

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

MARIA BENEGELANIA PINTO

**ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL PARA
FORMAÇÃO DE TÉCNICOS NA PERSPECTIVA DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

JOÃO PESSOA-PB

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARIA BENEDELANIA PINTO

**ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL PARA
FORMAÇÃO DE TÉCNICOS NA PERSPECTIVA DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Nível Mestrado, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – Campus I, vinculada à área concentração: Enfermagem em Saúde Pública e à linha de pesquisa: Políticas e Práticas em Saúde e Enfermagem, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

ORIENTADORES: Prof^a Dr^a Ana Tereza M. Cavalcanti da Silva

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva

JOÃO PESSOA - PB

2005

Ficha catalográfica

P659e Pinto, Maria Benegelania.

Ensino de enfermagem em saúde mental para formação de técnicos na perspectiva da reforma psiquiátrica./ Maria Benegelania Pinto. – João Pessoa, 2005.
105p.il.

Orientadores: Ana Tereza M. Cavalcanti da Silva e César Cavalcanti da Silva

Dissertação (Mestrado) – UFPB/CCS

1. Enfermagem-ensino técnico. 2. Psiquiatria. 3. Saúde Mental.

UFPB/BC

CDU: 616.083.3736(043)

MARIA BENEDELANIA PINTO

**ENSINO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MENTAL PARA
FORMAÇÃO DE TÉCNICOS NA PERSPECTIVA DA
REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Aprovada em: _____/_____/_____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva – Orientador/UFPB

Prof^a Dra. Iracema Tabosa – Membro/UFPB

Prof^a. Dra. Francisca Bezerra de Oliveira- Membro/ UFCG

Prof. Dr. Carlos Bezerra de Lima – Membro/ UFPB

JOÃO PESSOA - PB

2005

Aos meus amados pais, Benedito e Antonia, e aos meus queridos irmãos, Benetônio e Betônio, pelo amor incondicional.

À tia Antonia, por sua amizade fiel.

Dedico

AGRADECIMENTOS

Ao grandioso Deus de minha vida, o meu reconhecimento e gratidão, por Sua presença, e provisão de tudo para a realização deste trabalho. Cumpra-se a Tua palavra: “Dele, por ele e para ele são todas as coisas.”

À Prof^a. Dr^a. Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva, meu agradecimento especial, por acreditar em mim, acolher-me e conduzir-me, sempre com muita dedicação e competência no caminho para a construção desta Dissertação.

Ao Prof. Dr. César Cavalcanti da Silva, por sua imensa contribuição, sempre desprendendo-me muita atenção e paciência.

À Prof^a Dr^a Wilma Dias Fontes pela atenção, encorajamento e disposição sempre presente em ajuda-me.

Aos docente e discente da Escola Técnica de Saúde da UFPB, por aceitarem fazer parte desta pesquisa.

Aos professores participantes da Banca Examinadora, por tão valiosa contribuição.

Ao corpo docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, pela partilha de saber e condução à construção do conhecimento.

Aos colegas de turma, pelos momentos inesquecíveis de troca de experiências.

Aos funcionários do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFPB, especialmente Seu Ivan, sempre prestativo.

A bibliotecária Denise Santos Saraiva, pelo auxílio nas referências bibliográficas.

Às colegas de trabalho da Clínica Pediátrica do HULW, pela compreensão da ausência durante o tempo de carga horária reduzida, em especial a Sandra Cristina, por ter sido uma facilitadora desse processo.

Ao Grupo Alegria, pela compreensão nos momentos em que estava ausente e pelas orações.

A todos os que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

PINTO, M. B. **Ensino de Enfermagem em Saúde Mental para formação de Técnicos na Perspectiva da Reforma Psiquiátrica**. 2005. 105f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba. João pessoa, 2005.

A formação da força de trabalho em enfermagem envolve diversas áreas do universo das políticas sociais, entre as quais a da Educação e da Saúde, que precisam apresentar-se articuladas na formação profissional, para não produzir contradições entre aquilo que a escola ensina e o que a realidade social necessita e os serviços entendem como necessário para atender as carências individuais e coletivas de saúde. O ensino tomado como ferramenta básica para a mudança transformadora dos processos de trabalho em saúde e educação, dos quais a enfermagem é parte integrante, implica uma resignificação de conceitos e práticas, que o ensino de saúde mental deve incorporar para produzir uma força de trabalho capaz de compreender as mudanças que a práxis profissional precisa traduzir, na perspectiva de uma Reforma Psiquiátrica transformadora da assistência tradicional. O objeto deste estudo é o ensino de enfermagem no nível médio. Tem como finalidade refletir sobre a necessidade de transformação do ensino técnico de enfermagem, determinada pela atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação, no País. Pretende também contribuir para o desenvolvimento de novas práticas pedagógicas, no sentido de subsidiar à formação de sujeitos para transformar a realidade. Como referencial teórico-metodológico adotou-se a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC. A apreensão do objeto foi realizada por meio da análise dos discursos dos docentes e discentes que já ministraram e cursaram a disciplina Enfermagem em Saúde Mental no Curso Técnico de Enfermagem da Escola Técnica de Saúde da Universidade Federal da Paraíba. O material empírico foi coletado por meio de entrevista e analisado através da técnica de análise do discurso, proposta por Fiorin (1998; 1999). Nesse processo, revelaram-se sub-temas que permitiram a construção de duas categorias empíricas: Contradição entre teoria e prática no processo de ensino como elemento de transformação da realidade, e Contradição entre os saberes da Psiquiatria clássica e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica na formação de técnicos de enfermagem. Constatou-se nesse estudo, que a Prática Educativa apreendida nos discursos dos sujeitos entrevistados e em vigência na disciplina Enfermagem em Saúde Mental do Curso Técnico de Enfermagem do CCS/UEPB está alicerçada na vertente pedagógica tradicional, sendo incoerente com a formação de sujeitos críticos, reflexivos e questionadores, conforme sugere a Resolução CNE/CEB Nº 04/99. Evidenciou-se também, que a Prática Educativa em uso está respaldada nos saberes da Psiquiatria clássica, carecendo portanto, de transformações imediatas.

Palavras-chave: Ensino Técnico em Enfermagem. Abordagens pedagógicas. Reforma Psiquiátrica.

ABSTRACT

RESUMEN

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INTRODUTÓRIAS	10
1.1	Objetivos	18
2	REFERENCIAL TEÓRICO	20
2.1	A historicidade da formação em Enfermagem	21
2.1.1	<i>A historicidade da formação em nível médio na Enfermagem</i>	28
2.1.2	<i>A Enfermagem no Estado da Paraíba</i>	30
2.2	As Diretrizes Curriculares e o Ensino Técnico Profissionalizante no Brasil	31
2.3	A prática educativa e as abordagens pedagógicas na visão de Mizukami, Antunes, Saviane e Libâneo	35
2.3.1	<i>A pedagogia Tradicional e o ensino de Enfermagem</i>	41
2.3.2	<i>A pedagogia Tecnicista e o ensino de Enfermagem</i>	42
2.3.3	<i>A pedagogia Crítica ou Problematizadora e o ensino de Enfermagem</i>	44
2.4	Retrospectiva histórica da constituição da loucura como doença mental	46
2.5	Os modelos de assistência psiquiátrica no Brasil	51
2.6	O processo de Reforma Psiquiátrica em João Pessoa-PB	58
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO	61
3.1	Bases teóricas-metodológicas do estudo	62
3.2	O campo da investigação	64
3.3	Os sujeitos da pesquisa	66
3.4	A técnica de investigação	67
3.5	Análise e discussão do material empírico	68
3.6	Etapas do trabalho de análise e discussão	69
4	CATEGORIAS EMPÍRICAS	70
4.1	Contradição entre teoria e prática no processo de ensino como elemento de transformação da realidade	72
4.2	Contradição entre os saberes da psiquiatria clássica e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica na formação de técnicos na perspectiva da Reforma Psiquiátrica	79
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	92
	APÊNDICES	
	Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido	100
	Apêndice B – Roteiro de entrevista - docentes	102
	Apêndice C – Roteiro de entrevista - discentes	103
	ANEXO	
	Anexo A – Certidão do Comitê de Ética e Pesquisa	105

Considerações Introdutórias

“Os homens fazem sua própria história, mas não a fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aqueles com que se defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado...”

Marx

O objeto deste estudo é o ensino de enfermagem no nível médio. Tem como finalidade refletir sobre a necessidade de transformação do ensino técnico de enfermagem, determinada pelas novas Diretrizes Curriculares Nacionais estabelecidas pela atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação, no País. Pretende-se, também, contribuir para o desenvolvimento de novas práticas pedagógicas, no sentido de subsidiar à formação de sujeitos para transformar a realidade.

A formação da força de trabalho em enfermagem envolve diversas áreas do universo das políticas sociais, entre as quais a da Educação e a da Saúde, que precisam apresentar-se articuladas na formação profissional, para que sejam evitadas contradições entre aquilo o que a escola ensina e o que a realidade social necessita e os serviços entendem como necessário para se atenderem as carências individuais e coletivas da saúde.

A partir de 1980, a sociedade brasileira organizada desenvolveu uma crítica ao seu contexto sócio-político. Denunciou sua insatisfação com a situação da saúde, que se revelava nas altas taxas de morbi-mortalidade, no ressurgimento de doenças consideradas erradicadas, no impacto da violência na saúde, reivindicando uma Reforma Sanitária que resultou na proposta do Sistema Único de Saúde – SUS, em processo de efetivação em alguns Estados e de consolidação em outros.

A perspectiva do SUS é, sobretudo, a de romper o reducionismo da prevenção clássica do modelo de saúde pública de tendência curativa. Em seu lugar, propõe-se uma atenção à saúde voltada para o enfoque da determinação social do processo saúde-doença, que encontra fundamentos na abordagem da Saúde Coletiva.

O contexto social exigindo mudanças nas Políticas de Saúde e da Educação é também favorável à produção de contradições entre aquilo que a escola ensina e as necessidades dos serviços. Segundo Moraes (2001), essa dificuldade é acentuada pelo fato de a atuação profissional ser fundada em preceitos científicos, articulados ao contexto sócio-histórico e ao movimento na área da saúde que é entendida como um direito de cidadania, em oposição ao pensamento hegemônico na área da economia política que defende a privatização e o livre mercado.

Para Silva, C. (2003), a formação da força de trabalho em Enfermagem precisa ser cuidadosamente considerada, uma vez que esses profissionais, além de representar uma parcela significativa do contingente dos trabalhadores da área da saúde, têm sua importância ampliada com a perspectiva da atual política de Saúde.

A política de saúde em vigor está representada pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, modelo de referência constitucional no âmbito nacional, que defende os princípios do direito universal à saúde: atribui ao Estado a responsabilidade na prestação dos serviços de saúde; pressupõe a equidade, além da integração dos níveis de promoção da saúde, prevenção e recuperação dos agravos; a descentralização e regionalização; a participação e o controle social, aglutinando, portanto, a lógica técnica, ética e política do Movimento pela Reforma Sanitária.

Essa perspectiva deve orientar um novo modo de produção de serviços de saúde, numa nova composição de força de trabalho, bem como de novas tecnologias e reordenamento dos recursos financeiros e materiais (CAMPOS, 1992). Isso significa que a categoria *modelo de assistência* em saúde não é uma mera determinação de normas ou regras fixas, construídas *a priori* para serem tomadas como referencial

teórico, do qual a prática profissional deve aproximar-se, mas, a construção histórica e social do modo como a sociedade civil e o Estado pretendem enfrentar as questões relacionadas com o processo saúde-doença.

Nessa construção estão envolvidas efetivamente as Instituições de Ensino e as de Saúde, as organizações dos usuários dos serviços e a dos trabalhadores, comprometidos em construir uma nova estrutura produtiva, pondo em prática as propostas do movimento pela Reforma Sanitária.

No bojo desse movimento, organizou-se a luta pela Reforma Psiquiátrica, refletindo a necessidade de novas relações entre a sociedade e a pessoa considerada “doente mental”. Entre as propostas para as mudanças nessa área estão as que se encontram no Projeto de Lei nº 3657/89 do deputado Paulo Delgado, que propunha a extinção progressiva dos Hospitais Psiquiátricos e sua substituição por serviços abertos e socialmente inclusivos (BRASIL, 1989).

Todavia, esse projeto tramitou no Congresso e Senado Federal, por 12 anos, foi amputado e enxertado com emendas que o desfiguraram, resultando na Lei 10.216 de 06/04/2001 em vigor, que redireciona o modelo de assistência psiquiátrica no país, de modo a contemplar, também, as forças hegemônicas do setor.

Contudo, é preciso reconhecer que a Lei acima citada amplia os espaços legais, até então existentes, ao afirmar a finalidade de inclusão social para as pessoas consideradas “doentes mentais”, aumentando o espaço de luta pela superação do modelo de assistência psiquiátrica tradicional de caráter excludente, autoritário e normativo, fortalecendo a possibilidade da defesa de adoção de um modelo que

reconheça a igualdade dos seres humanos e respeita as diferenças nessa igualdade (SILVA, A., 2003).

Nessa perspectiva, eventos como a I, II e III Conferências Nacionais de Saúde Mental recomendaram: o combate à psiquiatrização do social, o fomento ao controle social no sentido da desinstitucionalização da doença mental e do “doente mental” e a priorização de investimentos em serviços extra-hospitalares, bem como repensar a formação da Força de Trabalho para atender à nova tendência da Política Nacional de Saúde Mental no contexto do SUS (RELATÓRIO FINAL, 1988; 1994; 2002).

Isso pressupõe que a Reforma de caráter transformador* da realidade psiquiátrica deve superar os princípios ontológicos de razão/desrazão que caracterizam a Psiquiatria Clássica. Esse enfoque permitiu a exclusão social da pessoa com doença mental, com base no racionalismo científico positivista, ainda hegemônico nos referenciais teórico-práticos da academia, considerados inadequados, porque foram construídos num contexto social que demandava necessidades sociais particulares para aquele momento histórico (SILVA, A., 2003).

Para Amarante (1994), uma Reforma Psiquiátrica deve ter como eixo norteador a ruptura com a tradição do modelo de assistência psiquiátrica dominante, o modelo Pineliano, que se constituiu a partir da concepção clássica de doença mental, como um agravo no corpo individual, predominantemente biológico.

*Segundo SILVA, A. T. M. C., (2003) a Reforma de caráter transformador se contrapõe a Reforma de caráter Reformista nesta apenas a aparência é modificada, permitindo a prevalência de estruturas tradicionais, reprodutoras do sistema.

Nesse enfoque, a assistência psiquiátrica dominante prioriza a intervenção médica nos sintomas do processo patológico e o tratamento é centrado, sobretudo, na terapia medicamentosa, com a finalidade de remissão dos sintomas, sem consideração pela existência vivida individual e socialmente da pessoa com doença mental.

Para Barros e Egry (2001), as propostas de Reforma do setor saúde, no Brasil, estão ocorrendo muito lentamente e sem a garantia de sua efetivação, uma vez que as Instituições de Ensino não têm acompanhado os movimentos de transformação da assistência em saúde, contribuindo incisivamente para a origem de dificuldades de uma nova prática assistencial.

Silva, C. (2003) adverte que a contradição entre o discurso hegemônico do ensino e a prática profissional das políticas de saúde torna-se mais evidente na medida em que o Estado re-define sua política de saúde, num enfoque mais ampliado, para atender aos reclames da sociedade e às Instituições de Ensino que continuam forjando seus profissionais de modo a reproduzir a ideologia dominante.

Braga (2003) considera que o contexto da atual Política Nacional de Saúde Mental, no qual se defende a efetivação da Reforma Psiquiátrica, o ensino é peça relevante, uma vez que constitui um espaço para a construção/troca de conhecimentos e de possibilidades de intervenção social pelos sujeitos que dele participam.

Na dinâmica desse movimento dialético, a ideologia dominante ainda é reproduzida, mas, ao mesmo tempo, existe a possibilidade de sua superação pelo contexto democrático e pela proposta de mudanças, tanto na área da Saúde, quanto na da Educação.

Nessa perspectiva, urge repensar a Prática Educativa¹ e as abordagens pedagógicas² utilizadas pelos docentes, na formação de técnicos em enfermagem, na perspectiva da atual política de saúde mental, tendo em vista a Reforma Psiquiátrica em andamento no país.

O ensino tomado como ferramenta básica para a mudança transformadora dos processos de trabalho em saúde e educação, dos quais a enfermagem é parte integrante, implica uma ressignificação de conceitos e práticas, que o ensino de saúde mental deve incorporar, para produzir uma força de trabalho capaz de compreender as mudanças que a práxis profissional precisa traduzir, na perspectiva de uma Reforma Psiquiátrica transformadora da assistência tradicional.

