

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY
COORDENAÇÃO GERAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

LAÍS DE MELLO SANTOS

**O processo de transferência de conhecimento: uma
questão sobre o ensino de Enfermagem Psiquiátrica e
de Saúde Mental**

Rio de Janeiro
2015

LAÍS DE MELLO SANTOS

**O processo de transferência de conhecimento: uma questão sobre o ensino de
Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação e Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr^a Rosane Mara Pontes de Oliveira.

Rio de Janeiro

09/2015

CIP - Catalogação na Publicação

SS237p Santos, Lais
O processo de transferência de conhecimento:
uma questão sobre o ensino de Enfermagem
Psiquiátrica e de Saúde Mental / Lais Santos. --
Rio de Janeiro, 2015.
112 f.

Orientadora: Rosane Mara Oliveira.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal
do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna
Nery, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
2015.

1. Ensino. 2. Enfermagem Psiquiátrica. 3.
Conhecimento. 4. Saúde Mental. I. Oliveira,
Rosane Mara, orient. II. Título.

Elaborado pelo Sistema de Geração Automática da UFRJ com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

**O processo de transferência de conhecimento: uma questão sobre o ensino de
Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental**

Autora: Laís de Mello Santos

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação e Pesquisa em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Dr^a Rosane Mara Pontes de Oliveira- EEAN/UFRJ
Presidente

Dr^a Edna Gurgel Casanova- FACENF/UERJ
1^a Examinadora

Dr^a Maria Soledade Simeão dos Santos- EEAN/UFRJ
2^a Examinadora

Dr^a Maria Angélica de Almeida Peres- EEAN/UFRJ
Suplente

Dr^a Rosane Mello EEAP/UNIRIO
Suplente

Rio de Janeiro
09/2015

AGRADECIMENTOS

E assim termina mais uma jornada de lutas e vitórias travadas ao longo de uma trajetória profissional. É com imenso orgulho a partir deste momento me intitulo mestre em enfermagem. Chegar a esta etapa só foi possível a partir da força, direção e equilíbrio fornecidos por Deus, pois sem ele nada seria e nada conquistaria. Agradeço a Deus por me conceder essa grande vitória e vos peço que continue guiando o meu caminho e minhas escolhas sempre no rumo do bem, do amor e da humildade. Minha grande fonte inspiradora, meu porto seguro, a maior dádiva que Deus poderia ter me concedido- minha mãe, e a ela dedico cada palavra, cada gesto e cada vitória, pois sem ela tudo seria muito mais difícil, pois sem seu apoio e amor incondicional eu nada seria. Te amo mais que tudo! Gostaria de agradecer a minha orientadora- Prof. Rosane, que foi a mola mestra de todo esse trabalho, que me guiou, me orientou, me ensinou tudo o que precisava para seguir em frente, uma das mulheres mais firmes e determinadas que já tive o prazer de conhecer e conviver, com sua força invejável soube me “educar” para o futuro profissional, onde nem tudo são flores, me ensinando que é preciso ser perseverante, corajoso e por vezes duro consigo mesmo quando se quer alcançar os seus objetivos. Obrigada por tudo!

Gostaria de agradecer ao meu amado noivo- Gerson, por me transmitir a sua calma budista em todos os momentos de desespero, por me acalmar e me fazer enxergar que tudo tem seu lado bom e que os frutos de todos os obstáculos são colhidos à frente, por me fornecer um lindo exemplo de perseverança, onde nunca se deve desistir, não importa o quão difícil seja uma tarefa, sempre continue tentando. Te amo! Gostaria de agradecer ao meu padrasto- Luiz, meu maluquinho, por me tratar como uma filha e fazer um excelente papel paterno, obrigada por todo o apoio nos momentos de desespero e correria.

Tantas outras pessoas foram tão importantes nesta conquista que não posso deixar de agradecer. Uma delas é a nossa querida Prof. Lilian, ser iluminado que agora alegre e encanta o céu com seu jeito doce de ver e viver a vida. Obrigada Prof. Lilian por todas as palavras de apoio e incentivo. Saudades eternas. A Prof. Virgínia, Prof. Soledade e Prof. Edna pela paciência, pelo apoio, pelas enormes contribuições ao meu trabalho. Muito obrigada!

“Pensamento valem e vivem pela observação exata ou nova, pela reflexão aguda ou profunda; não menos querem a originalidade, a simplicidade e a graça de dizer” (Machado de Assis).

RESUMO

SANTOS, Laís de Mello. **O processo de transferência de conhecimento: uma questão sobre o ensino de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental.** Rio de Janeiro, 2015. Dissertação (mestrado em enfermagem). Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2015.

