagem.
D4	TELLES, Eleny Alves de Britto. Da prática educativa do seniorato à prática assistencial da enfermeira psiquiatra: contribuições de uma estratégia de ensino-aprendizagem. 2003. 139p. Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Enfermagem.
D5	BRAGA, João Euclides Fernandes. Ensino de graduação em enfermagem psiquiátrica e saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica. 2003. 145p. Mestrado. Universidade Federal da Paraíba/ João Pessoa – Enfermagem.
D6	GARCIA, Ana Paula Rigon Francischetti. Apreendendo Possibilidades de Cuidar. 2004. 142p. Mestrado. Universidade Estadual de Campinas – Enfermagem.
D7	CARDOSO, Tais Veronica Macedo. O discurso de Peplau e o discurso atual: uma compreensão sobre o cuidado de enfermagem e o movimento da Reforma Psiquiátrica Brasileira. 2004. 142p. Mestrado. Universidade Federal do Rio de Janeiro – Enfermagem.
D8	SOARES, Marcos Hirata. Cenário do ensino do enfermeiro psiquiátrico: estudo de caso. 2007. 89p. Mestrado. Universidade de São Paulo / Ribeirão Preto – Enfermagem Psiquiátrica.
D9	RODRIGUES, Munira Penha. Postura educativa do enfermeiro psiquiátrico em sua atuação profissional: percepção dos alunos de graduação em enfermagem 2007. 88p. Mestrado. Universidade de São Paulo/Ribeirão Preto – Enfermagem Psiquiátrica.
D10	PESSANHA, Halyne Limeira. O ensino do fenômeno das drogas na faculdade de enfermagem da UERJ: estratégias pedagógicas desenvolvidas pelos docentes. 2008. 126p. Mestrado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro – Enfermagem
D11	BORILLE, Dayane Carla. A construção de um marco de referência para o cuidado em saúde mental com a equipe de um hospital psiquiátrico. 2008. 2v. 138p. Mestrado. Universidade

	Federal do Paraná – Enfermagem.
--	---------------------------------

D12 - Não encontrados.	CANDIDO, Rogê de Oliveira. O ensino de enfermagem psiquiátrica no Rio de Janeiro na escola profissional de enfermeiras "alfredo pinto - 1921/1927
D13 - Não encontrados.	ALVES, Manoela. A clínica de enfermagem psiquiátrica: semeando teoria e colhendo o bom cuidado..

APÊNDICE D – Agrupamento Temático Geral

Apresenta-se neste apêndice um agrupamento temático geral, com palavras-chave dos estudos para identificar a ideia abordada neles, objetivando tornar precisa ao leitor a busca pelos estudos.

Temas Gerais

Tema: **Diretrizes Curriculares Nacionais e práticas pedagógicas:** T4 (carência de estudos; mudança curricular), T6 (análise crítica das DCNs).

Tema: **Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental como conteúdo nos Currículos:** A1 (registro dos profissionais de enfermagem psiquiátrica; ensino por competência), A5 (mudanças influenciadoras; Currículo Integrado ou Disciplinar), A6 (consulta de enfermagem psiquiátrica em cooperação com psiquiatras; conteúdos essenciais de enfermagem psiquiátrica para o currículo nos EUA), A7 (reduzida discussão sobre os conteúdos de enfermagem para os currículos), A10 (a disciplina de psicologia aplicada à saúde; inexistência da concepção de homem e das pedagogias adotadas para a disciplina de enfermagem psiquiátrica; avançar nas metodologias e métodos avaliativos por diretrizes da educação), A13 (transversalidade do conteúdo de saúde mental no currículo), A16 (saúde mental transversal e integrada no currículo; capacitação pedagógica; metodologia problematizadora; referencial teórico que embasa o currículo; autoconhecimento para o acadêmico; carga horária para estágios clínicos e locais; tempo do acadêmico para o estágio), A17 (conteúdos teóricos incoerentes com a prática e com o mercado; ensino de enfermagem psiquiátrica prioriza o relacionamento terapêutico como conteúdo; formação continuada para docente e enfermeiro; acompanhar as políticas de educação e saúde mental), A21 (relação do Projeto Pedagógico do Curso com a disciplina de enfermagem psiquiátrica; participação dos docentes da área de saúde mental na reformulação do currículo; metodologias de ensino; conteúdos desenvolvidos na disciplina), A23 (mudança curricular e conteúdos teóricos que contribuem para a assistência, desenvolvidos junto ao gestor do serviço de saúde mental), A24 (conteúdos para o ensino; competência interpessoal), A27 (relação do conteúdo de enfermagem em saúde mental dentro dos currículos; conteúdo como componente obrigatório