Nesse sentido, ao se manterem, no ensino de Enfermagem, práticas pedagógicas normalizadoras e referenciais teórico-práticos da Psiquiatria Clássica, formam-se profissionais que submetem as singularidades das pessoas com doença mental e as particularidades da loucura ao espaço da razão científica biológica e da vontade do positivismo.

A pesquisa justifica-se pela oportunidade de se discutir a articulação entre as propostas de duas políticas sociais da atualidade: a de Saúde e a de Educação, na perspectiva de transformações necessárias no Ensino e no Trabalho de Enfermagem em Saúde Mental, em seus nexos com a proposta da Reforma Psiquiátrica.

¹SILVA, C. C. (2003) conceitua Prática Educativa como os processos de ensino e de avaliação que subsidia o processo educativo e é fortemente influenciado pelas abordagens pedagógicas.

²SAUPE (1992) assevera que as teorias pedagógicas, também chamadas de tendências, correntes, concepções, abordagens, explicam o pensamento e a prática dos educadores, descrevendo, interpretando, avaliando e propondo alternativas de mudança na ordem dos fenômenos educacionais.

A efetivação da Reforma Psiquiátrica implica repensar seu modelo de assistência tradicional, inadequado à sua nova finalidade anunciada *a inclusão social* da pessoa com doença mental. Isso pressupõe a revisão da prática educativa utilizada nos processos de formação, bem como das abordagens pedagógicas que sustentam essa prática, tendo em vista a necessidade de se promover as transformações necessárias à construção de uma nova realidade na área da saúde.

Assim, na abrangência das mudanças que uma proposta de Reforma Psiquiátrica comporta, encontram-se as diversas possibilidades nas quais são destacadas, neste estudo, as mudanças que podem ocorrer no ensino técnico de enfermagem em saúde mental, na perspectiva da reforma psiquiátrica. O recorte desse objeto de estudo decorre do reconhecimento do ensino como campo estratégico de mudança, a partir do qual novas qualidades poderão ser consideradas na formação da força de trabalho em saúde mental, na disciplina Enfermagem em Saúde Mental oferecida no Curso Técnico de Enfermagem.

Entre essas qualidades destaca-se o enfoque clínico e individual do processo pedagógico em vigor, orientado por práticas educativas a-críticas, que norteiam o ensino e direcionam o processo de trabalho dos técnicos de enfermagem, para a reprodução da ideologia que o suporta.

Por outro lado, a utilização de Abordagens Pedagógicas problematizadoras em novas práticas educativas podem potencializar a capacidade de crítica e reflexão dos técnicos sobre a realidade das pessoas consideradas “doentes mentais” e o reconhecimento da complexidade que envolve a questões da loucura. Isso ampliará o

campo de busca para o enfrentamento das contradições relacionadas ao universo dos sujeitos envolvidos com questões do processo saúde/doença mental.

Diante do exposto, reconhece-se que é oportuno um estudo mais aprofundado do tema, razão pela qual será realizada esta pesquisa, a fim de se aprofundar a compreensão sobre o problema descrito e contribuir para uma formação de técnicos de enfermagem que ampliem o desempenho das atividades dessa categoria, de modo a atender à necessidade de reformulação do modelo de assistência psiquiátrica vigente, na busca efetiva para a inserção social da pessoa com doença mental.

Essas reflexões determinaram a seguinte questão norteadora para o presente estudo: *Que mudanças deverão ocorrer no ensino de enfermagem, no nível médio, de modo a atender as novas Diretrizes Curriculares para a formação do técnico de Enfermagem, na perspectiva da atual política de saúde mental que se traduz na proposta da Reforma Psiquiátrica?*

1.1 Objetivos

- Identificar as abordagens pedagógicas que compõem a prática educativa dos docentes na disciplina Enfermagem em Saúde Mental do Curso Técnico em Enfermagem;
- Verificar que abordagens pedagógicas são capazes de subsidiar a prática educativa dos docentes, de modo que atendam às novas Diretrizes

Curriculares, para formação do técnico em enfermagem, na perspectiva da atual política de saúde mental;

- Analisar a adequação das abordagens pedagógicas empregados no ensino da disciplina Saúde Mental aos requerimentos das Diretrizes Curriculares na perspectiva da atual política de saúde mental, que se traduz na proposta da Reforma Psiquiátrica.

Referencial Teórico

“A melhor maneira que a gente tem de fazer possível amanhã alguma coisa que não é possível de ser feita hoje, é fazer hoje aquilo que hoje pode ser feito...”

Paulo Freire

Neste capítulo, serão abordados o ensino de Enfermagem em Saúde Mental e sua relação com o processo de Reforma Psiquiátrica. Como bases científicas, serão apresentados, como fundamentação teórica, a historicidade da formação em enfermagem; as Diretrizes Curriculares e o ensino técnico profissionalizante no Brasil; a prática educativa e as abordagens pedagógicas na visão de Mizukami, Antunes, Saviane e Libâneo; a retrospectiva histórica da constituição da loucura como doença mental; os modelos de assistência psiquiátrica no Brasil e o processo da Reforma Psiquiátrica em João Pessoa- Pb.

2.1 A historicidade da formação em Enfermagem

A prática e o ensino de Enfermagem estão ligados à prática de saúde que se estabelece em determinada época e sociedade. Pensar o ensino de Enfermagem no Brasil, remete-nos ao século XIX, quando, em 1890, ele foi oficialmente instituído, com a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, conforme o Decreto nº 791 de 27 de setembro de 1890, do governo provisório da Segunda República (RESENDE, 1961).

Na ocasião, o Hospital Nacional de Alienados havia passado para o controle direto do novo Governo Republicano e, diante da necessidade de capacitação de pessoal para realizar os cuidados de enfermagem, foi criada a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, com o objetivo de preparar enfermeiros e enfermeiras para trabalhar nos hospícios, hospitais civis e militares, tendo início o ensino em enfermagem no país, nos moldes da escola existente em Salpêtrière, na França, dirigida por médicos, que

também supervisionavam o ensino. E assim, como a enfermagem inglesa e a norte-americana, a enfermagem brasileira institucionalizou-se subordinada à prática médica. (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Em seguida, no ano de 1916, foi criada a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, para treinar socorristas voluntários e, em 1920, na mesma escola, foi criado o curso de visitadoras sanitárias sendo as ações dessas visitadoras apenas de caráter emergencial, principalmente devido à precária formação das mulheres brasileiras naquela época, ao seu pouco acesso à educação, evento responsável pelo lento desenvolvimento do ensino de enfermagem, nesses primeiros anos, no país (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Ainda, segundo esses autores, a Enfermagem Moderna foi introduzida no Brasil, mediante a organização do serviço de enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública – (DNSP), dirigido pelo então sanitarista Carlos Chagas. O ensino sistematizado tinha como propósito formar profissionais que garantissem o saneamento urbano, condição necessária à continuidade do comércio internacional, que se encontrava ameaçado pelas epidemias.

A capacitação estava a cargo de enfermeiras da Fundação Rockefeller, enviadas ao Brasil com o intuito de organizar o serviço de enfermagem de saúde pública e dirigir uma escola de enfermagem, que foi criada em 1922, iniciando o seu funcionamento, em 1923, com o nome de Escola de Enfermagem do Departamento Nacional de Saúde Pública, passando a ser designada Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1926, e, em 1931, Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio de Janeiro (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

O currículo da Escola de Enfermagem do DNSP era semelhante ao currículo das escolas de enfermagens americanas, “standard curriculum for nursins schools”. Constava de: cursos com duração de 3 anos, o curso secundário como pré-requisito para a admissão, ênfase ao ensino teórico, 48 horas semanais de prática. No Brasil, o curso tinha as seguintes características: duração de 2 anos e 4 meses, duas semanas de férias anuais, exigência de diploma de escola normal ou aprovação em exame de seleção, período probatório de 4 meses, 48 horas semanais de prática, direito a residência e a uma pequena remuneração mensal. O ensino de enfermagem hospitalar ocupava 4/5 do curso e o ensino de saúde pública, apenas o último quadrimestre (BARREIRA, 1999).

Rizzotto, apud Galleguillos; Oliveira (2001), ao analisarem o programa de ensino em enfermagem de 1923, observaram que ele não diferia do programa instituído nos Estados Unidos, em 1917, centrado na formação hospitalar, fato que leva a crer que houve grande empenho em se reproduzir no Brasil o modelo da enfermagem americana, especialmente no que diz respeito à estruturação dos serviços de enfermagem nos hospitais.

A Escola de Enfermagem Anna Nery teve seu programa de ensino utilizado como modelo para as escolas criadas posteriormente, reproduzindo, de forma hegemônica, o currículo norte-americano, atendendo à medicina curativa e hospitalar. Das disciplinas que compunham o ensino teórico do primeiro programa dessa escola, apenas 11% eram voltadas para a Saúde Pública, ao passo que a prática nos campos de estágio era quase toda realizada em instituições hospitalares, à semelhança do que

ocorre hoje na maioria das escolas de enfermagem (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

O programa de ensino de 1926 surgiu com a realização das primeiras alterações, porém, sem apresentar diferenças significativas em relação ao anterior. No que se refere às cargas horárias de ambos os programas, verificou-se que houve aumento significativo de disciplinas relacionadas com o atendimento individual, comprovando-se, novamente, a predominância do modelo biomédico e a ênfase na formação de base clínica, evidenciada pelo fato de que mais de 90% do ensino prático era realizado em hospitais (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Com a fundação da ABEn, em 12 de agosto de 1926, sob o nome de Associação Nacional de Enfermeiras Diplomadas, começou a preocupação com a educação em Enfermagem. Em 1945, foi criada a Divisão de Educação de Enfermagem, com o objetivo de organizar o ensino quanto ao currículo teórico mínimo e à duração dos estágios para a formação da enfermeira e estabelecer normas para a formação de auxiliares de enfermagem (CARVALHO, 1976).

A Divisão de Educação da ABEn assumiu a responsabilidade de elaborar o currículo e determinar o regime escolar dos cursos previstos, tarefa que foi desempenhada pela Subcomissão de Currículos que contribuiu para a elaboração e a discussão do projeto que deu origem à Lei nº 775/49 que regulamentou o ensino de Enfermagem. Porém a exemplo do currículo norte-americano, o currículo de 1949 continha um grande número de especialidades médicas com conteúdos de Enfermagem (GERMANO, 1985).

Com a promulgação da Lei nº 4.024/61, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, em dezembro de 1961, criou-se o Conselho Federal de Educação (CFE), órgão responsável pelo ensino superior. No ensino em Enfermagem foi indicada uma comissão de peritos para discutir suas diretrizes, porém a determinação sobre a duração e o currículo dos cursos superiores dependia das novas diretrizes a serem definidas a partir da nova lei. E, após inúmeras reuniões, foi entregue à Diretoria do Ensino Superior o relatório no qual era proposto um curso com duração de quatro anos, distribuído em nove cadeiras de Enfermagem e 11 disciplinas, com recomendação para que fossem realizados concursos de ingresso e cursos de Pós-Graduação (CARVALHO, 1976).

Segundo Germano (1985), em 1962, o Parecer CFC nº 271/62 fixou o primeiro currículo mínimo para os cursos de Enfermagem, com base em sugestões da Comissão de Peritos de Enfermagem, nomeada pelo Ministro da Educação, da ABEn e das 19 Escolas de Enfermagem do país. O currículo manteve as disciplinas relacionadas com as clínicas especializadas, de caráter curativo. Nele, a disciplina Saúde Pública já não aparecia como obrigatória, mas apenas como conteúdo de especialização.

A exclusão da disciplina Saúde Pública, asseveram Galleguillos; Oliveira (2001), restringiu ainda mais a formação da enfermeira, voltando-se somente para o atendimento individual e curativo, reduzindo a possibilidade de as alunas entrarem em contato com esse conteúdo, durante a Graduação.

Após a Reforma Universitária de 1968, a Lei nº 5.540/68 fixou as normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com o ensino

médio. No mesmo ano, a Comissão de Educação da ABEn elaborou propostas para a revisão do currículo mínimo do Curso de Enfermagem, propondo a distribuição semestral das disciplinas, com dois semestres básicos e seis de formação profissional, incluindo a disciplina Enfermagem em Saúde Pública. No último ano, as alunas poderiam optar entre Enfermagem obstétrica, Enfermagem da Comunidade e Enfermagem Médico-Cirúrgica (CARVALHO, 1976).

A reformulação do currículo mínimo de Enfermagem, no ano de 1972, através do Parecer CFE nº 163/72, criou as habilitações em Saúde Pública, Enfermagem Médico-Cirúrgica e Obstetrícia, para serem cursadas de forma optativa, em consonância com um capitalismo favorável ao consumo desmedido de medicamentos, bem como à indústria de equipamentos médico-cirúrgicos, fundamentais para as empresas de saúde (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Para Germano (1985), o Parecer nº 163/72 enfatizava a necessidade de o enfermeiro dominar, cada vez mais, as técnicas avançadas em saúde, em razão da evolução científica, uma vez que a profissão médica passou a necessitar de uma enfermagem especializada para, juntas, atuarem numa assistência curativa.

Na década de 1980, sob influência dos movimentos sociais pela redemocratização da sociedade brasileira, a Enfermagem evidenciou a necessidade de reformar sua prática profissional. Como resultado da construção coletiva de uma nova direção intelectual, moral e política na Enfermagem brasileira, materializou-se uma chapa de oposição da ABEn -Movimento Participação, com o propósito de aliar-se ao projeto de Reforma Sanitária, e tendo como prioridade redefinir a política de formação

e, conseqüentemente, o trabalho da enfermagem (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Nessa perspectiva, segundo esses autores, concomitante aos debates da criação do SUS, a ABEn, as Escolas de Enfermagem e a Comissão de Especialistas de Enfermagem da Secretaria de Educação Superior do Ministério da Educação buscaram reorientar a estrutura da formação do enfermeiro, através da realização de seminários regionais, oficinas do trabalho e comitês específicos e o Seminário Nacional sobre Currículo Mínimo para a Formação do Enfermeiro, no Rio de Janeiro, em 1989.

Em 1991, foi encaminhada uma proposta de reformulação do currículo mínimo, fundamentada no perfil sanitário e epidemiológico da população, levando em conta a organização dos serviços de saúde, o processo de trabalho em enfermagem e a articulação entre o ensino e os serviços. As reformulações incluíam a extinção das habilitações, o aumento da carga horária, o redimensionamento dos conteúdos das ciências humanas e biológicas, a valorização e o compromisso social e a reflexão sobre a prática profissional (GALLEGUILLLOS; OLIVEIRA, 2001).

Após esses inúmeros debates, teve início a construção coletiva de novas diretrizes para o ensino em Enfermagem. O CFE reformulou o currículo mínimo, através do Parecer nº 314/94, definindo a carga horária mínima que passou a ser de 3.500 horas/aula, incluindo as 500 horas destinadas ao estágio curricular, com duração não inferior a dois semestres letivos e desenvolvido sob supervisão docente. O artigo 3º definiu que os currículos plenos do Curso de Graduação em Enfermagem deveriam conter disciplinas relativas às ciências Biológicas e Humanas e quatro áreas temáticas (Bases Biológicas e Sociais da Enfermagem, Fundamentos da Enfermagem,

Assistência de Enfermagem e Administração em Enfermagem). Os conteúdos relativos à saúde Pública, excluídos anteriormente, retornaram sob a designação de Saúde Coletiva (GALLEGUILLOS; OLIVEIRA, 2001).

Para Galleguillos e Oliveira (2001), os principais avanços no currículo de 1994 diziam respeito ao movimento político gerado pela categoria para a sua definição e ao processo coletivo de sua construção. O interesse em se considerar o perfil epidemiológico e sanitário do País/Região/Estado demonstra a preocupação com as distintas realidades do país, e a divisão por áreas temáticas permite maior dinamicidade ao ensino. Porém, a preservação da subdivisão em especialidades médicas na área temática Assistência de Enfermagem, resultou em uma formação prioritariamente voltada para a assistência curativa e individual.

2.1.1 A historicidade da formação, em nível médio, na Enfermagem

Segundo Carvalho (1976), a idéia de se criar um Curso Auxiliar de Enfermagem, nasceu, em 1934, com Dona Laís Netto dos Reis, em Belo Horizonte, mas, o primeiro curso só foi ministrado em 1941, na Escola de Enfermagem Ana Néri do Rio de Janeiro, sendo oficializado em 1949, por meio da Lei nº 775.

Além de definir o currículo, a Lei determinava as condições em que se deveria processar a preparação de enfermeiras e de auxiliares. No artigo 1º, o ensino de Enfermagem compreende dois cursos: O Curso de Enfermagem, feito após a conclusão do ensino secundário, com 36 meses de duração e o Curso Auxiliar de Enfermagem, a ser feito após a conclusão do ensino primário, que tinha a duração de 18 meses (CARVALHO, 1976).