O presente estudo trata do processo de transferência de conhecimento de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental. O objeto de estudo foi o processo de transferência de conhecimento em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental entre docentes e discentes. Os objetivos foram: identificar as estratégias utilizadas pelos docentes para compartilhar os conteúdos de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental; descrever as etapas do compartilhamento de saberes à luz do processo de transferência do conhecimento; analisar a aplicação do processo de transferência para viabilizar a inserção do saber e fazer em Saúde Mental. Para a análise dos dados foi utilizado o modelo SECI de conversão do conhecimento: socialização, externalização, combinação e internalização. A pesquisa teve uma abordagem qualitativa e a coleta de dados foi realizada respeitando os preceitos éticos estabelecidos pela Res.466/12. A produção de dados foi através por meio de entrevistas, observação não participante do sujeito em diário de campo e grupo focal. Os sujeitos do estudo foram discentes e docentes de uma universidade pública do Rio de Janeiro, no período de outubro de 2014 à abril de 2015. Com base na análise dos dados emergiram quatro categorias, a saber: a “socialização” como “sensação” ou como “crença” docente; as estratégias como forma de externalizar o conhecimento; agregando conhecimento: a utilização da “combinação” para apreender Saúde Mental e a “internalização” do conhecimento orientando os futuros enfermeiros, a partir das quais foi possível concluir que os docentes efetuaram a socialização com certa fragilidade, porque não lançam mão de instrumentos de avaliação do aprendizado. A externalização foi concluída, mas os docentes precisam se expressar melhor em relação ao uso de estratégias de ensino-aprendizagem. A combinação foi concretizada, já que os alunos conseguiram compreender a importância das redes de informação e comunicação no processo de aprendizado. A internalização demonstrou-se inacabada, pois ainda não foi possível observar valorização, mudança e enriquecimento profissional por parte do aluno. Conclui-se, portanto, que o modelo SECI aplicado no processo de transferência de conhecimento possui viabilidade no ensino em Enfermagem Psiquiátrica, visto que os dados obtidos estabeleceram relação com cada etapa do processo. Com isso, foi possível observar as fragilidades e nuances relacionadas ao aprendizado do saber fazer em Saúde Mental.

ABSTRACT

SANTOS, Laís de Mello. **The process of knowledge transfer: a question about the Psychiatric Nursing Teaching and Mental Health**. Rio de Janeiro, 2015. Dissertation (Master's degree in nursing). Anna Nery School of Nursing, Federal University of Rio de Janeiro. 2015.

This study deals with the psychiatric nursing knowledge transfer process and Mental Health. The study object was the process of knowledge transfer in Psychiatric Nursing and Mental Health between teachers and students. The objectives were to identify the strategies used by teachers to share the contents of Psychiatric Nursing and Mental Health; describe the stages of knowledge sharing in the light of the knowledge transfer process; reviewing the implementation of the transfer process to enable the integration of knowledge and do in Mental Health. For data analysis we used the SECI model of knowledge conversion: socialization, externalization, combination and internalization. The research had a qualitative approach and data collection was carried out respecting the ethical principles established by Res.466 / 12. The production data was through through interviews, non-participant observation of the subject in a field diary and focus group. The subjects were students and teachers of a public university in Rio de Janeiro, from October 2014 to April 2015. Based on the analysis of the data emerged four categories, namely: the "socialization" as "feeling" or as "belief" teaching; strategies as a way of externalizing knowledge; adding knowledge: the use of "combination" to seize Mental Health and the "internalization" of the mentees knowledge future nurses, from which it was concluded that the teachers effected socializing with certain fragility, because cast not hand assessment tools learning. Outsourcing has been completed, but teachers need to better express regarding the use of teaching and learning strategies. The combination was completed, as the students were able to understand the importance of information and communication networks in the learning process. Internalization proved to be unfinished because it was not possible to observe recovery, change and professional development of the student. We conclude, therefore, that the SECI model applied in the knowledge transfer process has viability in teaching in Psychiatric Nursing, since the data established relationship with each step of the process. Thus, it was possible to observe the weaknesses and nuances related to learning of know-how in Mental Health.

RESUMEN

SANTOS, Laís de Mello. **El proceso de transferencia de conocimiento: una consulta sobre la Enseñanza de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental**. Río de Janeiro, 2015. Tesis (Maestría en enfermería). Anna Nery Escuela de Enfermería de la Universidad Federal de Río de Janeiro. 2015.