no ensino; saúde mental transversal nas disciplinas), A29 (currículo voltado para a prática na comunidade), A31 (fórum de discussão sobre conteúdos e habilidades em saúde mental no currículo nacional de enfermagem - Austrália; registros dos profissionais de enfermagem psiquiátrica), A35 (falta de conteúdos de enfermagem em saúde mental no currículo diminui o número de enfermeiros que procuram esta especialidade; generalista e especialista; participação de especialistas no planejamento dos currículos; tempo padrão para o ensino de enfermagem psiquiátrica; desinstitucionalização como corrente teórica; identidade forte para habilitar a enfermagem psiquiátrica no campo da saúde mental; clarificar habilidades essenciais; definição de enfermagem psiquiátrica pela ANA/EUA; o que diferencia é a natureza da experiência de adoecimento; registro de enfermagem; reforma psiquiátrica e abordagens nos serviços como fatores de maiores mudanças no trabalho da enfermagem), A37 (com as DCNs houve alteração no nome da disciplina para enfermagem em saúde mental; alocação; carga horária; mudança no projeto pedagógico; disciplina em outras fases do curso; princípios humanistas), A38 (visibilidade limitada da enfermagem psiquiátrica nos currículos; falta de estudos que foquem como se dá a integração da enfermagem psiquiátrica com o currículo).

Tema: Implicação do Currículo para o cuidado de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: A1, A5, A11 (diretrizes curriculares para o cuidado; conceito de cuidado), A13 (currículo integrado pode ser cuidado integral; projeto pedagógico dos cursos e o cuidado integral; conceito de cuidado), A14 (conceito de cuidado), A35 (o cuidado é o foco primário; cuidado conforme complexidade).

Tema: Cuidado de saúde mental no ensino e na prática: A8 (dificuldades comuns com o mundo), A46 (conceitua cuidado), T7 (modelo teórico para o cuidado e clínica de enfermagem psiquiátrica), D1 (apresenta concepções de cuidado; conceitua o cuidado na perspectiva da prática), D6 (cuidado de enfermagem na perspectiva da psicanálise), D12 (apresenta conceitos constituintes de um marco de referência para o cuidado; conceitos de cuidado em saúde mental a partir da literatura).

Tema: Estudos baseados em estudantes

Subtema: Estudos baseados em percepções de estudantes frente à doença mental: A2 (uso de escala para traçar o perfil do aluno sobre a doença mental antes do contato com a disciplina de enfermagem

psiquiátrica; influência do professor como modelo profissional para o aluno; modo como a disciplina é estruturada influencia o aluno), A9 (o mesmo que o estudo dois), A15 (compara o antes e depois da instrução de enfermagem psiquiátrica; carga horária da disciplina; tempo de contato do estudante com o doente mental; conteúdo teórico e professor servem de modelo para o aluno), A29 (atitudes favoráveis com palestras e estágios clínicos que enfatizem o cuidado de saúde mental), A39, T3 (a concepção de doença mental e doente mental retrata a ideologia; o paradigma da Reforma Psiquiátrica transforma a percepção do aluno).