A ampliação do mercado de trabalho para a Enfermagem, além de fazer crescer escolas de auxiliares, fez com que crescesse o número de enfermeiras, de tal modo que o exercício da profissão precisou de ser regulamentado novamente, o que ocorreu através da Lei nº 2.604/55, que reconhecia oficialmente, pela primeira vez, o Auxiliar de Enfermagem como componente da equipe de Enfermagem (BARTMANN, 1997).

Na década de 1960, aconteceram fatos importantes que contribuíram para o desenvolvimento da Enfermagem no país. Um deles foi a publicação da Lei nº 4.024/61 que dispõe sobre as Diretrizes e Bases da Educação Nacional. A partir dessa Lei, a educação passou a ser dividida em três níveis: Primário, Médio e Superior. Essa Lei determinou, também, que a formação de técnicos, em grande escala, era fundamental para o progresso da nação. Dessa forma, equiparou-se o ensino profissional, do ponto de vista da equivalência e da continuidade de estudos, às outras modalidades de ensino, para fins de continuidade de estudos em níveis subsequentes (CARVALHO, 1976).

A criação do Curso Técnico de Enfermagem acompanhou a criação dos demais cursos técnicos do país, decorrentes das necessidades de incorporação tecnológica surgidas com a expansão e modernização do parque industrial do capitalismo brasileiro (BARTMAN, 1997).

O Curso Técnico foi regulamentado pelo Parecer 171/66 da Câmara de Ensino Primário, Médio e Superior do Conselho Federal da Educação. Esse diploma legal autorizou o primeiro Curso Técnico de Enfermagem da Escola de Enfermagem Ana Néri (CARVALHO, 1976).

2.1.2 A Enfermagem no Estado da Paraíba

As bases institucionais do ensino sistematizado do Curso de Enfermagem na Paraíba tiveram início no ano de 1953, através da Lei Estadual de nº 875, de 04 de janeiro. Nessa ocasião, criou-se a Escola de Auxiliar de Enfermagem do Estado, que tinha como objetivo formar pessoal para os serviços de enfermagem. Suas atividades tiveram início em 02/05/53 e o estabelecimento de ensino foi mantido pelo Departamento de Saúde do Estado da Paraíba (COUTINHO et al.,1995).

O ensino de Enfermagem na Paraíba surgiu de modo sistemático, com o ensino médio, destinado à formação do pessoal auxiliar de enfermagem. No entanto, o progresso da região, as descobertas científicas com implicações nas atividades de saúde, suscitaram o aparecimento de novas exigências e necessidades não mais possíveis de serem atendidas pela Escola de Enfermagem do nível da então existente.

Assim, foi criada, pelo decreto 1.064 de 10/07/54, a Escola de Enfermagem da Paraíba destinada ao ensino técnico-científico dessa profissão. Essa escola teve como objetivo principal a formação de enfermeiras de alto padrão (nível superior) e auxiliares de enfermagem, passando a integrar as 11 Faculdades que faziam parte da Universidade Estadual da Paraíba, criada em 24/09/1954, pela Lei estadual 1070, posteriormente federalizada, em 13/12/1960 pela Lei 3835 (PATRÍCIO, 1991).

Na década de 1960, a Lei nº 4.024 de 20/12/1961 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, ao ser publicada, passou a considerar de nível superior os cursos de Enfermagem. Essa Lei também classificou as Escolas de Auxiliar de Enfermagem como de nível médio, acessíveis aos portadores do Curso Ginásial.

Em 1973, a Universidade Federal da Paraíba teve sua estrutura modificada, pela Reforma Cêntrica. As Faculdades passaram a Departamentos e esses a Centros. Nesse contexto, criou-se o Centro de Ciências da Saúde que incorporou todos os cursos da área de saúde, inclusive a Escola de Enfermagem de Nível Médio (PATRÍCIO, 1991).

No ano de 1996, a Resolução nº 22 do Conselho Universitário da UFPB denominou a Escola de Enfermagem da Paraíba, de Escola de Enfermagem de Nível Médio, posteriormente nomeada de Escola Técnica de Saúde por força da Resolução nº 05/2000 do mesmo Conselho (COUTINHO et al., 1995).

2.2 As Diretrizes Curriculares e o Ensino Técnico Profissionalizante no Brasil

A Lei Federal nº 9.394/96 que estabelece as Diretrizes e Bases da Educação Nacional e o recente Decreto nº 5.154, de 23 de julho de 2004 que regulamenta o inciso 2º do artigo 36 e os artigos 39 a 41 da mesma Lei, apontam, como desafio, a formação de um profissional no nível técnico, capaz de responder às necessidades individuais e coletivas de saúde da sociedade brasileira.

O Decreto nº 5.154, que revogou o Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997, prevê várias alternativas de articulação entre o ensino médio e o ensino técnico de nível médio, sendo a principal delas a integração entre ambos, que resgata a chance de os estudantes saírem dessa fase do ensino, já qualificados para disputar uma oportunidade no mercado de trabalho. Antes, se os discentes quisessem ter uma

formação profissional, tinham que concluir o ensino médio, para, só depois, ingressar em um processo de profissionalização.

Torna-se cada vez necessário que o técnico tenha um perfil de qualificação que lhe permita construir itinerários profissionais, com mobilidade, ao longo de sua vida produtiva. Um competente desempenho profissional exige domínio do seu "ofício", associado à sensibilidade e à prontidão para mudanças e uma disposição para aprender, aprender a aprender e contribuir para o seu aperfeiçoamento.

A Lei nº 9.394/96, também conhecida como Lei Darcy Ribeiro, apresenta um novo paradigma para a Educação Profissional. No seu Artigo 39, propõe que a educação deve conduzir o cidadão "ao permanente desenvolvimento de aptidões para a vida produtiva", fortemente "integrada às diferentes formas de educação, ao trabalho, à ciência e à tecnologia" (BRASIL, 2000).

Como competências profissionais gerais do técnico da área profissional de saúde, as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico, materializadas pela Resolução CNE/CEB Nº 04/99, apontam, entre outras: identificar os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença; identificar a estrutura e organização do sistema de saúde vigente; planejar e organizar o trabalho na perspectiva do atendimento integral e de qualidade (BRASIL, 2001).

Esse enfoque pressupõe a superação do entendimento tradicional de Educação Profissional como simples instrumento de uma política de cunho assistencialista, ou mesmo como ajustamento às demandas do mercado de trabalho. Situa a Educação Profissional como estratégia para que os cidadãos, em número cada

vez maior, tenham acesso às conquistas científicas e tecnológicas da sociedade de sua época.

Para tanto, faz-se necessário a ruptura com o enfoque tradicional da formação profissional centrado, sobretudo, na preparação para a execução de um determinado conjunto de tarefas, na maioria das vezes, de maneira rotineira e burocrática. A nova proposta de educação profissional requer, além do domínio técnico do fazer, uma qualidade política para a compreensão da totalidade e intervenção na realidade social.

Esse novo paradigma aponta uma possibilidade de superação de uma contradição que diz respeito à formação profissional no país, no nível Técnico: ser a Escola Técnica considerada uma opção para as classes menos favorecidas, que necessitam de ingressar precocemente no mercado de trabalho, estabelecendo-se uma nítida distinção entre aqueles que detém o saber - ensino secundário, normal e superior - e os que executam tarefas manuais do ensino profissional (PARAÍBA, 2000).

A herança colonial escravista influenciou preconceituosamente a visão da sociedade sobre a educação e a formação profissional. O desenvolvimento intelectual, proporcionado pela educação acadêmica, era visto como desnecessário, pela população, para a formação de “mão de obra”. Por isso, no século XX, o saber transmitido de forma sistemática, através da escola, e sua universalização passaram a ser reivindicados e incorporados como direito de cidadania (CORDÃO, 2002).

Segundo Cordão (2002), o enfoque assistencialista concebia a Educação Profissional como uma alternativa para "tirar o menor da rua" e para "diminuir a vadiagem", dando-lhe condições de inserção mais imediata no mercado de trabalho. O

enfoque economicista, por outro lado, via essa inserção na ótica do linear ajustamento às demandas do mercado de trabalho.

Atualmente, não se concebe a educação profissional como simples instrumento de política assistencialista, mas, sim, como estratégia para que os cidadãos tenham efetivo acesso às conquistas científicas e tecnológicas da sociedade, requerendo, além do domínio operacional de um determinado fazer, a compreensão global do processo produtivo, a apreensão do saber tecnológico (PARAÍBA, 2000).

Para Cordão (2002), a escola profissional de pobres acabou-se porque não produziu os efeitos para os quais foi criada. Não contribuiu o suficiente para manter os técnicos em condições competitivas no mundo do trabalho, visto que esse tem sido regido por regras mais complexas nas quais os processos de trabalho estão alterando-se profunda e continuamente.

Do profissional de nível técnico serão exigidas, tanto uma escolaridade básica sólida, quanto uma educação profissional mais universal. A sociedade contemporânea demanda um novo profissional, o que requer uma completa revisão da Prática Educativa para sua formação e das abordagens pedagógicas que as subsidiam, uma vez que exigem-se dos trabalhadores, em doses crescentes, sempre maior capacidade de raciocínio, autonomia intelectual, pensamento crítico, iniciativa própria e espírito empreendedor, bem como capacidade de visualização e resolução de problemas (CORDÃO, 2000).

2.3 A Prática Educativa e as Abordagens Pedagógicas na visão de Mizukami, Antunes, Saviane e Libâneo

Em cada momento histórico, em cada sociedade, em cada realidade social, o processo educacional é portador de uma ideologia, e, através de uma doutrina pedagógica, leva o educando a integrar-se ao sistema em que vive. Cada opção pedagógica, segundo Antunes et al (1999), quando exercida de maneira dominante, durante um período prolongado, tem conseqüências previsíveis sobre a conduta individual e também, o que é mais importante, sobre o comportamento da sociedade em seu conjunto.

De acordo com Mizukami (1986), há várias formas de se conceber o fenômeno educativo. Nele estão presentes, tanto à dimensão técnica, quanto a humana. Nessa última, valorizam-se as áreas cognitivas, emocionais, sócio-políticas e as culturais. Assim, a autora classifica as abordagens pedagógicas em:

a) Abordagem **Tradicional** correspondente a uma prática educacional cuja importância é fornecer uma base para as demais concepções pedagógicas. Nessa abordagem, cabe ao aluno apenas executar as prescrições fixadas pelo professor. O objetivo da docência é somente garantir que o conhecimento seja alcançado pelo aluno, independente de sua vontade, evidenciando uma subordinação da educação à instrução. As críticas a esse modelo educacional recaem sobre o tipo de intervenção que visa apenas a um dos pólos da relação, que é o professor.

A avaliação, nessa abordagem, é realizada, visando à exatidão da reprodução do conteúdo comunicado em sala de aula. “Medem-se”, portanto, a

quantidade e a exatidão de informações que se consegue reproduzir, o que explica a excessiva consideração a instrumentos, como provas, exames, chamadas orais, exercícios.

b) Abordagem **Comportamentalista ou Behaviorista** que considera a experiência ou experimentação planejada como a base do conhecimento. Nessa abordagem o aluno é considerado um recipiente de informações e reflexões. A diferença entre essa e a abordagem tradicional reside no fato de que a primeira não é uma prática cristalizada através dos tempos, mas, fundada em resultados experimentais de planejamento de contingências de reforço.

Ensinar, nessa abordagem, consiste em um planejamento de reforço, ministrado aos estudantes, sendo de responsabilidade do professor assegurar-lhes a possibilidade de aquisição do comportamento. Em linhas gerais, tal como na abordagem tradicional, encontra-se aqui ênfase no produto obtido na transmissão de conhecimentos (cultura), na influência do meio, no diretivismo do poder decisório sobre o que será aprendido e o que deverá ser transmitido às novas gerações.

A avaliação, nessa abordagem, parte do pressuposto de que o aluno progride em seu ritmo próprio, em pequenos passos e consiste em verificar se ele aprendeu e atingiu os objetivos propostos, estando ela, conseqüentemente, diretamente ligada aos objetivos estabelecidos. É também um elemento constituinte da própria aprendizagem, uma vez que fornece dados para o arranjo de contingências de reforços para os próximos comportamentos a serem modelados.

c) Na abordagem pedagógica **Humanista**, registra-se a ocorrência de dois enfoques predominantes: O de Carl Rogers e o de A. Niell, sendo este último

classificado como espontaneista, porque propõe um desenvolvimento sem intervenções. A proposta rogeriana dá ênfase às relações interpessoais e ao crescimento que delas resulta, sendo o ensino centrado no aluno (MIZUKAMI, 1986).

O ensino decorrente das proposições de enfoque rogeriano implica técnicas de dirigir sem dirigir, ou seja, dirigir a pessoa à sua própria experiência, para que, dessa forma, ela possa estruturar-se e agir.

Nessa abordagem, a avaliação despreza qualquer tipo de padronização de produtos de aprendizagem, defendendo a auto-avaliação e considerando algumas proposições que a diferencia dos outros processos de auto-avaliação convencionais. Parte do pressuposto de que só o indivíduo pode conhecer realmente a sua experiência e que ela só pode ser julgada a partir de critérios internos do organismo, pois critérios externos podem causar desajustes.

d) A abordagem **Cognitivista** considera as formas pelas quais as pessoas lidam com os estímulos ambientais, organizam dados, sentem e resolvem problemas, adquirem conceitos e empregam símbolos verbais. Embora demonstre alguma preocupação com relações sociais, a ênfase dada é na capacidade do aluno de integrar informações e processá-las. Seu principal representante é Jean Piaget.

O ensino, nessa abordagem, é baseado no ensaio e no erro, na pesquisa, na investigação, na solução de problemas pelos alunos, e não em aprendizagem de fórmulas, nomenclaturas e definições. O ensino dos fatos deve ser substituído pelo ensino das relações. Em síntese, a aprendizagem verdadeira se dá no exercício operacional da inteligência e só se realiza quando o aluno elabora seu conhecimento.

No tocante ao processo de avaliação, essa abordagem demonstra uma certa tolerância com relação às formas tradicionais de avaliação, como exames orais e provas escritas. A aplicação dos conhecimentos em situações variadas constitui uma das formas de avaliação nessa abordagem, que considera as soluções, mesmo erradas, incompletas ou distorcidas, pois leva em conta que a interpretação do mundo, dos fatos e da causalidade é realizada sob formas qualitativamente diferentes, nos diversos estágios de desenvolvimento.

e) Para Mizukami (1986), a abordagem **Sócio-Cultural** parte sempre do que é inerente ao povo. Não fornece soluções acabadas e procura trabalhar valores que são inerentes às camadas da população, criando condições para que os indivíduos as assumam e não somente as consumam.

O ensino, nessa abordagem, assume um significado amplo, tal qual é dado à educação, não havendo restrições às situações formais de instrução. Para seus adeptos, a verdadeira educação consiste na educação problematizadora, que ajudará a superação da relação opressor x oprimido. A educação problematizadora ou conscientizadora objetiva o desenvolvimento da consciência crítica e a liberdade como meios de superar as contradições da educação bancária.

Nessa abordagem, a avaliação é feita sobre a prática educativa como um todo, e não apenas sobre uma parte dela, ou seja, seus conteúdos. Para a autora, a verdadeira avaliação consiste na auto-avaliação e na avaliação contínua e permanente da prática educativa, tanto pelos professores, como pelos alunos.

Antunes et al. (1999), assevera que, das doutrinas pedagógicas existentes, as mais utilizadas na prática educativa encontram-se nas seguintes formas

pedagógicas: a de transmissão de conhecimentos, a tecnicista ou de condicionamento e a da problematização da realidade:

- A opção pedagógica pela **transmissão de conhecimentos** parte da premissa de que as idéias e conhecimentos são os pontos mais importantes da educação e, como consequência, o posicionamento do aluno restringe-se à busca do alcance dos objetivos previamente traçados pelo professor.

A crítica mais importante que se faz a essa abordagem pedagógica refere-se a sua incapacidade de estimular o desenvolvimento das habilidades intelectuais de observação, avaliação, extrapolação e compreensão do aluno, necessárias para criticar e recriar a realidade. No âmbito coletivo e social obtêm-se grupos passivos e acríticos, que reproduzem padrões historicamente estabelecidos, desvinculados da sua realidade.