Este estudio se ocupa del proceso de transferencia de conocimiento en enfermería psiquiátrica y salud mental. El objeto de estudio fue el proceso de transferencia de conocimiento en Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental entre profesores y alumnos. Los objetivos fueron identificar las estrategias utilizadas por los maestros para compartir el contenido de Enfermería Psiquiátrica y Salud Mental; describir las etapas de intercambio de conocimientos a la luz del proceso de transferencia de conocimientos; la revisión de la implementación del proceso de transferencia para permitir la integración de los conocimientos y hacer en Salud Mental. Para el análisis de los datos se utilizó el modelo SECI de conversión del conocimiento: socialización, exteriorización, combinación e interiorización. La investigación tuvo un enfoque cualitativo y la recopilación de datos se llevó a cabo respetando los principios éticos establecidos por Res.466 / 12. Los datos de la producción fue a través a través de entrevistas, la observación no participante del sujeto en un grupo diario de campo y el enfoque. Los sujetos eran estudiantes y profesores de una universidad pública en Río de Janeiro, a partir de octubre de 2014 y abril de 2015. A partir del análisis de los datos surgieron cuatro categorías, a saber: la "socialización" como "sensación" o como la enseñanza "creencia"; estrategias, como una forma de exteriorizar el conocimiento; agregando conocimiento: el uso de la "combinación" de apoderarse de la Salud Mental y la "internalización" de las futuras enfermeras aprendices conocimientos, de la que se concluyó que los maestros efectúan socializar con cierta fragilidad, porque las herramientas de evaluación de yeso no mano el aprendizaje. La externalización se ha completado, pero los profesores necesitan para expresar mejor con respecto al uso de estrategias de enseñanza y aprendizaje. Se completó la combinación, ya que los estudiantes fueron capaces de comprender la importancia de las redes de información y comunicación en el proceso de aprendizaje. Internalización resultó ser inacabado, ya que no fue posible observar la recuperación, el cambio y el desarrollo profesional del estudiante. Se concluye, por tanto, que el modelo SECI aplicado en el proceso de transferencia de conocimientos tiene viabilidad en la enseñanza en Enfermería Psiquiátrica, ya que los datos establecen relación con cada paso del proceso. Así, fue posible observar las debilidades y los matices relacionados con el aprendizaje de los conocimientos técnicos en Salud Mental.

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

DCN – Diretrizes Curriculares Nacionais

DEMC – Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica

DSS – Diagnóstico Simplificado de Saúde

EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery

ESF – Estratégia de Saúde da Família

ESSE – Estágio Supervisionado de Enfermagem

IPUB – Instituto de Psiquiatria da UFRJ

MEC – Ministério da Educação

PCI – Programa Curricular Interdepartamental

RCS – Requisitos Curriculares Suplementares

SECI – Socialização, Externalização, Combinação e Internalização

SUS – Sistema Único de Saúde

UC – Unidade Curricular

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	Apresentação das formas de conversão do conhecimento	32
FIGURA 2	Dados, Informação e Conhecimento	33
FIGURA 3	Descrição do perfil do tempo de docência dos entrevistados na Universidade	50
FIGURA 4	Destaque de algumas definições de Competências docentes	52
FIGURA 5	Disposição dos tipos de formação complementar em Saúde Mental dos sujeitos da pesquisa	53
FIGURA 6	Relação de conteúdos ministrados por cada docente ao longo do período estudado	56

LISTA DE TABELAS E QUADROS

QUADRO 1	Disposição dos tipos de dificuldades expostas pelos alunos nos relatórios em relação ao Programa.	16
QUADRO 2	Distribuição dos artigos encontrados e relevantes ao estudo	24
QUADRO 3	Exposição das especializações multiprofissionais em Saúde Mental disponíveis no Brasil no ano de 2015	55
QUADRO 4	Relação dos conceitos chaves e os objetivos no processo de produção de conhecimento estabelecidos pelos sujeitos da pesquisa	70

SUMÁRIO
CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO	14
1.1. TRAJETÓRIA DO PESQUISADOR	14
1.2. PROBLEMÁTICA DO ESTUDO	15
1.3. OBJETO DE ESTUDO	18
1.4. QUESTÃO NORTEADORA	18
1.5. OBJETIVOS DE ESTUDO	18
1.6. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTUDO	19
1.7. JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	24
1.8. CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO	25

CAPÍTULO II

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	27
2.1. UM HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MENTAL	27
2.2. O ENSINO: ENFOQUE NA ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E SAÚDE MENTAL	28
2.3. O CONHECIMENTO	30

CAPÍTULO III

3. AS MUDANÇAS CURRICULARES E O ENSINO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NA EEAN – CENÁRIO DO ESTUDO	35
3.1. TRAJETÓRIA CURRICULAR DA ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY	35
3.2. A HISTÓRIA DO ENSINO EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA NA EEAN	40

CAPÍTULO IV

4. MATERIAIS E MÉTODO	43
4.1. TIPO DO ESTUDO	43
4.2. LOCAL DO ESTUDO	44
4.3. PARTICIPANTES DA PESQUISA	44
4.4. INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS	45
4.5. ASPECTOS ÉTICOS	46
4.6. MÉTODO DE ANÁLISE DOS DADOS	47
4.7. PLANO DE DISSEMINAÇÃO	49