Subtema: **Estudos baseados em percepções de estudantes frente a sua formação:** A18 (a formação não contempla a pessoa do aluno; autoconhecimento possibilita a integralidade; trabalhar a emoção do aluno), A32 (as experiências de formação são mais importantes que as mudanças de atitudes dos alunos; a experiência clínica é um forte determinante para a escolha pela saúde mental; atitudes negativas originam-se de falta de preparo para o estágio clínico), A33 (conflitos dos estudantes de enfermagem em saúde mental; aprendizagem baseada em problema; questões para uma boa prática), D2 (compreende a maneira como o aluno interpreta suas experiências no decorrer do processo ensino aprendizagem da disciplina enfermagem psiquiátrica), D3 (expõe a vivência, sentimentos, representações, discursos dos alunos durante o processo ensino-aprendizagem de enfermagem psiquiátrica), D9 (importância da concepção de educação; significado da competência interpessoal; conteúdos que tenham significado na prática).

Subtema: **Estudos baseados em percepções de estudantes frente ao processo de trabalho em saúde mental:** A22 (discute objeto, meio e finalidade; enfoque na psiquiatria tradicional no momento da formação; hegemonia da concepção de saúde-doença mental apoiada na Teoria de Adaptação Social; processo pedagógico conservador).

Subtema: **Estudos baseados em percepções de estudantes frente ao fenômeno das drogas:** A25 (que os currículos abordem e mantenham-se atualizados sobre o tema das drogas).

Tema: **Estudos baseados na percepção do professor**

Subtema: **Estudo baseado na percepção do professor sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica:** A34 (modelos pedagógicos; paradigmas; competências).

Subtema: **Estudo baseado na percepção do professor frente ao ensino do cuidado em saúde mental:** A36 (cuidado humanizado; psicanálise como referencial na década de 50; reforma psiquiátrica e

reabilitação psicossocial como fatores influenciadores na formação a partir da década de 90; relações interpessoais).

Subtema: **Estudo baseado na percepção do professor sobre o ensino do relacionamento terapêutico e comunicação terapêutica:** A28 (Peplau e Travelbe como referenciais; relação terapêutica como alternativa teórico-metodológica para a assistência de enfermagem psiquiátrica humanizada; primeiro instrumento de sistematização da enfermagem psiquiátrica; relacionamento e comunicação como tecnologia de cuidado).

Tema: **Estudo baseado na percepção do professor e do aluno sobre a enfermagem psiquiátrica:** A24, T2 (perfil do professor que atua no ensino e perfil do aluno que recebe o ensino).

Tema: **Estudos baseados na percepção de enfermeiros psiquiátricos**

Subtema: **Estudos baseados na percepção de enfermeiros sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica:** A38 (interface processo ensino-aprendizagem, pedagogia das competências e serviços de saúde; recomendações para o ensino), D4 (cuidado em psiquiatria; início do ensino de enfermagem internacional e nacional; atividades de cuidado).

Subtema: **Estudos baseados na percepção de enfermeiros sobre habilidades essenciais de saúde mental para a Graduação de Enfermagem:** A41(integração ensino e serviço), A54 (equivalência entre a literatura e os resultados da pesquisa).

Tema: **Competências teóricas e práticas**

Subtema: **Aprendizagem teórica e clínica por competência:** A7, A16 (quando a competência é alcançada).

Subtema: **Percepção do professor e do enfermeiro em saúde mental sobre competências essenciais para Enfermagem Psiquiátrica no Ensino de Graduação em Enfermagem:** A42 (escassez de estudos sobre recursos educacionais do ensino do cuidado psiquiátrico; conhecimentos essenciais e métodos de ensino clínico; escassez de pesquisas sobre competências clínicas no ensino de graduação em enfermagem psiquiátrica).

Subtema: **Competências na graduação e na prática profissional na visão do enfermeiro e docente:** A60, T8 (contextualiza criticamente esta relação; recomenda competências).

Tema: **Estratégia de ensino para/na prática:** A3 (contratos de aprendizagem), A30 (recursos de informática/on-line/virtuais), A40 (oficinas de teatro objetivando a enfermagem em saúde mental; participação de usuários e trabalhadores da saúde mental em aulas teóricas; aprendizagem baseada em problema; estratégias para o ensino são recomendadas), A59 (entrevista com o usuário gravada e discutida em sala de aula), A56 (construção de caso clínico pela psicanálise), A57 (fórum on-line de bate-papo com *experts* e a relação com competências), A58 (fórum on-line de bate-papo com profissionais e usuários de serviços de saúde mental e entre os estudantes).