- À abordagem pedagógica **tecnicista ou de condicionamento** considera mais importante o aprender a fazer e não o aprender a saber. A intenção contida no processo educativo é formar indivíduos eficientes, altamente técnicos, capazes de atender, de forma satisfatória, o aumento da produtividade no sistema capitalista. Estão incluídos, nessa proposta: o enfoque sistêmico, o micro-ensino, a instrução programada e a especialização de funções.
- A terceira opção pedagógica é da **problematização da realidade**, centrada na compreensão de aluno como ser social, sujeito ativo, reflexivo, criativo e solidário, capaz de entender e modificar a sua realidade. Nessa proposta, o aluno é construtor de seu conhecimento a

partir da reflexão e indagação de sua própria prática e da sociedade onde vive. A doutrina problematizadora tem como vantagens aproximar a cultura popular da cultura erudita; aliar o pensar e o fazer; favorecer a cidadania e o compromisso social, possibilitando através da visão crítica da realidade a transformação das práticas das relações no plano, pessoal, profissional e social.

As opções pedagógicas de transmissão ou de condicionamento são importantes no processo de ensinar, quando se faz necessário apreender padrões tecnológicos cientificamente comprovados. Porém a superioridade da pedagogia de problematização está na sua contribuição para formar profissionais capazes de, na prática cotidiana, buscar um modo de “poder-fazer-pensar reflexivo, crítico e transformador” (ANTUNES et al., 1999, p.166).

Saviane (1986) classifica as teorias pedagógicas em “não crítica e crítico-reprodutivista”, reunindo, no primeiro grupo, teorias não críticas: a Pedagogia Tradicional, a Nova e a Tecnicista, por entender que encaram a educação como algo autônomo, sem relação com o social, portanto, sem sofrer influências das questões que afetam os homens em sociedade. Como pertencentes às teorias crítico-reprodutivistas, o autor apresenta: a Teoria do Sistema de Ensino Enquanto Violência Simbólica, a Teoria da Escola Enquanto Aparelho Ideológico do Estado (AIE) e a Teoria da Escola Dualista. Para o mesmo autor, essas teorias são críticas, porque procuram compreender a educação, não como algo autônomo, mas como algo que é determinado socialmente.

De acordo com esse autor, a estrutura socioeconômica é que condiciona a formação educacional. Dessa forma, esse grupo de teorias concebe a sociedade como

sendo essencialmente marcada pela divisão entre grupos ou classes antagônicas que se relacionam à base da força, manifestando-se fundamentalmente nas condições de produção da vida material e sendo considerada reprodutivista, porque reproduz a estrutura de classe da sociedade.

2.3.1 A Pedagogia Tradicional e o ensino de Enfermagem

A existência da Pedagogia Tradicional na Enfermagem é herança do período colonial, ainda quando esse formalmente inexistia, mas informalmente manifestava-se pelo empirismo através dos pajés, curandeiros e jesuítas. A pedagogia proposta pelos jesuítas, portanto, era de caráter tradicional humanística, reproduzindo o conservadorismo cultural, refletindo, assim, a subserviência aos valores da metrópole (NIETSCHER, 1998). Para esse autor, o ensino da Enfermagem caracterizou-se e ainda mantém-se dentro da pedagogia tradicional porque:

- Houve a implantação do método americano, no qual prevaleceu o conservadorismo cultural;
- As enfermeiras provinham da burguesia, as atendentes do proletariado e a escola preparava o aluno para atender aos anseios da classe dominante;
- A produção do conhecimento na Enfermagem é ainda deficitário e prevalece, muitas vezes, o aspecto mítico, e não o princípio científico, a condução ao conhecimento desvinculado da realidade social;
- O processo de formação das enfermeiras surgiu e perdurou em regime de internato, favorecendo, com isso, o controle rígido sobre as alunas;

- O aluno de enfermagem é considerado passivo e não participativo, estando os mesmos, durante a formação sob normas rígidas da escola, com uma conduta norteada por regras que devem ser seguidas sem questionamentos, caracterizando uma pedagogia de resignação, de poupança, de disciplina, onde prevalece a palavra do professor;
- A Enfermagem “copiou” modelos de assistência, de ensino e procurou receitas para a sua prática, padronização e rotinas, reforçando o princípio da escola como o lugar onde se têm as receitas, os modelos, as demonstrações;
- Os conteúdos das disciplinas são reproduzidos pelo professor como verdade absoluta e não têm relação com a experiência do aluno e das realidades sociais;

O atrelamento às necessidades do sistema faz com que muitas Escolas de Enfermagem continuem a perpetuar os valores da burguesia, num ensino desvinculado da realidade social.

2.3.2 A Pedagogia Tecnicista e o ensino de Enfermagem

A Pedagogia Tecnicista insere-se na história do ensino, no auge do período pós 1964, quando ocorreu a substituição da ideologia do Nacionalismo-Desenvolvimentista pela ideologia da Segurança Nacional. Na ocasião, toda a produção cultural de 1964 a 1978 passou a receber controle rígido do Estado, inclusive

a política educacional, que também teve de se adaptar às diretrizes do Estado policial (NIETSCHER, 1998).

Para esse autor, o ensino de Enfermagem sofreu grande influência dessa pedagogia, sobretudo o ensino técnico, porque, no auge da consolidação do tecnicismo no Brasil, surgiram, no período de 1975- 1980, 38 Escolas de Enfermagem, somando-se às 41 existentes entre o período 1923- 1974.

Os currículos dessas escolas tiveram influência da reforma universitária de 1968 que fragmentou o eixo de formação, comportamentalizando-o em três partes: pré-profissional, tronco profissional comum e habilitações. Privilegiou o desenvolvimento do ensino centrado no modelo de assistência hospitalar vigente, desvinculado da realidade, enfatizando o enfoque tecnicista, funcionalista e a assistência ao indivíduo hospitalizado.

O enfoque tecnicista vê a doença desvinculada do contexto social e procura manter e aperfeiçoar o sistema capitalista. Com isso, esse ensino procura reproduzir indivíduos competentes para o mercado de trabalho.

Para Nietscher (1998), são características da Pedagogia Tecnicista em vigência no ensino da Enfermagem:

- A utilização, no planejamento do Ensino de Enfermagem, dos objetivos instrucionais e comportamentos terminais, onde ocorre o controle do comportamento face a objetivos pré-estabelecidos;
- Ênfase à utilização de provas objetivas e fichas de observação, principalmente nos estágios;

- O desenvolvimento da técnica pela técnica, desvinculada do contexto social.

2.3.3 A Pedagogia Crítica ou Problematizadora e o ensino de Enfermagem

Libâneo (2003) admite a necessidade de uma teoria da educação voltada para os interesses da classe dominada, visando a sua emancipação, libertação, através de uma transformação social. O referido autor classifica essas teorias pedagógicas voltadas para a formação de sujeitos críticos - reflexivos e questionadores em Pedagogia progressista a qual inclui as tendências libertadora, libertária e crítico-social dos conteúdos.

A tendência libertadora é conhecida como pedagogia de Paulo Freire; a libertária reúne os defensores da auto-gestão pedagógica; a crítico-social dos conteúdos que, diferentemente das anteriores, enfatiza a primazia dos conteúdos no seu confronto com as realidades sociais.

De acordo com Libâneo, (2003), as tendências libertadora e libertária têm em comum o anti-autoritarismo, a valorização da experiência vivida como base da relação educativa. Em função disso, dá-se mais valor ao processo de aprendizagem grupal do que aos conteúdos de ensino. Já a tendência da pedagogia crítico-social propõe uma síntese superadora das pedagogias tradicional e renovada, valorizando a ação pedagógica enquanto inserida na prática social concreta, exercendo, assim, a articulação entre a transmissão dos conteúdos e a assimilação ativa por parte de um aluno concreto ou seja, inserido num contexto de relações sociais, de cuja articulação resulta o saber criticamente reelaborado.

Para Nietscher (1998), a Pedagogia Crítica no ensino da Enfermagem encontra-se num período de “incubação”. Sua inserção começou bem discretamente e tendo como pano de fundo as tentativas de mudanças no ensino e na profissão de Enfermagem, influenciadas pelas discussões de um novo paradigma político na saúde na década de 1980 e no início de 1990. Na ocasião, realizaram-se vários Congressos Brasileiros de Enfermagem, enfocando temas mais reflexivos sobre a profissão.

Segundo Nietscher (1998), em nível prático, os cursos de Enfermagem ainda precisam caminhar muito, embora já existam pequenos grupos isolados considerando os princípios da pedagogia Crítica. Em nível técnico, a Enfermagem tem avançado, segundo essa autora, porque tem aberto espaço para:

- Conceber-se que as doenças são produzidas socialmente e que a prática de enfermagem não é simplesmente oferecida aos corpos individuais;
- Sua participação em debates e definições das políticas sociais;
- Ampliar a consciência de que tão importante quanto a escolha do elenco e do conteúdo das disciplinas é a condução do ensino, de acordo com uma abordagem teórico-metodológico que forme um profissional situado e lotado numa realidade social e que deve ser apreendida dentro de uma visão crítica, participativa e construtiva.

No entanto, essas mudanças não significam apenas a invenção de novas técnicas, novas formas de planejamento educacional, novos texto didáticos, mas uma mudança da postura profissional e, conseqüentemente, da ação educativa (NIETSCHER, 1998).

2.4 Retrospectiva histórica da constituição da loucura como doença mental

A loucura é uma experiência humana vivida em todas as épocas e interpretada conforme a visão de mundo dominante, em cada momento histórico. Na Antiguidade, foi compreendida através do enfoque mágico-religioso, que foi sendo superado conforme se desenvolviam as sociedades ocidentais. No Século V a.C., formulou-se o pensamento científico sobre a loucura, quando o organicismo hipocrático atribuiu sua causa a uma perturbação no cérebro, alterado por desequilíbrios humorais (SILVA, A., 2002).

Até o início da Idade Média, havia tolerância para com os loucos que podiam vagar livremente e eram de responsabilidade coletiva. Essa tolerância foi possível pela idéia de mundo limitado da Teologia, na qual a submissão e a caridade eram requisitos para a salvação. Naquele contexto, a loucura foi concebida como experiência pessoal e como plano divino (RESENDE, 1987).

No entanto, o longo período medieval foi o cenário de transformações sociais radicais. A instabilidade social ameaçou as classes dominantes e, o Clero, para manter a ordem social, retomou a concepção mágico-religiosa do mundo, na qual a loucura foi compreendida como uma possessão, e, incluída entre as heresias. Na perseguição desenvolvida pela Santa Inquisição contra aqueles que desrespeitavam a ordem daquela sociedade, estavam os hereges, os profanadores e os loucos.

Até o Renascimento, os loucos não tinham o estatuto de doentes mentais. A institucionalização da loucura, como doença mental, ocorreu depois do movimento social reformador do fim do século XVIII, na Europa (FOUCAULT, 1987).

Naquela ocasião, firmou-se a necessidade de substituição da idéia de mundo medieval limitado pela concepção filosófica de mundo extenso, orientando o racionalismo científico que predominou na modernidade, marcado pela importância atribuída à razão e ao poder da técnica, que vêm sendo questionados na atualidade (BIRMAN, 1992). A nova interpretação da realidade social e histórica produziu distintas relações sociais, e, com ela, novas referências como a potência do trabalho para a mobilidade social, afirmada na França, a partir de 1789.

Segundo Birman, (1992), para atender a necessidade de legitimar as restrições da nova organização social, a Psiquiatria projetou, como sua finalidade, o tratamento dos distúrbios mentais e as indicações de sua instrumentalidade terapêutica. O caráter aprisionador da ciência em relação à loucura pelo aspecto disciplinador da prática médica, voltada para a cura racional das individualidades alienadas e para a saúde moral das populações, passou a orientar as normas que deveriam pautar os comportamentos, respondendo à necessidade da nova ordem social burguesa (FOUCAULT, 1987).

A primeira expressão dessa tendência foi a experiência de Pinel, em 1793, quando defendeu o isolamento dos loucos para a objetivação da loucura. Promoveu a primeira Reforma Psiquiátrica, desacorrentando os loucos do Hospital Geral, e propôs seu tratamento moral, a disciplina que devia ser praticada num hospital especializado. Justificava-se, desse modo, a exclusão social do louco, primeira condição terapêutica para a loucura, a partir daquele momento, reconhecida como doença mental (AMARANTE, 1995).

No Século XIX, a trajetória alienista da loucura teve em Esquirol o grande teórico dessa concepção. Seguidor de Pinel, Esquirol iniciou a medicalização da loucura e a consolidação do estatuto jurídico, social e civil do louco como “doente mental”, alienado e juridicamente instituído com a primeira Lei, na Europa, de 1838 (CASTEL, 1991).

Naquele cenário, o pensamento científico positivista, em desenvolvimento, expressou-se em Kraepelin, um psiquiatra alemão que propôs uma nova classificação das doenças mentais a partir da redefinição do conceito de demência precoce, já elaborado por Morel. Para Amarante (1995), Kraepelin introduziu o conceito de relação terapêutica através do tratamento moral, para a apropriação da loucura pela medicina.

No Século XX, as descobertas de Freud sobre o inconsciente mostraram que a consciência humana é uma pequena parte da vida psíquica, levando-o à concepção psicodinâmica, que supõe a doença mental como uma patologia do psiquismo a ser tratada pela Psiquiatria Analítica. Freud considerou a divisão do psiquismo nos planos, consciente e inconsciente. No plano consciente, a razão, para Chauí (1995), não seria a “essência da vida psíquica”, mas, uma qualidade da vida psíquica.

Atualmente, as críticas ao saber da Psiquiatria moderna questionam, tanto o hospital, como o saber psiquiátrico que o autoriza. Iniciadas no contexto do Pós-Guerra Mundial, essas críticas motivaram o surgimento da Psiquiatria Social que recortou um novo objeto de interesse da Psiquiatria, a saúde mental. Disso resultou a possibilidade de novas interpretações da loucura e as distintas abordagens sobre o processo saúde-doença mental.

Essas reflexões permitiram os vários movimentos por Reforma Psiquiátrica no mundo como: o Movimento das Comunidades Terapêuticas na Inglaterra; o da Psicoterapia Institucional e o Movimento de Psiquiatria de Setor na França; a Psiquiatria Preventiva nos Estados Unidos - EUA; o movimento da Antipsiquiatria na Inglaterra e o da Psiquiatria Democrática na Itália. Vários países ocidentais, inclusive o Brasil, aproximaram-se da Psiquiatria Social, por meio de experiências socioterápicas que marcaram a trajetória da Psiquiatria no novo enfoque da saúde mental.

Os primeiros movimentos das Comunidades Terapêuticas pautaram-se pela crítica à estrutura dos asilos, responsabilizando-os pela cronificação dos “doentes mentais”, mantendo, contudo, seu caráter de instrumento de cura. Nesse sentido, propunha-se uma reforma estrutural interna da organização do asilo com a finalidade de resgatar a positividade de seu estatuto terapêutico (BIRMAN, 1992).

Posteriormente, o movimento da Psiquiatria Social ampliou sua interpretação crítica, ao agregar à positividade do hospital psiquiátrico a finalidade de prevenção da doença mental e a promoção da saúde mental, no enfoque da saúde e da doença mental como adaptação/inadaptação social. Esse movimento possibilitou a ampliação da Psiquiatria para o espaço público e coletivo com significados políticos e ideológicos mais amplos do que as mudanças operadas no modelo psiquiátrico (BIRMAN, 1992).

Diferentemente do movimento da Psiquiatria Social, os movimentos da Antipsiquiatria e da Psiquiatria Democrática italiana propuseram uma ruptura epistemológica com os saberes e as práticas psiquiátricas tradicionais, ao defenderem a

desconstrução-reconstrução do conjunto de relações que se estabelecem entre: instituições/práticas/saberes da psiquiatria (AMARANTE, 1995).

As experiências da Psiquiatria Social e Preventiva européia repercutiram nas Américas. Os Estados Unidos da América - EUA sofreram a influência do modelo inglês de Comunidades Terapêuticas.

Segundo Basaglia (1982), a partir do período de 1960, os EUA adotaram a política da desospitalização, pondo fim aos manicômios e inaugurando os Centros de Saúde Mental, numa política marcada por “uma gestão repressiva, mas que, aparentemente tinha um colorido de liberdade...”, “...é um manicômio muito grande que envolve toda a cidade, que substituiu o antigo manicômio”.

A partir de 1970, as organizações internacionais expressaram a necessidade de definição de uma política de saúde mental para o Continente Latino-Americano que priorizasse os serviços básicos de saúde. Nesse contexto, o Brasil incorporou as proposições da Medicina Comunitária e Preventiva como estratégia da sua assistência psiquiátrica (BARROS, 1996).

Em 1979, a discussão sobre a Reforma Psiquiátrica trouxe ao Brasil Franco Basaglia, um psiquiatra italiano à frente do movimento para a transformação da assistência psiquiátrica em seu país. Ele defendia a desinstitucionalização da doença e do “doente mental”. Sua compreensão sobre as mudanças necessárias na área da saúde mental difere da adotada pelos reformadores americanos, principalmente no que se refere à desinstitucionalização como a desospitalização e a prevenção, praticadas pelo movimento das Comunidades Terapêuticas, nos EUA.

Basaglia (1985) propõe a “desconstrução” do hospitocentrismo. Assim, a desinstitucionalização da doença e do “doente mental” corresponde ao que afirmou, como, “retirar o doente mental do parêntese” colocado pela Psiquiatria e pelos conceitos que a ela se referem para a objetivação da doença mental. O autor defende a inversão: colocar no parêntese a doença mental, o rótulo, o estigma e deixar o sujeito livre do peso do juízo de valor, que o considera um estado de permanência patológica, um “doente mental”.

2.5 Os modelos de assistência psiquiátrica no Brasil

No Brasil Colônia, a loucura foi socialmente ignorada e os loucos desfrutavam de relativa tolerância e liberdade, favorecida pela organização social que era pouco complexa e pautada pelo trabalho baseado na atividade agrícola, artesanal e artística (RESENDE, 1987).

A emergência do capitalismo no país, as mudanças nas relações de trabalho e nas Instituições dessa sociedade, também emergente, produziram necessidades sociais para a organização do meio urbano que deveria apresentar-se favorável à produção e à exportação de mercadorias. Essas mudanças alteraram a situação do louco e da loucura que passaram a ser concebidos como “doente” e doença mental, respectivamente, e, a exemplo do ocorrido na Europa, no século XVIII, o doente deveria ser excluído, e tratada a sua doença (BIRMAN, 1992).

No Brasil Império, a loucura, depois de reconhecido seu potencial para a desordem, foi subjugada à repressão. Os loucos foram recolhidos às cadeias e Santas

Casas de todo o País e mantidos em porões. Para se combater essa violência, construiu-se o primeiro asilo, o Hospício D. Pedro II no Rio de Janeiro, em 1852, cabendo à Psiquiatria, inspirada em Esquirol, a função de praticar o tratamento moral (RESENDE, 1987).

No início do século XX, a economia brasileira tinha uma perspectiva exportadora que estava sendo ameaçada pela urbanização desordenada, pela proliferação de favelas e doenças. Nesse contexto, o controle das doenças constituiu o eixo da Política de Saúde, cuja finalidade era o saneamento dos espaços urbanos de circulação de mercadorias exportáveis e a manutenção/recuperação da força de trabalho.

Para tanto, em 1903, foi aprovada a primeira Lei dos Alienados, segundo Machado (1978, p.484),

fazendo do asilo o lugar oficial da loucura e, subordinando a internação ao parecer médico, estabelecendo a guarda provisória dos bens do alienado, determinando a declaração dos loucos que estão sendo tratados em domicílio, regulamentando a posição da psiquiatria no interno do hospício... Essa Lei faz do psiquiatra a maior autoridade sobre a loucura, nacional e publicamente reconhecido.

Para Barros (1996), a psiquiatria brasileira do início do Século XX cumpriu sua síntese asilar definindo um dos elementos da política de saúde mental, um estatuto de usuário ao louco, com fundamentos teórico-práticos e institucionais sob os quais se edificou o sistema psiquiátrico em vigor. Visava a ampliar os limites psiquiátricos para a vida social, sob argumentos como: a prevenção e a eugenia, constituindo-se em instrumento político a serviço da crítica ao sistema da Primeira República.

Identificada com a ideologia antiliberalista das décadas de 1920 e 1930, a psiquiátrica brasileira passou a construir seu modelo como instrumento de poder, a serviço da hegemonia. Essa especialidade ingressou tardiamente nas políticas públicas de saúde do país, pois, a assistência médica já estava organizada em Institutos, desde 1920, e, somente em 1950, ela foi incorporada como benefício previdenciário, pautada no hospitalocentrismo, portanto, na “doença”, apesar de já existir no Brasil o discurso sobre a *saúde mental* na abordagem da Psiquiatria Social (RESENDE, 1987).

Segundo Silva e Barros (2002), o golpe militar de 1960 interrompeu o debate sobre as mudanças sociais, como a superação do modelo sanitário campanhista em vigor e sobre a municipalização como estratégia para uma Reforma na área da saúde, defendida em novembro de 1963, na III Conferência Nacional de Saúde – CNS. Nesse período, o confisco dos poderes locais deixou os municípios sem autonomia e sem recursos financeiros, subordinados ao apoio político da ditadura militar, fragilizando a capacidade de formulação e gestão das ações locais de saúde, nos 20 anos subsequentes.

Nesse contexto, iniciou-se, na área da saúde, a generalização das privatizações, pela compra de serviços do setor privado com o dinheiro público, favorecendo a empresa médico-industrial. A expansão da oferta de leitos psiquiátricos reforçou o modelo hospitalocêntrico e constituiu-se no principal obstáculo para a implantação de Programas de Assistência Psiquiátrica mais complementares e não asilares.

As denúncias contra tais procedimentos intensificaram-se, no fim do período de 1970, no bojo do Movimento da Reforma Sanitária e de um Movimento

maior por democracia no País, quando a proposta de Reforma Psiquiátrica passou a ser reivindicada por movimentos sociais organizados, como o Movimento dos Trabalhadores de Saúde Mental.

Em 1981, a tendência de Reforma Psiquiátrica começou a ser incorporada como Política Nacional de Saúde Mental. O Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária – CONASP elaborou um Programa de Reorientação Psiquiátrica, enfatizando os cuidados primários de saúde, levando vários Estados do Sudeste e do Sul a iniciarem práticas de reformulação da assistência, no sentido de superar o modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 1983).

A I Conferência Nacional de Saúde Mental – I CNSM realizada em 1987, como um desdobramento da VIII Conferência Nacional de Saúde – CNS, incluiu, entre seus temas, o impacto da economia e da organização social sobre o processo saúde-doença mental, a Reforma Sanitária e a reorganização da assistência à saúde mental, a Reforma Psiquiátrica (RELATÓRIO FINAL, 1988).

No evento, foi proposto o redirecionamento das práticas psiquiátricas pelo combate à psiquiatrização do social e pela defesa da democratização das instituições de saúde, da participação da população no nível decisório das políticas de saúde mental e da priorização de investimentos nos serviços extra-hospitalares, em oposição à tendência hospitalocêntrica.

O Relatório Final desse evento recomendou a redução dos leitos psiquiátricos existentes, a criação desses leitos em hospitais gerais públicos, a proibição da construção de novos hospitais psiquiátricos tradicionais, a priorização do

sistema extra-hospitalar e multiprofissional como estratégias para a reversão da tendência hospitalocêntrica (RELATÓRIO FINAL, 1988).

Segundo Barros (1996), embora houvesse, no fim de 1980, uma política de saúde mental desenhada e um movimento social organizado reivindicando sua implantação, isso não garantiu sua efetivação. No entanto, Estados como São Paulo, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul ampliaram a rede de assistência e a discussão de questões pertinentes à mudança, como a redefinição dos papéis profissionais e o trabalho de equipe a ser desenvolvido no novo enfoque.

Experiências locais inovadoras tiveram início em 1987 com a criação do Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo e o Núcleo de Atenção Psicossocial – NAPS, em Santos, em 1989, ano também da elaboração do Projeto de Lei de autoria do deputado Paulo Delgado, que propôs a extinção progressiva dos hospitais psiquiátricos, motivando a ampliação do debate sobre a questão da loucura, da Psiquiatria e de suas Instituições na sociedade brasileira (AMARANTE; TORRES, 2001).

A Conferência sobre a Reestruturação da Assistência Psiquiátrica na América Latina, em Caracas, em 1990, reconheceu a ineficácia do hospitalocentrismo, contribuindo para que a proposta de Reforma Psiquiátrica no Brasil assumisse a finalidade de inclusão social, apontada no evento, no tema da desinstitucionalização (GONZÁLES; LEVAV, 1991).

Nesse momento, em virtude dos *novos serviços* extra-hospitalares já implantados em alguns Estados, a proposta de *reestruturação* da assistência assumiu o

caráter de Política Nacional de Saúde Mental, legalizando as práticas dos novos serviços, por meio das Portarias Ministeriais, 189/91 e 224/92 (BRASIL, 1991; 1992).

Em 1992, realizou-se a II CNSM, em Brasília, que discutiu: a Rede de Atenção em Saúde Mental, a Transformação e o Cumprimento de Leis e o do Direito à Atenção e Cidadania das pessoas com doenças mentais. O Relatório Final desse evento destacou temas como a legislação, a municipalização, o financiamento, a gerência, a capacitação dos trabalhadores e a organização do trabalho. Recomendou o fomento à pesquisa na área e que as Universidades introduzissem o ensino em saúde mental na perspectiva da Saúde Coletiva (RELATÓRIO FINAL, 1994).

O Plano de Trabalho da Coordenação de Saúde Mental do Ministério da Saúde - COSAM-MS, de 1994, refletiu, em suas diretrizes, as orientações da I e da II CNSM, apontando a perspectiva da Saúde Coletiva, ao propor a substituição do modelo assistencial hospitalocêntrico, por uma rede de atenção integral em saúde mental, diversificada, descentralizada e integrada à rede geral de serviços de saúde e a outros recursos comunitários (BRASIL, 1994).

O reconhecimento da persistência do modelo tradicional de assistência, embora os discursos oficiais afirmassem a necessidade de mudança, levou o COSAM-MS a sugerir indicadores de mudanças como: a redução do número de leitos hospitalares, o aumento dos recursos não-manicomiais e a adoção de estratégias para o cumprimento das leis estaduais em vigor (BARROS, 1996).

Essas medidas apontam para a desinstitucionalização como estratégia para a Reforma Psiquiátrica no Brasil, a exemplo de experiências em outros países, como

Estados Unidos da América – EUA e Itália. Entretanto, é preciso atentar para o fato de que a desinstitucionalização assumiu significados diferentes nos diversos países.

Segundo Amarante (1996), o termo desinstitucionalização nos EUA, refere-se a um conjunto de medidas de desospitalização para a contenção das despesas públicas. Na Itália, o mesmo termo pressupõe a superação do modelo de assistência tradicional e refere-se à desconstrução dos saberes e práticas da Psiquiatria Tradicional, permitindo a crítica ao sistema hospitalar e ao saber que o autoriza.

Para Barros (1996), as propostas de mudanças da assistência psiquiátrica brasileira estão efetivando-se lentamente, como novos modos culturais, políticos, jurídicos e sociais de se lidar com a loucura, com os loucos e com o sofrimento psíquico.

Amarante (1996) acrescenta que, nessas propostas, coexistem doutrinas, tendências e escolas às quais correspondem diferentes concepções do processo saúde-doença mental que traduzem idéias complexas sobre as visões de mundo que condicionam os vários projetos da Reforma Psiquiátrica.

No Brasil, em 2000, foi aprovada a Lei nº 10.216 que regulamenta a assistência psiquiátrica, aceita pelo movimento contra-hegemônico, com ressalvas, por ter substituído o Projeto de Lei, do deputado Paulo Delgado, apoiado pelo movimento social organizado (BRASIL, 2001).

No entanto, a III CNSM, ocorrida em dezembro de 2001, em Brasília, resgatou as idéias do Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado. No Relatório Final desse evento, reafirmou-se o compromisso com a mudança transformadora do modelo

assistencial em saúde mental na perspectiva da Reforma Psiquiátrica, compreendida como um processo para a transformação de saberes, práticas, valores culturais e sociais, que é marcado por tensões, desafios e conflitos, buscando, sobretudo, transformar as formas de lidar com a experiência da loucura e da invalidação, e de produzir novas possibilidades de vida e de relações sociais (RELATÓRIO FINAL, 2002).

Esse documento, além dos destaques sobre o que deve orientar a política de saúde mental e sobre a organização dos serviços, dispõe acerca de: responsabilidades dos gestores, planejamento, auditoria, controle e avaliação da política e dos serviços. Apresenta a desinstitucionalização como estratégia para a superação do modelo asilar, propondo para tanto, a organização e a produção da rede de serviços substitutivos do hospital psiquiátrico.

2.6 Processo da Reforma Psiquiátrica em João Pessoa-Pb

Silva, A. (2003) apresenta a trajetória da Reforma Psiquiátrica na Paraíba, enfatizando a atuação do Movimento de Luta Antimanicomial. Segundo a autora, as discussões sobre as questões de saúde mental e as mudanças na assistência psiquiátrica começaram a ser engendradas na Paraíba, no fim da década de 1970, a partir de denúncias feitas na imprensa local acerca das precárias condições de vida e assistência dos internos do Hospital Colônia Juliano Moreira e Sanatório Clifford.

Tais denúncias foram feitas por docentes e alunos da Universidade Federal da Paraíba, por ocasião de estágios realizados nas referidas instituições psiquiátricas. Esse fato impulsionou o início da batalha pela Reforma Psiquiátrica na Paraíba.

Do fim da década de 1980 até meados da década de 1990, a realização de vários eventos movimentou o campo da saúde mental, na Paraíba, colocando em discussão o louco, a loucura e suas instituições. Dentre eles, destacam-se: I Fórum Estadual de Saúde Mental, em 1992; I Seminário Paraibano de Saúde Mental, no ano de 1994; II Seminário Paraibano de Saúde Mental, em 1996. Todos eles contaram com a participação de profissionais e pessoas ligadas à área de saúde mental.

Em setembro de 1996, foi constituída a Comissão Estadual de Reforma Psiquiátrica junto ao Conselho Estadual de Saúde, com o objetivo de definir estratégias para o cumprimento das Resoluções da II Conferência Nacional de Saúde Mental e avaliar o desenvolvimento do processo de Reforma Psiquiátrica no Estado (COSTA, 2000).

Por determinação do então Secretário Estadual de Saúde, através da Portaria 343/96, foi estruturado, em abril de 1997, o Complexo Psiquiátrico Juliano Moreira incorporando o Sanatório Clifford, o Ambulatório Gutemberg Botelho, Hospital-Dia, Espaço Conviver e a Unidade de Psiquiatria Landoaldo Falcão.

Posteriormente, foi incorporado a esse Complexo o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). Para Braga (2003), a iniciativa, na Paraíba, de se criarem serviços substitutivos, conforme proposta pelo movimento pela Reforma Psiquiátrica, representa a intenção do Estado de participar desse movimento por mudanças no campo da atenção psiquiátrica, desencadeado em todo o território nacional.

Apesar dos esforços, a Paraíba tem participado de forma incipiente no processo nacional de transformação no campo da saúde mental e da assistência psiquiátrica. Ao longo dos 20 anos de deflagração do processo de luta pela Reforma Psiquiátrica no Estado, não se observaram mudanças significativas no modelo assistencial, que permanece predominantemente hospitalocêntrico (COSTA, 2000).

Pesquisa realizada recentemente por Silva, A. (2003), constata um processo de reforma psiquiátrica em João Pessoa caracterizado pelo *reformismo*, categoria a que a autora se refere para designar um processo de mudança superficial na estrutura física e na organização administrativa dos serviços, na aparência da instituição, sem atingir a sua essência. Para ela, a reforma psiquiátrica é compreendida como um processo que diz respeito à **política** de saúde mental que corresponde a um conjunto de intenções e gestos; à organização dos **serviços** e aos **processos de trabalho** que materializam os saberes que os autorizam.

Referencial Metodológico

“Um processo de mudança pode sempre começar aqui e agora.”

Gastão Wagner de Souza Campos

3.1 Bases teórico-metodológicas do estudo

Trata-se de um estudo de caráter descritivo e de abordagem qualitativa, que tem como referencial teórico-metodológico a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC. A eleição dessa abordagem decorre de suas possibilidades explicativas da dinâmica social em permanente estruturação, na qual a educação, a saúde e particularmente o ensino técnico em Enfermagem articulam-se.

A teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva - TIPESC propõe que o objeto do estudo seja captado por meio da realidade objetiva, buscando-se identificar as contradições dessa realidade nas situações que evidenciam a necessidade de superação (EGRY, 1996).

Ao interpretar um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução sociais referentes à saúde/doença de uma dada coletividade, a TIPESC opta pela visão de mundo “social”, propondo-se a ser um processo *dialetizado, totalizante e prático*, requerendo uma opção metodológica, onde os fenômenos sejam assim analisados (FAUSTINO, 2004).

A TIPESC é constituída de duas categorias do Materialismo Histórico e Dialético - MHD, a historicidade e a dinamicidade, na busca de compreender a história de um campo de saber, a Enfermagem, pelo desvelamento da constituição desse saber na dinamicidade e na historicidade da constituição de seu processo de construção na realidade social, na busca de interpretar os fenômenos dos processos saúde-doença nas dimensões, estrutural, particular e singular (EGRY, 1996).