Tema: **Conteúdos teóricos**

Subtema: **Conteúdo teórico da reabilitação psicossocial:** A4.

Subtema: **Conteúdo teórico sobre educação artística:** A11 (cidadania e criatividade como desafio para formação).

Tema: **Experiências/estágios clínicos de enfermagem em saúde mental:** A7 (expectativas dos alunos; compromisso entre docentes, discentes e enfermeiros; objetivos e conteúdos de aprendizagem esperados), E8 (tornar claro o objetivo do estágio; articulação entre docentes, discentes, enfermeiros orientadores e gerentes de enfermagem para integração teoria e prática), A20 (possibilitar experiência extramuros; serviços abertos não comportam muitos estudantes; o conteúdo sobre a Reforma Psiquiátrica contribui para a prática do ensino), A23 (parceria entre professores, gestores e trabalhadores; atividades de estágio), A26 (relação do enfermeiro orientador com o aluno; quanto mais positiva a experiência do estágio clínico mais atitudes positivas os alunos desenvolvem), A43 (integração ensino e serviço; objetivos principais da enfermagem psiquiátrica; estratégia de cuidado), A44 (relação preparação teórica e satisfação clínica; tempo para clínica e teoria), A50 (experiência clínica influencia a atitude e a escolha pela enfermagem em saúde mental), A51 (fatores que influenciam os estudantes quando vão para o estágio clínico), A52 (relação entre orientação e satisfação com o estágio clínico pelos estudantes), A53 (impacto do estágio clínico e da teoria no acadêmico de enfermagem psiquiátrica; falta de estudos sobre o impacto da teoria sobre as atitudes de estudantes).

Tema: **Contextualização teórica**

Subtema: **Fontes teóricas sobre estudos do ensino de enfermagem psiquiátrica:** A17, A34 (currículo).

Subtema: **Produção de estudos teóricos de enfermagem psiquiátrica:** A19 (parceria entre universidades e profissionais assistenciais; a contradição está presente quando o modelo manicomial se reproduz no ensino; pesquisas para o ensino de enfermagem psiquiátrica; desejos primordiais para o docente e enfermeiro irem para o campo da saúde mental).

Subtema: **O saber da enfermagem em saúde mental:** A14 (conceitua competência).

Subtema: **Produção de estudos teóricos sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental:** A45 (acolhimento; relação interpessoal; co-participação da família no tratamento).

Subtema: **Produção científica sobre relacionamento terapêutico:** A12 (a comunicação terapêutica e o relacionamento terapêutico são tecnologias de cuidado; inexistência do relacionamento terapêutico no processo de trabalho do enfermeiro assistencialista).