Na dimensão estrutural do fenômeno estudado encontram-se as políticas sociais do País, entre as quais as de Saúde e Saúde Mental – representadas pela proposta do SUS e pela proposta de uma Reforma Psiquiátrica e a Política de Educação que se manifesta na LDB.

Na dimensão particular, identificam-se as Diretrizes Curriculares do Curso Técnico em Enfermagem e o perfil profissional necessário à implementação das novas práticas em saúde, demandadas pelo Sistema Único de Saúde e pela dinâmica da realidade social que contesta o modelo de assistência tradicional da Saúde Pública, individual, fragmentado e ineficaz.

Na dimensão singular, encontram-se os processos de ensino e de avaliação (Prática Educativa) em Enfermagem, nos quais o ensino de enfermagem no nível técnico tem lugar, para a atual finalidade, o desenvolvimento da força de trabalho em enfermagem por meio da formação de sujeitos críticos, reflexivos e capazes de construir competências para potencializar o trabalho em saúde, no sentido das transformações requeridas na atualidade. Desse modo, o estudo adota como categorias conceituais a Prática Educativa e as abordagens pedagógicas que o sustenta na formação do técnico em enfermagem, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

Segundo Egry (1996), categorias conceituais são “um conjunto totalizante de noções e idéias historicamente construídas que demarcam, em seus espaços, as partes interligadas do fenômeno considerado”. Ou seja, diz respeito ao conhecimento que, ao mesmo tempo em que constitui o maior grau de abstração a que corresponde o objeto recortado, é também o que mais se aproxima de sua singularidade, constituindo a instância dialética e mediadora para sua compreensão.

3.2 O Campo da investigação

Segundo Minayo (2000), na pesquisa qualitativa, o campo de investigação é o espaço ocupado pelas relações sociais relacionadas com o objeto do estudo. Desse modo, o contexto no qual está inserido o objeto desta investigação é a Escola do Curso Técnico em Enfermagem da Universidade Federal da Paraíba, local onde os sujeitos desta pesquisa desenvolvem suas relações sociais de trabalho.

A Escola Técnica de Saúde, está vinculada ao *campus I* da Universidade Federal da Paraíba, através do Centro de Ciências da Saúde, com sede na cidade de João Pessoa-Pb. Dispõe do Curso Técnico em Enfermagem e qualificação como Auxiliar de enfermagem, caso sejam cumpridos apenas os dois módulos iniciais do curso, devendo o aluno retornar à escola no prazo máximo de 5 anos para a complementação da carga horária que lhe conferirá o certificado de técnico.

O ingresso no Curso Técnico dá-se por processo seletivo, sendo publicadas, em Edital, as informações necessárias para a inscrição. Tem carga horária total de 1800 horas, sendo 285 no módulo básico e 925 nos módulos profissionais I e II. O módulo profissional I tem 440 horas de aula teórico-práticas, com acompanhamento direto do professor; no módulo profissional II a carga horária teórica é de 190 horas, seguido pelo estágio supervisionado com 400 horas, contemplando os módulos profissionais. As aulas são teórico-práticas, tendo como principal campo de estágio o Hospital Universitário Lauro Wanderley – HU, pertencente à UFPB, além de várias outras instituições de saúde de João Pessoa (SOARES et al., 2003).

O curso é iniciado pelo módulo básico, o qual é composto pelas disciplinas: Noções de Anatomia e Fisiologia Humana, Noções de Microbiologia, Parasitologia e Imunologia, Saúde Coletiva, Psicologia Aplicada à Saúde, Ética em Saúde, Noções de Primeiros Socorros e Introdução à Microinformática. É Seguido pelo módulo profissionalizante I, com as disciplinas: Legislação em Enfermagem, Fundamentos de Enfermagem I e II, Noções de Pesquisa em Enfermagem, Enfermagem Clínica, Enfermagem Cirúrgica, Enfermagem na Saúde da Mulher, Enfermagem na Saúde da Criança e do Adolescente, Enfermagem em Saúde Mental e Enfermagem em Saúde Coletiva. Por último o módulo profissionalizante II, que oferece as disciplinas: Enfermagem em Emergências, Enfermagem em UTI, Bioética Aplicada à Enfermagem e Informática Aplicada à Enfermagem (SOARES et al., 2003).

Em observância às novas exigências da atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Lei nº 9394/96, e levando em consideração o contexto de mudanças na forma de pensar a saúde e a doença como um processo, sendo determinadas, também, por fatores sociais, a Escola Técnica de Saúde/CCS/UFPB tem justificado a construção do seu Projeto Político Pedagógico baseado na concepção de uma educação emancipatória e solidária, observando o respeito aos sujeitos do processo ensino-aprendizagem e a luta contra a exclusão e a seletividade, presentes na sociedade e na escola, ao longo da história da educação brasileira (SOARES et al., 2003).

A proposta consiste em uma organização curricular que retrate a realidade social, escolar e educacional; as necessidades e perspectivas da sociedade onde a escola está inserida, observando o seu momento histórico e o aspecto sócio-político-cultural. A partir da inserção de novas práticas, num exercício coletivo de criatividade,

a Escola Técnica de Saúde busca a integração entre a teoria e a prática, no processo de formação de seus educandos (SOARES et al., 2003).

De acordo com o Projeto Político Pedagógico (2003, p.14), da Escola Técnica de Saúde/CCS/UFPB, o objetivo geral do Curso oferecido é: “Promover a formação profissional de nível técnico em saúde, dentro dos princípios éticos, numa proposta inovadora, com atuação nos processos bio-psico-sócio-culturais”. Os objetivos específicos são:

Promover o processo ensino-aprendizagem centrado no aluno, levando-o a perceber-se como sujeito ativo/ criativo e agente de transformação social; proporcionar conhecimentos contextualizados que possibilitem a observação dos fatos do cotidiano, posicionando-o criticamente com relação ao seu papel na sociedade; proporcionar fundamentação técnico-científica ao aluno, necessária para desenvolver competências e habilidades, voltadas para a prática do cuidado ao indivíduo, à família e à comunidade; promover integração através do ensino, pesquisa e extensão (SOARES et al., 2003, p.14).

O alcance de tais objetivos, no término do curso, resulta na formação do Técnico de Enfermagem, sujeito social capaz de analisar os diferentes contextos no âmbito de sua prática, com espírito crítico, e cuidar do indivíduo sob um olhar holístico, respeitando seus valores espirituais, éticos e morais (SOARES et al., 2003).

3.3 Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta investigação foram os docentes do Curso Técnico de Enfermagem da UFPB, que ministram ou já ministraram as disciplinas da área psiquiátrica, que têm seus discursos representados pela letra P, e os discentes que já cursaram a disciplina Enfermagem em Saúde Mental, que têm seus discursos

representados pela letra A, os quais concordaram em participar do estudo, após terem sido informados de sua finalidade.

Como estratégia para despertar o interesse desses sujeitos sobre a investigação, foram agendados contatos pessoais nos quais foram explicados a relevância e os objetivos da pesquisa.

Na ocasião das entrevistas, o projeto foi apresentado aos sujeitos e explicado de acordo com o interesse de cada um, quando também lhes foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), permanecendo o pesquisador à disposição para quaisquer esclarecimentos.

3.4 A técnica de investigação

Neste estudo, foi utilizada a técnica de entrevista. Minayo (2000) considera a entrevista uma técnica privilegiada na busca de informações para as pesquisas sociais, pela possibilidade de a fala revelar os sistemas de valores e símbolos e, “ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas”.

Para a realização das entrevistas, foi seguido um roteiro de entrevista (Apêndice B e C), contendo questões subjetivas sobre a prática de ensino na disciplina investigada, relacionando-a com a Reforma Psiquiátrica. Esse roteiro é composto de questões nucleares sobre o Ensino em enfermagem e a formação do técnico em Enfermagem, na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

As entrevistas foram agendadas e realizadas nos meses de fevereiro e março de 2005. Ocorreram individualmente, sendo observada a privacidade dos respondentes. Por terem sido gravadas, foram transcritas na íntegra e, posteriormente, apresentadas aos entrevistados, que poderiam modificar alguma posição, se assim o desejassem. O processo de análise e discussão do material empírico foi iniciado após todas as entrevistas terem sido transcritas e mostradas aos entrevistados.

3. 5 Análise e discussão do material empírico

O material empírico foi analisado pela técnica de análise do discurso proposta por Fiorin (1998, 1999), para quem o texto é um objeto integralmente lingüístico e histórico. Lingüístico, porque é conformado como uma estrutura interna, disposto em regras gramaticais, que permitem sua coerência num todo organizado de sentido, e num universo de significação. O texto é histórico porque seu sentido é dado, também, por suas relações com o exterior, com as concepções que existem na sociedade da época em que ele foi produzido (FIORIN, 1999).

Nesse enfoque, o texto é uma organização dotada de mecanismos de coerência, nos quais se percebem as visões de mundo dos sujeitos, onde se encontram os temas que vão conformar as categorias com as quais os pesquisadores trabalharão. O discurso é uma posição social e é essa que se deve analisar. Entender um discurso é compreender o tema que explica os elementos concretos que estão distribuídos ao longo dos textos, no percurso figurativo, dando unidade aos elementos dispostos, quando são explicados, pois, segundo Fiorin (1998, p.48):

A análise do discurso vai, à medida que estuda os elementos discursivos, montando, por inferência, a visão de mundo dos sujeitos inscritos no discurso. Depois mostra o que é que determinou aquela visão nele revelada... A análise embora não negue a relativa autonomia do discurso, não o vê como uma autarcia, pois, a chave para sua inteligibilidade última não está em si próprio, mas na formação ideológica que o governa.

3.6 Etapas do trabalho de análise e discussão

O primeiro momento da fase de análise do material empírico deste estudo foi a organização desse material, quando foram realizadas: as transcrições das entrevistas, a impressão e a leitura dos textos.

O segundo momento foi o de re-leituras dos textos e identificação dos subtemas pertinentes às questões correspondentes. Em seguida, foi feita a identificação dos textos que se referem às práticas pedagógicas do ensino de enfermagem em saúde mental, que permitiram identificar os principais elementos característicos das Abordagens Pedagógicas na Prática Educativa dos entrevistados.

Subseqüentemente, os textos foram decompostos e organizados em blocos de significados, para permitir a construção das categorias empíricas. Posteriormente, esses blocos foram novamente organizados por coincidência ou divergência temática. Em todo o processo de análise e discussão, o material empírico foi relacionado com a literatura pertinente, para ancorar as posições sociais reveladas e ajudar na discussão.

Categorías Empíricas

Por meio de incursões nos discursos docentes e discentes, foi possível apreender a realidade que se esboça na prática diária da disciplina Enfermagem em Saúde Mental do Curso Técnico de Enfermagem, enfocada neste estudo. A partir da decomposição dos textos em blocos organizados, com seus significados correspondentes, foi possível a identificação dos grandes temas que se referiam à prática educativa dos professores na perspectiva da Reforma Psiquiátrica.

A recorrência de alguns posicionamentos nos discursos docentes e discentes permitiu a visualização de seis sub-temas: 1) *Variedade de recursos didáticos utilizados pelo professor para repasse de conteúdos*; 2) *Realização de prova escrita e uso de ficha nos estágios práticos como critérios para avaliação*; 3) *Formação profissional com enfoque na doença*; 4) *Distorção na compreensão da Reforma Psiquiátrica*; 5) *Reconhecimento da instituição hospitalar como responsável pela cronicidade da doença mental*; 6) *Reconhecimento do âmbito social como determinante também do processo do adoecer mental*.

O refinamento dos principais sub-temas visando ao enxugamento dos temas mais importantes para o objeto de estudo evidenciou uma contradição no fenômeno estudado, qual seja, a ausência de elementos que caracterizassem uma prática educativa compatível com a finalidade a que se propõe. Isto é, a formação de técnicos questionadores, reflexivos e críticos quanto à Reforma Psiquiátrica, tendo em vista a necessidade de integração e realização das políticas públicas de saúde e de educação, atualmente em vigor no país, na prática profissional.

A partir dessa contradição entre teoria e prática, foi possível chegar-se a duas categorias empíricas: *Contradição entre teoria e prática no processo de ensino como*

elemento de transformação da realidade e Contradição entre os saberes da Psiquiatria clássica e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica na formação de técnicos de enfermagem.

4.1 Contradição entre teoria e prática no processo de ensino como elemento de transformação da realidade

Nessa categoria empírica, as posições sociais dos sujeitos da pesquisa relacionadas com o objeto, os objetivos e o referencial teórico-metodológico deste estudo conferem significados ideológicos de qualidade conservadora à prática educativa em investigação.

Toda a prática humana é investida de intencionalidade. Isso equivale a dizer que, por traz do que se diz ou do que se faz, há sempre um construto teórico em seu alicerce, queira-se ou não admitir sua existência (EGRY, 2001).

A análise da prática educativa dos docentes à luz das abordagens pedagógicas propostas na classificação de Mizukami (1986) evidenciou a utilização de elementos característicos que favorecem a contradição entre teoria e prática no processo de ensino, atuando contrariamente no processo de transformação da realidade.

Os discursos a seguir apresentam as falas dos professores e alunos no que se refere às apostilas, consideradas, aqui, principal recurso didático utilizado como instrumento para a construção do saber em Saúde Mental:

“As aulas... eu utilizo muito... Agora mesmo eu trabalho com apostilas ...” (P1)

“E na própria aula a gente fazia papel do paciente, como era o transtorno, a gente recebia a apostila e a gente tinha que encarar o personagem é... vestir o personagem, o transtorno e tentar passar para a turma que tipo de transtorno é aquele que a gente tava querendo passar” (A2)

“Primeiro ela abordava os assuntos pela apostila dela, que ela entregou, dividiu em equipes a turma pra ir buscar alguns tópicos que ela ia dar na teoria” (A4)

A utilização de conteúdos prontos na forma de apostilas pelos docentes em sua prática educativa, favorecem a ocorrência de obstáculos na formação de sujeitos críticos, reflexivos e questionadores, uma vez que esse método visa tão somente ao repasse de conteúdos previamente elaborados pelos professores e são tidos como verdadeiros e imutáveis, enfatizam a identificação e memorização, não permitindo, dessa forma, o espaço para debate, julgamento, análise e construção do saber em Saúde Mental.

Braga (2003) assevera que, ao privilegiar o repasse de conteúdos teóricos para os alunos, os professores oportunizam uma participação superficial, que se concretiza basicamente na recepção do conteúdo transmitido.

No que se refere aos procedimentos de ensino mencionados nos discursos dos docentes entrevistados, e reafirmados nos discursos dos discentes, é possível perceber-se a adoção de uma variedade de recursos didáticos, embora seja possível perceber uma concepção pedagógica conservadora na prática educativa executada.

“... os recursos que eu utilizo são muito variados. Às vezes pra compreender determinada situação eu utilizo dramatização ...pra amarrar a dramatização eu dou uma sintomatologia, entendeu? Esse paciente está

com paranóia, ou tendo alucinações auditivas...daí a gente fecha às vezes com um texto”. (P3)

“... dando aula teórico-prática, é, os recursos pedagógicos que utilizava era filme, às vezes retroprojeter pra falar dos conteúdos principais.” (P4)

“...a gente também participou de algumas cenas, de peças em sala de aula mesmo, a gente dramatizava cenas que a gente imaginava antes de como era lá os manicômios, os lugares onde ficavam os internos e aí a professora ia nos corrigindo acerca daquilo.” (A1)

“... então a professora, ela passava filmes baseados em fatos reais. A gente fazia peças, simulava como era o doente mental na cabeça da gente né, pela apostila pronto. Era abordado muita coisa: transtorno bipolar, esquizofrenia, depressão que pode levar ... o paciente dependente de drogas, álcool.” (A3)

O uso de recursos didáticos como filmes, peças, retroprojeções, citados pelos sujeitos entrevistados, tornam as aulas mais variadas e dinâmicas, porém evidencia que, na essência, mantém-se, preferencialmente, o repasse de conteúdos (os transtornos) e a preocupação com a variedade/quantidade de conhecimentos (noções, conceitos, informações), dificultando a construção do pensamento reflexivo, em nada contribuindo para a mudança social que a Reforma Psiquiátrica preconiza, além do processo de transformação da realidade na atenção à saúde mental.

Tais características presentes nos discursos dos sujeitos remetem-nos à reflexão de Silva, apud Nietzsche (1987 p.140):

Valorização da autoridade e orientação do professor; valorização da organização lógica do ensino, centrado no professor, com uma programação lógica das disciplinas; valorização da apreensão e retenção, memorização dos conteúdos do ensino; valorização de uma relação “educação-sociedade” de caráter “conservador”, já que a educação não é fator determinante de mudanças em nível social, mas atua no sentido de transmitir valores e conhecimentos indispensáveis à manutenção da estrutura e funcionamento de uma determinada sociedade [...].