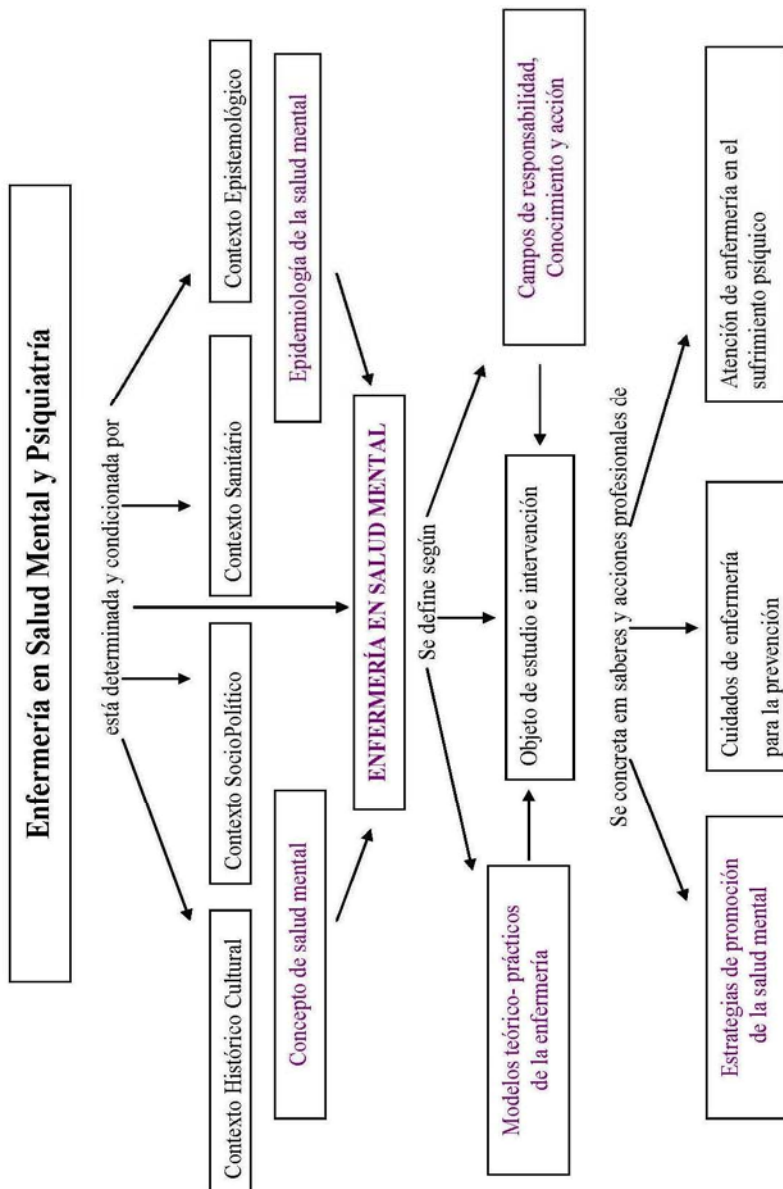
Subtema: **Contexto histórico do início da assistência e ensino da enfermagem psiquiátrica:** A55 (Lei 775/49; comitê de expertos em saúde mental da OMS em 1955; cuidado como contenção e vigilância).

Subtema: **Teoria de enfermagem psiquiátrica (Peplau) e Reforma Psiquiátrica:** D7 (convergência e divergência entre os princípios de Peplau e a Reforma Psiquiátrica).

Tema: **Ensino de enfermagem psiquiátrica/saúde mental:** A37 (relação interpessoal; autoconhecimento do aluno; participação docente na reestruturação curricular; educação de laboratório como método de ensino; princípios humanistas; competências interpessoais; supervisão docente), A48 (subjetividade do acadêmico e o tempo; psicanálise), T1 (dilemas éticos), T5 (currículo por competência; o cuidado de enfermagem referente à saúde mental deve estar permeado no projeto pedagógico do curso; o que tem de saúde mental nas DCNs), T9 (contextualização profunda do ensino de enfermagem em saúde mental na América latina), D5 (prática pedagógica problematizadora converge com o ensino na perspectiva de Reforma Psiquiátrica; constituição do SENADen para discutir a educação na enfermagem pela ABEn; modelo flexneriano presente no Projeto Pedagógico do Curso; pedagogia da competência na LDB), D8 (a realidade do ensino da especialização de enfermagem psiquiátrica; prática pedagógica humanista como referencial para método de ensino; conteúdos para o ensino de enfermagem psiquiátrica).

Tema: **Ensino de enfermagem sobre o fenômeno das drogas:** A46 (conteúdos abordados; é uma subárea da saúde mental; currículo integrado), A47 (modernização dos currículos e ideias pedagógicas para fortalecer a relação educativa com o tema), A49 (orientações curriculares para a educação de abuso de substâncias psicoativas na graduação; revisão extensa sobre o conteúdo de álcool e droga nos currículos de graduação e pós-graduação na Inglaterra; competências-chave para trabalhar com esta demanda), D10 (pedagogia da problematização como método; qualificação docente; conteúdo transversal no currículo).

APÉNDICE E - Mapa Conceptual
Malvarez, 2000.



**APÊNDICE F – Ofício entregue aos coordenadores dos Cursos de
Graduação em Enfermagem durante a visita**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO

Florianópolis, novembro de 2009.

Senhor(a) coordenador(a) deste Curso de Graduação em Enfermagem,

Jeferson Rodrigues, doutorando, sob a orientação da prof. Dr^a Sílvia Maria Azevedo dos Santos e co-orientação do prof. Dr. Jonas Salomão Spricigo, por este ofício informa estar desenvolvendo a Pesquisa de Tese intitulada **O Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental no ensino de graduação em Santa Catarina, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais**, pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

A partir da aprovação desta pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSC, sob o nº 478, solicita, gentilmente, acesso ao Projeto Pedagógico do Curso deste Curso de Graduação em Enfermagem e ao Plano de Ensino da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica e/ou Saúde Mental.

A análise desses documentos pode possibilitar a reflexão sobre o momento histórico e social em que o ensino de graduação da enfermagem catarinense encontra-se, em relação ao cuidado de enfermagem em saúde mental.

Respeitosamente,

Jeferson Rodrigues
Doutorando

Sílvia M.A. Santos
Orientadora

Jonas S. Spricigo
Co orientador

APÊNDICE G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu,....., declaro estar de acordo em participar da pesquisa intitulada **O Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental no ensino de graduação em Santa Catarina a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais** desenvolvida pelo enfermeiro e doutorando Jeferson Rodrigues, estudante do Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a orientação da professora doutora Silvia Maria Azevedo dos Santos e co-orientação do professor doutor Jonas Salomão Spricigo. Estou ciente de que o objetivo desse estudo é analisar o ensino do Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental através dos conteúdos expostos ou não nos Projetos Pedagógicos dos Cursos e Planos de Ensino nos cursos de graduação em enfermagem. Fui informado(a) quanto à garantia de sigilo e anonimato dos meus dados pessoais. Estou certo(a) de que os responsáveis pelo projeto estarão aptos a esclarecer-me qualquer dúvida sobre o desenvolvimento deste trabalho bem como poderei solicitar para averiguação, a qualquer momento, todo o material produzido em nossos encontros. Também autorizo os autores a utilizarem os resultados dessa pesquisa para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas. A minha participação é voluntária e posso desistir a qualquer momento, contatando os telefones do ddo. Jeferson Rodrigues (0xx48) 32696127/91018478 ou correio eletrônico jef_rod@hotmail.com. Estou ciente que não obterei qualquer benefício financeiro ou de outra ordem ao fazer parte desse projeto de pesquisa.

Assinaturas:

Pesquisadora responsável: Silvia Maria Azevedo dos Santos

Pesquisador principal: Jeferson Rodrigues

Florianópolis,.....de.....de 20.....

Informante:.....

RG:.....

**APÊNDICE G – Ficha Demográfica utilizada nos Grupos de
Discussão**

FICHA PARA DESCRIÇÃO DEMOGRÁFICA

IDADE	
GÊNERO	
TIPO DE VÍNCULO DE TRABALHO ATUAL	
TEMPO DE DOCÊNCIA	
TEMPO DE DOCÊNCIA EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA/SAÚDE MENTAL	
FORMAÇÃO NA ÁREA ESPECÍFICA – SAÚDE MENTAL/PSIQUIATRIA/ATENÇÃO PSICOSSOCIAL Caso SIM, qual? ano e título conferido.	
DISCIPLINA E/OU CONTEÚDO QUE MINISTRA NO CURSO	

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética

ficado

Page 1 of 1

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CERTIFICADO Nº 478

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N° 0584-GR/99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, CERTIFICA que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP


APROVADO

PROCESSO: 478 FR: 302344

TÍTULO: O cuidado de enfermagem em saúde mental no ensino de graduação em Santa Catarina a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais

AUTOR: Sílvia Maria Azevedo dos Santos, Dão Jefferson Rodrigues

FLORIANÓPOLIS, 30 de Novembro de 2009


 Coordenador do CEPSH/UFSC
 Prof. Washington Portela de Souza
 Coordenador do CEP/PRPe/UFSC

http://www.cep.ufsc.br/projeto_cep/certificado/certificado.php?id_pesquisa=478 30/11/2009

Esta Tese foi realizada com paixão, razão e sensibilidade.
Enfim... gratidão a todos.