No tocante à relação professor-aluno, evidencia-se uma contradição nas relações sociais entre docentes e discentes no processo ensino aprendizagem, onde o sujeito respondente afirma um posicionamento e o desautoriza na fala seguinte.

“... as minhas aulas são bem diferentes desse modelo tradicional, onde o professor chega e só coloca os conteúdos, e às vezes não permite nem que o aluno fale, que o aluno participe.” (P2)

“... claro que quando eu estou dando determinados assuntos que às vezes é complicado eu, isso talvez seja até uma falha minha, eu não consigo ficar ministrando a aula e eles conversando. Sempre que eu chego na aula eu digo: Olha, o único problema meu é só isso, é que vocês fiquem calados, que vocês fiquem em silêncio na hora que eu estou dando a aula.” (P2)

O relacionamento professor-aluno proposto pelo professor é contraditório e evidencia uma subordinação da educação à instrução, valorizando apenas um dos pólos da relação, que é o professor. Segundo Mizukami (1986), há uma verticalidade, sendo o professor detentor do poder decisório quanto à metodologia, ao conteúdo à avaliação e forma de interação na aula.

Para Nietzsche (1998), no relacionamento professor-aluno, predomina a autoridade do professor. A comunicação é unilateral e a disciplina imposta é o meio mais eficaz para serem assegurados o silêncio e atenção.

No que se refere à avaliação da aprendizagem, são consideradas duas realidades distintas: a teoria e a prática.

“A avaliação que tinha era uma prova escrita, além das avaliações de pergunta e participação durante as aulas e uma prova escrita com casos. A avaliação prática é no campo, na prática é participação, é a interação junto com o paciente, ajudar ao paciente, as tarefas, recreação, pintura, brincadeiras.” (A2)

“Você estudava a disciplina, né? E os assuntos e fazia prova, tinha a parte prática que era os estágios e a parte teórica que fazia peça e fazia prova escrita.” (A3)

“... eu faço muito a avaliação com relação a [pausa], porque tem que ter assiduidade; é, cem por cento de presença; pontualidade; o tratamento com o paciente, com a família.” (P1)

“... eu ministro os conteúdos, dou as minhas aulas e sempre digo: Oh! Vocês estudem, que talvez a próxima aula seja uma avaliação. Então as minhas avaliações às vezes são orais.” (P4)

Essas modalidades de avaliação realizadas através de provas escritas, chamadas orais, que levam em consideração o desempenho do aluno durante o estágio prático, pautado numa lista predeterminada de critérios que são rigorosamente seguidos revelam um aspecto reprodutivista intrínseco, no qual, a avaliação da aprendizagem é feita visando à precisão do retorno das informações repassadas.

De acordo com Mizukami (1986), em certas abordagens, a avaliação é realizada valorizando-se a exatidão da reprodução do conteúdo comunicado em sala de aula. “Medem-se”, portanto, a quantidade de informações que se conseguem reproduzir, o que explica a excessiva consideração a instrumentos como provas, exames, chamadas orais e exercícios.

Nietzsche (1998) reforça esse posicionamento, afirmando que a avaliação é um processo sistemático, contínuo e integral, destinado a determinar até que ponto foram alcançados os objetivos educacionais previamente determinados, através da ênfase na utilização de provas objetivas, fichas de observação, escalas de medidas de comportamento e teste de aproveitamento.

O aluno educado de acordo com essa pedagogia é eficiente e produtivo; lida cientificamente com os problemas da realidade; aprende “saber fazer” e reforça o sistema capitalista, impedindo o desenvolvimento de uma consciência crítica e qualquer tentativa de apoio ao processo de transformação social.

No que concerne às atividades práticas desenvolvidas no campo de estágio, há um predomínio daquelas de cunho assistencialista, sendo possível observar-se, nos discursos dos docentes e discentes, uma prática que articula conteúdos teóricos à realidade da assistência ao doente mental.

“... às vezes eu chego no posto de enfermagem e encontro toda aquela medicação pra preparar: Vamos, gente, preparar o medicamento? Vamos! Aí eu vou pegando a medicação: Quem conhece? Ah, professora, é aquilo, até chegar no ponto certo, entendeu?...” (P4)

“A gente chegava, encontrava com a professora que levava a gente até a geriatria, aí ficávamos com os pacientes, pintávamos unhas, cantávamos junto com elas, levamos jogos de quebra-cabeça, jogo da memória. Ficávamos brincando com eles...” (A2)

“... e nessas atividades, elas vão falando para as meninas e vão colocando seus sentimentos, seus medos, aí eu vou mostrando, nesse processo: Olha! tá vendo, isso faz parte do delírio dessa pessoa. Elas vão vendo um pouco da teoria, né? A prática, o que elas aprenderam e discutiram em sala de aula...” (P3).

“Ela [a professora] deixou a gente bem à vontade lá no Juliano Moreira. Foi mostrando assim, porque tem as divisões, né? das doenças, né? Então ali de acordo com a teoria que ela deu, ela foi mostrando assim, na prática, isso é metismo, entende? Isso aqui já é outra linha.” (A3)

O desenvolvimento de atividades práticas entendidas como sistematização de temas e assuntos abordados em sala de aula revela o conteudismo implícito na prática educativa adotada na disciplina Enfermagem em Saúde Mental. Tal método

reforça a participação passiva do aluno na construção do conhecimento e sua reprodução no campo de atenção à saúde mental.

De acordo com Braga (2003), a utilização do hospital psiquiátrico como campo de atuação de estágio prático reflete a adoção de um procedimento de ensino estruturado a partir do modelo dominante de assistência psiquiátrica. O referido autor considera ainda que essa forma de estágio-prático expressa uma concepção de ensino-aprendizagem como um processo ritualístico, seguindo toda uma sistemática desenhada pelos docentes e seguida pelos discentes. Tal dinâmica demonstra que os alunos são guiados, instruídos e ensinados exclusivamente pela ação docente, o que torna esses procedimentos contraditórios, quando analisados na perspectiva de formação de sujeitos críticos.

O depoimento abaixo revela falta de afinidade do docente para ministrar a disciplina Enfermagem em Saúde Mental.

“Quando eu cheguei lá, eu fiz uma prova de professor para ensinar Centro Cirúrgico e me colocaram para acompanhar os alunos de psiquiatria e eu fiquei com pavor. Eu acho a disciplina importantíssima, mas é preciso ser dada por aquela pessoa que tenha empatia por ela. Minha formação profissional foi mais em CTI, coisas práticas, com resolutividade rápida”. (P1)

Esse discurso demonstra a realidade do atual sistema de ensino público no país, onde temos uma desvalorização da categoria docente revelada entre outras coisas, na escassez de força de trabalho. A tentativa de uma adaptação a essa realidade ocasiona o remanejamento de docentes com formação específica em uma área para atuarem em outra para a qual não têm afinidade nem aptidão pessoal, assim comprometendo o processo de formação dos técnicos.

Segundo Cordão (2002), a educação em todos os seus segmentos, não tem sido priorizada no Brasil nas últimas décadas, ocasionando perdas significativas em termos de qualidade do ensino e de capacitação dos profissionais envolvidos no processo educativo.

A carência de docentes de determinadas áreas do conhecimento para atuar na educação profissional é inquestionável, no entanto, faz-se necessário reverter esse quadro, podendo-se repensar e propor mudanças nos currículos dos cursos de Graduação com adoção de mecanismos capazes de possibilitar o melhor desempenho da função docente.

4.2 Contradição entre os saberes da psiquiatria clássica e os pressupostos da Reforma Psiquiátrica na formação de técnicos de enfermagem

A prática educativa dos docentes da disciplina Enfermagem em Saúde Mental revelou-se ancorada no molde da Psiquiatria de caráter excludente, cuja tendência é o modelo clínico individual, no qual estão presentes o hospitalocentrismo e o favorecimento do processo de patologização.

Nesse enfoque, o “doente mental” passa a ter positividade apenas em sua condição de doente, anulando-se qualquer valor que ele possa ter como sujeito social.

Segundo Braga (2003), por ter-se assentado historicamente na cultura asilar, esse modelo prevê uma única forma de relacionamento com a loucura que é através da assistência médico-psiquiátrica e da terapêutica farmacológica. Esse modelo foi amplamente difundido, influenciando o exercício da psiquiatria na atualidade.

Os discursos que seguem mostram tendências fortes desse modelo na prática educativa dos docentes, no Curso Técnico de Enfermagem.

“Eu falei pra eles também: Olha, o papel de vocês aqui é super importante em todo tratamento, porque, se vocês estão mais próximos do que todos os outros profissionais, lá vocês têm melhor condição de avaliar alterações de comportamento, mudanças de humor e vocês vão colocar isso no relatório de vocês...” (P3)

“... é importante que o técnico de enfermagem, ele conheça as principais patologias para que eles possam diferenciar o paciente que tem problemas mentais dos pacientes que não têm, porque o tratamento vai ser diferente...” (P4)

“... em sala de aula, era mais mostrado as variações de problemas mentais, os transtornos, as diferenças entre os transtornos, pra gente saber distinguir mais ou menos...” (A2)

“... aqueles termos importantíssimos que a gente sabe detectar quando o paciente fala repetitivamente a mesma palavra, quando ele fica olhando pra um só lugar, tudo isso são características importantes que a gente não tinha noção”. (A3)

Ao priorizar a formação de técnicos de enfermagem no enfoque curativista, justifica-se a necessidade da instituição asilar, uma vez que é nesse ambiente de atenção ao “doente mental” que há a terapêutica da enfermidade, identificação de sinais e sintomas dos distúrbios e seu tratamento, contrariando a atual Política Nacional de Saúde Mental, com a sua proposta de Reforma Psiquiátrica que aponta para a superação desse contexto em uma nova perspectiva, que pressupõe um modelo de assistência que tome como parâmetro fundamental de atuação a inclusão social do “doente mental” e sua qualidade de vida.

Para Mendes (1990), a adoção de um modelo de assistência, entendido como conjunto de saberes, técnicas e aparato jurídico-organizacional, que norteiam as

ações e os serviços de saúde mental, em harmonia com as diretrizes da política de saúde para a área, deve ser o novo modelo de assistência a ser implementado, para atender as aspirações e necessidades dos sujeitos sociais que dele necessitam.

Segundo Braga (2003), realizar uma mudança na assistência, mantendo os tradicionais dispositivos de poder e coerção, como o hospital psiquiátrico fechado, bem como os saberes e práticas que o autorizam, não viabiliza a transformação que se faz necessária, encaminhando, ao contrário, a solidificação da cultura manicomial.

As posições discursivas a seguir mostram a compreensão de que a doença mental é influenciada também pelas condições sociais:

“...Às vezes a pessoa é até equilibrada, tem estudo, mas quando chega no início da vida profissional por exemplo, não consegue arranjar um emprego, às vezes, e tem um problema e não consegue resolver ... e aquela pessoa vai ser internada. A saúde mental vem desde casa, na hora que você nasce. O lar é muito importante, que hoje a maioria dos lares são feitos apenas de uma pessoa, certo? Então você já nasce com aquela pré-disposição.” (P1)

“...Porque o que leva as pessoas a esse estado, muitas vezes, como a gente aprende no curso, são vários fatores, não só o que já vem no DNA, mas a estrutura social, as dificuldades ” (A2)

A pobreza constitui o modo de existência da maioria do povo brasileiro. Ao considerar o adoecimento mental como um fenômeno complexo que transcende o biológico e se emaranha no tecido social, os sujeitos discursistas fornecem um retrato aproximado do modo de sentir, pensar e adoecer da maioria da população, tomando como objeto de atenção a existência e o sofrimento humano, percebendo a pessoa em sua totalidade, enquanto ser biopsicossocial.

Basaglia (1980) acredita que o combate à doença mental é a luta contra a miséria do bairro, que, no estado de degradação em que vive, é a fonte de produção de um mal-estar social, inclusive da loucura. Nesse contexto, o autor defende o argumento de que o papel do profissional de saúde é, antes de tudo, político, no sentido de levar a pessoa a descobrir seus motivos para tomada de consciência das contradições em que ele vive.

Nas falas que seguem, os sujeitos reconhecem a instituição asilar como cronificador da doença mental.

“Tem coisas ali que a gente vê que não é certa, né? Ali é muito misturado, além de ter doente mental, tem deficiente mental que a família joga ali dentro. No CAPS eles são mais assim, considerados normais, né? Porque eles vão pra casa, eles têm namorada, tá entendendo? Tem uma vida mais assim, pela sociedade...”. (A3)

“...ali, naquele CAPS, eles eram como se fossem bem mais cuidados, até o ambiente. Tinha uma professora de educação física, ela fazia exercícios com eles de respiração pra eles relaxarem. Na outra área não tinha nada disso. O que tinha de divertimento pra eles era o forró, que era iniciado de 11 horas, mais só o tratamento de medicação, onde a gente via que eles estavam, a maior parte do tempo, dopados”. (A4)

Quando expressam uma concepção diferenciada da atenção assistencial realizada nos serviços de modelo tradicional e aqueles ancorados na Reforma Psiquiátrica, os discursistas destacam o papel social deste último, descrevendo as relações dos usuários com a família e comunidade, o tipo de atividades desenvolvidas no CAPS que, ao contrário da instituição asilar, apenas medicaliza e segrega.

Oliveira (1999) elucida que a prática, no modelo hospitalocêntrico, tem como objeto de trabalho a doença com seu quadro clínico, e não a pessoa em desequilíbrio em cujo corpo não se lê uma história, mas a uma doença, na qual a

subjetividade do sujeito desaparece atrás da objetividade dos sintomas, reduzindo, assim, esse modelo de assistência, o doente a objeto da estrutura institucional.

Diferentemente do paradigma manicomial, as ações terapêuticas desenvolvidas em serviços abertos, flexíveis, possibilitam a construção de um projeto coletivo, não mais determinado apenas pela prática médica, mas por sua articulação com as demais práticas sociais (OLIVEIRA, 1999).

Basaglia (1980) assevera que não se pode pensar em transformação no modelo de atenção em saúde mental, sem desconstruir o dispositivo que produz e mantém o desvalor social do doente mental, que é o dispositivo manicomial, presente e forte em nosso meio.

Assim, de acordo com Silva, A. (2003), o processo de negação de pilares que ancoram o modelo psiquiátrico hegemônico é o impulso necessário para sua mudança, por meio de sua transformação/superação. Ou seja, a ação transformadora não é qualquer forma de negação, mas uma forma especial para romper limites e ampliar as possibilidades de ultrapassar o inadequado.

Os discursos que seguem revelam uma compreensão distorcida do que seria a Reforma Psiquiátrica:

“... eu era estudante, quando começou a Reforma Psiquiátrica e até agora eu não vi ninguém abrir esse hospital... não abre nem ambulatório” (P1)

“... não adianta você ter só o conhecimento técnico, entendeu? Saber a Reforma Psiquiátrica, toda aquela legislação e também não executar...”(P2)

“Lá no Juliano Moreira, na hora das refeições podia ser o paciente que for, mas iam todos sozinhos, e é longe o lugar onde eles ficam pra cantina.

Eles iam sozinho. Não é mais aquela coisa de jogar o prato lá. Eles hoje estão sendo mais humanizados.”(A3)

“Não estou por dentro dessa reforma... Acredito que é a forma que eles agora vão mudar a forma de tratamento dos doentes mentais... até na estrutura, tem uma reforma estrutural também do prédio pra não deixar eles naquelas alas... Não lembro muito não, porque não foi muito abordado.”(A4)

A variedade de apreensões dos discursistas acerca da Reforma Psiquiátrica aponta as mudanças por elas propostas, como a criação de novos serviços (hospital e ambulatórios); uma nova modalidade de tratamento dos “doentes mentais” incluindo uma reforma estrutural da instituição asilar, ou seja, o oposto do que preconiza essa política pública de saúde, que propõe a superação do modelo de assistência tradicional e seu caráter excludente e hospitalocêntrico para uma proposta que implica a adoção de um modelo de assistência, entendido como um conjunto de saberes, técnicas e aparato jurídico-organizacional que norteiem as ações e os serviços de saúde mental, tomando como parâmetro fundamental de atuação a inclusão social do doente mental.

Esse modo de se encaminhar a Reforma, de acordo com Silva, A. (2003), com mudanças, principalmente, na aparência dos serviços, revela uma perspectiva de modernização da instituição, sem a transformação de sua essência.

Braga (2003) assevera que, realizar uma mudança na assistência mantendo os tradicionais dispositivos de poder e coerção, como o hospital psiquiátrico fechado, bem como os saberes e práticas que o autorizam, não viabiliza a transformação que se faz necessária.

As propostas de transformações institucionais, como a proposta da Reforma Psiquiátrica, nas sociedades do mundo capitalista, encontram dificuldades de

compreensão e de efetivação, no sentido transformador, em virtude das funções sociais conservadoras, atribuídas às Instituições Sociais (SILVA, A., 2003)

Para Basaglia (1980), as instituições psiquiátricas, como quaisquer outras instituições das sociedades do mundo capitalista, são pilares sobre os quais nossa sociedade fundou seu sistema para mantê-lo e reproduzi-lo. Assim, cada instituição vê-se encarregada de institucionalizar aqueles que lhe são confiados, sejam elas instituições psiquiátricas, pedagógicas, familiares.

No discurso que segue, o entrevistado faz uma crítica à formação que recebeu através do enfoque curativista.

“A abordagem antiga que se dava nos cursos era só: medicamento e ludoterapia e a gente sabe que não é só isso...” (P1)

O discursista reconhece que a formação com enfoque na doença e no tratamento não é suficiente à sua finalidade: promoção da saúde mental. Porém ele entra em contradição, quando afirma reproduzir na sua prática educativa aqueles conhecimentos que recebeu em sua formação profissional.

“Lá no Juliano Moreira era só ludoterapia e a higiene do paciente. Levava jogos e fazia sorteio. E, de vez enquanto, eu me reunia com eles e pegava uma PMD [Pisicose Maníaco Depressivo], aí a gente fazia, pegava uma e sentava: Olha, aquele paciente é... o que você acha dela?” (P1)

O repasse desses conhecimentos, na maioria das vezes, é inconsciente e viabilizado pela abordagem de ensino utilizada na formação desses profissionais que não permite espaço para troca e construção de saberes, fazendo com que os mesmos reproduzam apenas conteúdos prontos adquiridos pelos alunos, em sua prática docente. Dessa forma, deixa-se de formar sujeitos críticos, reflexivos e questionadores,

preparados para atenderem as demandas de transformação vigentes pela atual política de atenção à saúde mental, para reforçar o pensamento da ideologia dominante que justifica a exclusão e medicalização da doença mental.

De acordo com Braga (2003), a ideologia manicomial pode ser entendida como um conjunto de idéias, valores e condutas, revelando o caminho do pensamento, direcionando o indivíduo para o que fazer, o que sentir e o que valorizar no universo da saúde mental, num processo subjetivo inconsciente e involuntário, produzido pelas condições objetivas da existência dos indivíduos.

Nesse sentido, Amarante (1995) afirma que a psiquiatria de enfoque curativista importa-se apenas com a terapêutica da enfermidade mental, enfatizando os sinais e sintomas dos distúrbios e o seu tratamento, opondo-se à psiquiatria de proposta reformadora a que é um movimento político e social, um grande projeto de promoção à saúde mental na comunidade em geral.

Na fala que segue, o sujeito discursista atribui ao curso Técnico de Enfermagem uma nova concepção do hospital e do “doente mental”.

“O curso ajuda a gente a ver, a perceber a diferença. Então a gente tinha um medo danado de ir pro hospital psiquiátrico, medo que eles atacassem a gente, que tivesse uma violência maior, mas a gente viu que não é nada daquilo.” (A2)

Segundo Silva, A. (2003), a doença mental a partir de uma idéia de periculosidade, do seu caráter incurável e do reconhecimento de seu portador, como uma ameaça para a sociedade, foi um dos primeiros saberes construídos pela Psiquiatria.

Entendendo-se assim, os doentes mentais têm suas possibilidades de relações sociais inadequadas, diminuídas ou impossíveis, decorrendo disso a necessidade da manutenção do saber da Psiquiatria Tradicional, atualizada pelas abordagens como a da Psiquiatria Preventiva, que imprime caráter conservador ao trabalho em saúde mental (SILVA, A., 2003).

Entretanto, a sociedade pleiteia reparos nesse modelo de assistência psiquiátrica. No Brasil, essa luta acentuou-se no fim da década de 1980 e resultou na Reforma Psiquiátrica e em sua proposta de inclusão social do “doente mental”. Atualmente luta-se pela efetivação desse projeto, através da criação de novos serviços psiquiátricos alicerçados em outras bases relacionais, diferentes das bases excludentes do modelo clássico.

Referências

ALMEIDA, M. C. P. , ROCHA, S. M. M. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática.** São Paulo: Cortez; 1997.

AMARANTE, P. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. P. (Org.) **Loucos pela Vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.

_____. P. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

AMARANTE, P.; TORRES, E. H. G. **A concepção de novas práticas no campo da atenção psicossocial:** análise de dois aspectos pioneiros na reforma psiquiátrica no Brasil. Saúde Déb. 2001.

ANTUNES, M. J. M. Et al. **Métodos pedagógicos que influenciaram o planejamento das ações educativas dos enfermeiros:** revisão bibliográfica. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 33, n. 2, jun. 1999.

ARANTES, C. I. S. **Saúde coletiva:** os (des) caminhos da construção do ensino de enfermagem. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

BARREIRA, I. A transformação da prática de enfermagem nos anos 30. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 52, n.1, 1999.

BARROS, S. EGRY. E. Y. O louco, a loucura e a alienação institucional: **o ensino de enfermagem sub júdice.** Taubaté: Cabral Editora Universitária, 2001.

BARROS, S. O louco, a loucura e a alienação institucional: **o ensino de enfermagem psiquiátrica sub júdice.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BASAGLIA, F. **Em busca de necessidades perdidas.** Rio de Janeiro: Civilização brasileira, 1980.

_____. F. **A psiquiatria alternativa:** contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. São Paulo: Brasil Debates, 1982.

_____. **F. A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico.** Rio de Janeiro: Graal, 1985.

BIRMAN, J. A psiquiatria tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In: BEZERRA JUNIOR B, AMARANTE P. (Organizadores). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 1992.

BARTMANN, Mercilda. Evolução Histórica dos Cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem no Contexto Sócio-político-econômico do Brasil. **Boletim Técnico do Senac**, Rio de Janeiro, v, 23, nº3, p 26-33, set/dez. 1997.

BRAGA, J. E. F. **Ensino de graduação em enfermagem psiquiátrica e saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2003.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. Programa de reorientação de assistência psiquiátrica. **Brasília, 1983.**

BRASIL. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei n. 3657. **Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação psiquiátrica compulsória.** Brasília: Câmara dos Deputados, 1989.

BRASIL. Portaria n° 189, de 19 de novembro de 1991. Dispõe sobre a compatibilização dos procedimentos das ações de saúde mental, como modelo assistencial proposto. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. **Brasília, 1991. Seção I, p. 284-95.**

BRASIL. Portaria n° 224, de 29 de Janeiro de 1992. Dispõe sobre normas e diretrizes para os atendimentos hospitalares e extra-hospitalares. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. **Brasília, 30 jan.1992. Seção 1, p. 1168-70.**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção da Saúde. Coordenação de Saúde Mental: plano de trabalho, 1994. Brasília; Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1994.

BRASIL. Lei n. 9394 de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e as bases da educação nacional. Diário Oficial da União da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 23 dez 1996.

BRASIL. Ministério da Educação. **Educação Profissional:** referenciais curriculares nacionais para educação profissional de nível técnico. Brasília: Ed. Brasília, 2000.

BRASIL. Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo de assistencial psiquiátrico. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 9 abr. 2001. Seção 1, p. 2.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Média e Tecnológica. Unidade de Coordenação de Programas. Educação Profissional: legislação básica. 5 ed., Brasília, DF, 2001.

CARVALHO, A.C. **Documentário:** Associação Brasileira de Enfermagem 1926-1976. Brasília – DF: Folha Carioca, 1976.

CAMPOS, G. W. de S. **Reforma da Reforma.** São Paulo: Hucite, 1992.

CASTEL, RA. **A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo. 2 ed Rio de Janeiro: Graal, 1991.**

CHAUÍ, M. **Convite à filosofia.** 11 ed. São Paulo: Ática; 1995.

CORDÃO, F. A. A LDB e a Nova Educação Profissional. **Boletim Técnico do Senac.** Rio de Janeiro, v.28, nº 1, p23- 33, Jan/abril. 2002.

COSTA, M. do M. H. da. **Isolado... Preso... Imobilizado... não me sinto cidadão: representação social de doentes mentais.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2000.

COUTINHO, M. F. O., et al. Aspectos Históricos do Curso de Enfermagem. **Revista do CCS - Edição Comemorativa dos 20 anos.** João Pessoa, p. 13-16, 1995.

EGRY, E. Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método para a enfermagem.** São Paulo: Ícone, 1996.

FAUSTINO, R. L. H. **Saberes e competências na formação da enfermeira em saúde coletiva**. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

FOUCAULT, M. **História da loucura na idade clássica**. 2 ed. São Paulo: Perspectiva: 1987.

FIORIN, J.L. **Linguagem e ideologia**. 6 ed. São Paulo: Ática; 1998.

_____, J. L. **Elementos da análise do discurso**. 7 ed. São Paulo: Contexto: 1999.

GALLEGUILLOS, T. G. B.; OLIVEIRA, M. A. de C. A gênese e o desenvolvimento histórico do ensino de enfermagem no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo; v. 35, n. 1, p. 80-87, mar. 2001.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem do Brasil**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1985.

GRIRALDELLI, JÚNIOR, Paulo. **O que é pedagogia?** 2 ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GONZÁLES, U. R.; LEVAV, I. **Reestruturação da assistência psiquiátrica: bases conceituais e caminhos para sua implementação**. Washington: Organização Panamericana de Saúde, 1991.

KONDER, L. **O futuro da filosofia da práxis: o pensamento de Marx no século XXI**. 2.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1992.

LIBÂNEO, J. C. **Democratização da escola pública: a pedagogia crítico social dos conteúdos**. 19 ed. São Paulo: Edições Loyola, 2003.

MACHADO, R. Loureiro A. LUZ, R. , MURICY, K. **Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MENDES, R. B. G. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidade**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina – USP, 1990. Cadernos CEFOR.

MINAYO, M. C. De S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: vozes, 2000.

MIZUKAMI, M. G. N. **Ensino: as abordagens do processo.** São Paulo: EPU, 1986. (Coleção Temas Básicos de Educação e Ensino).

MORAES, M.J.B. A avaliação da qualidade do ensino de enfermagem na construção de um novo currículo na perspectiva do aluno. IN: **Anais do 53 Congresso Nacional de Enfermagem; 2001 out. 9-14; Curitiba: PUC – PR; 2001. [CD-Rom].**

NIETSCHER, E.A. As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil. In: Saube R, organizadora. **Educação em Enfermagem.** Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

OLIVEIRA, F.B. **Construção dos centros de atenção psicossocial do Ceará e invenção das práticas: ética e complexidade.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

PARAÍBA. (Estado), Secretaria da Educação. **Diretrizes curriculares nacionais para a educação profissional de nível técnico.** João Pessoa: DPG/SEC, 2000.

PATRÍCIO, W.N. **Resumo histórico da Escola de Enfermagem Ciências e Cultura,** n.5, João Pessoa, 1991.

RELATÓRIO FINAL, da 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental; 1987; Brasília: Ministério da Saúde; 1988.

RELATÓRIO FINAL, da 2ª **Conferência Nacional de Saúde Mental;** 1992; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

RELATÓRIO FINAL, da 3ª **Conferência Nacional de Saúde Mental;** 2001; Brasília. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

RESENDE, M. A. **Ensino de Enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, n.2, Ano XIV. Abril, p. 110, 1961.

RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão holística. In: TUNDIS, A.S.; COSTA, NR, (Organizadores). **Cidadania e Loucura: políticas de saúde mental no Brasil.** Petrópolis: Vozes, 1987.

SAUPE, R. Ensinado e aprendendo enfermagem: a transformação possível. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1992.

SAVIANI, Demerval. **Educação:** do senso comum à consciência filosófica. São Paulo: Cortez, 1986.

SILVA A. T. M.C. **A reforma psiquiátrica em João Pessoa – PB: atualização ou transformação do modelo de assistência psiquiátrica tradicional.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, A. T. M. C., BARROS, S. **Políticas de saúde e de saúde mental no Brasil: a exclusão/inclusão social como intenção e gesto.** Revista Escola de Enfermagem da USP 2002.

SILVA, C. C. **Competências na prática educativa para constituição da força de trabalho em saúde: um desafio aos educadores.** Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

SILVA, L. F.; NÓBREGA, M. M. L. **Resultado do projeto CIPESC e a proposta de implementação do CIPESC II.** Jornal da ABEn, 2003, v.45, n. 2. p.14.

SOARES, M. S., et al. **Projeto Político Pedagógico:** Com reformulação do plano de curso de habilitação de técnico de auxiliar em enfermagem. Escola Técnica de Saúde/UFPB. 2003. 134p.

Apêndices

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO*

Eu, Maria Benegelania Pinto, Enfermeira e Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível de Mestrado do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba estou desenvolvendo uma pesquisa com finalidade acadêmica e de difusão científica, cujo Título é: O Ensino de Enfermagem em Saúde Mental na Formação de Técnicos na Perspectiva da Reforma Psiquiátrica. Sua colaboração será da maior importância para a realização deste estudo, motivo pelo qual solicito sua participação. O seu consentimento em participar da pesquisa deve considerar as seguintes observações:

1. A pesquisa justifica-se pela oportunidade de se discutir a articulação entre as propostas de duas políticas sociais da atualidade: a de Saúde e a de Educação, na perspectiva de transformações necessárias no Ensino de Enfermagem em Saúde Mental, em seus nexos com a proposta da Reforma Psiquiátrica. Pois, a efetivação dessa última implica repensar o modelo de assistência psiquiátrica tradicional, que valoriza apenas a dimensão biológica do processo saúde-doença mental, não contribuindo para promover sua finalidade anunciada, a inclusão social da pessoa com doença mental. Requer também a revisão do processo de ensino-aprendizagem tradicional que não tem formado sujeitos críticos e reflexivos capazes de promover as transformações necessárias à construção de uma nova realidade.
2. O objetivo do trabalho é refletir sobre as transformações ensejadas pelas novas Diretrizes Curriculares, no ensino técnico de Enfermagem, relacionando com as necessidades de assistência em saúde mental no sentido da Reforma Psiquiátrica proposta no País.

*Texto adaptado a partir do Termo de Consentimento, parte integrante da Tese de autoria de Ana Tereza Medeiros Cavalcanti da Silva (2003).

3. A investigação será ancorada pela abordagem teórico-metodológica do Materialismo Histórico Dialético. A obtenção do material empírico será feita por meio de entrevistas semi-estruturadas, gravadas. O material empírico será analisado pela técnica de Análise do Discurso na abordagem crítica proposta por Fiorin.
4. A participação é voluntária tendo o participante à liberdade para desistir durante o processo de investigação se assim o desejar, sem risco de qualquer penalização;
5. Será garantido o anonimato do participante, por ocasião da divulgação dos resultados, e guardado sigilo de informações confidenciais;
6. Caso sinta necessidade de contatar a pesquisadora durante e/ou após a investigação, o entrevistado poderá fazê-lo pelos telefones: 238-7663/ 8801-8122 ou pelo correio eletrônico: benegelania@hotmail.com
7. A entrevista será gravada e será permitido ao participante ouvi-la, discuti-la modificá-la ou dela desistir, se assim o desejar;
8. O participante terá livre acesso ao conteúdo da pesquisa, podendo discuti-la, com o pesquisador, se for do seu interesse.

Ciente, dessas informações, concordo em participar do estudo.

João Pessoa, ___/___/2004

Assinatura do Participante

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE B

ROTEIRO PARA ENTREVISTA (Docentes)

Data: ____/____/____

Questões

1. De que modo sua disciplina contribui para a formação do Técnico em Enfermagem?
2. Que abordagens pedagógicas você emprega na sua prática educativa na disciplina Enfermagem em Saúde Mental?
3. Como você compreende a Reforma Psiquiátrica?
4. Descreva uma situação de ensino-aprendizagem na qual esteja envolvido o aluno, o professor, o cliente, o enfermeiro do campo, mencionando quais os instrumentos que se utilizam para atingir os objetivos de sua disciplina.

APÊNDICE C

ROTEIRO PARA ENTREVISTA (Discentes)

Data: ____/ ____/ ____

Questões

1. De que modo a disciplina Enfermagem em Saúde Mental contribuiu para a sua formação como Técnico em Enfermagem?
2. Como eram realizadas as aulas teóricas? Descreva um dia comum de aula.
3. Como você compreende a Reforma Psiquiátrica?
4. Descreva uma situação de ensino-aprendizagem na qual esteja envolvido o aluno, o professor, o cliente, o enfermeiro do campo.

Anexos

ANEXO A

CERTIDÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)