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	50
5.1. CATEGORIA 1: A “SOCIALIZAÇÃO” COMO “SENSAÇÃO” OU COMO “CRENÇA” DOCENTE	57
5.2. CATEGORIA 2: AS ESTRATÉGIAS COMO FORMA DE “EXTERNALIZAR” O CONHECIMENTO	74
5.3. CATEGORIA 3: AGREGANDO CONHECIMENTO: A UTILIZAÇÃO DA “COMBINAÇÃO” PARA APREENDER SAÚDE MENTAL	83
5.4. CATEGORIA 4: A “INTERNALIZAÇÃO” DO CONHECIMENTO ORIENTANDO OS FUTUROS ENFERMEIROS	87

CAPÍTULO VI

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERENCIAS	95

APÊNDICES

ESQUEMA DE DISSEMINAÇÃO DO CONHECIMENTO	102
DIÁRIO DE CAMPO	103
ROTEIRO DE ENTREVISTAS	106
TCLE-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	108

ANEXOS

CARTA DE ANUÊNCIA DA EEAN	109
PARECER DO CÔMITE DE ÉTICA EM PESQUISA	110

CAPÍTULO I

1. INTRODUÇÃO

1.1 Trajetória do pesquisador

Na condição de Graduada pela Escola de Enfermagem Anna Nery, em 2013, e inserida no Mestrado Acadêmico da referida Escola no mesmo ano, faz-se necessário traçar o percurso transcorrido para alcançar esta etapa.

Em 2011, a convite da Prof^a. Dra. Rosane Mara Pontes de Oliveira, ingressei no Grupo de Pesquisa denominado *Saúde Mental, Enfermagem e a Saúde dos Grupos Humanos*, onde a partir de então me tornei bolsista de iniciação científica PIBIC/CNPq, trabalhando no projeto “Por uma clínica de Enfermagem Psiquiátrica”, de onde surgiu o interesse em se estudar os enfermeiros atuantes nos Centros de Atenção Psicossocial.

Em 2012, no curso do 7º período de graduação, obtive o meu primeiro contato direto com a Enfermagem Psiquiátrica por meio do Programa Curricular Interdepartamental X (PCI X), que se trata de uma das etapas obrigatórias que compõem o currículo da Escola. Ao cursar esta etapa, pude observar a dificuldade de muitos colegas em compreenderem a temática da Saúde Mental em sua essência subjetiva, e não como nas etapas hospitalares anteriores, que eram geridas pela objetividade e pelos procedimentos técnicos.

Em 2013, no cumprimento do último período de graduação, escolhi retornar como sênior do Programa Curricular Interdepartamental X, a fim de fomentar ainda mais o meu conhecimento e o meu contato com a temática. O seniorato¹ caracteriza-se como uma oportunidade ofertada aos alunos do 8º período a retornarem a períodos anteriores como supervisores. Como sênior do PCI X, pude auxiliar os alunos na ruptura com o senso comum e com o estigma imputado ao desconhecido ramo da Enfermagem Psiquiátrica. Novamente, pude perceber a dificuldade dos alunos em visualizarem o cuidado em Saúde Mental. Como sênior, tive acesso aos relatórios confeccionados pelos alunos ao final da disciplina, nos quais são descritas as suas dificuldades e

¹ Fase denominada seniorato, que compõe a 5º etapa curricular no currículo da Escola de Enfermagem Anna Nery, em que o aluno possui a experiência de supervisionar e acompanhar o discente de período anterior.

relatados os problemas relacionados com os conteúdos teóricos e práticos, bem como à organização da disciplina.

Neste mesmo ano, concluí a graduação desenvolvendo como Trabalho de Conclusão de Curso o estudo denominado: “O perfil dos Enfermeiros que atuam nos Centros de Atenção Psicossocial do Município do Rio de Janeiro”, onde pude observar a existência de uma motivação intrínseca em boa parte desses profissionais para atuar junto à clientela, tendo a empatia como a base do cuidado. Além disso, foi possível detectar que muitos profissionais que ingressam na área de Saúde Mental sem possuir interesse ou empatia pela clientela conseguem desenvolver essas habilidades ao longo da convivência e do desenvolvimento do trabalho com a clientela.

A fim de prosseguir a trajetória de pesquisadora na área de Enfermagem Psiquiátrica, entrei para o curso de Mestrado no segundo semestre de 2013, tendo como interesse de estudo buscar a base da formação profissional em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, promovida na Escola de Enfermagem Anna Nery por meio da integração docente e discente, a fim de reconhecer o que os alunos estão agregando de conhecimento em nível da Psiquiatria para suas vidas profissionais.

Para dar vida ao estudo, me propus a realizar uma integração entre a Enfermagem e a área da tecnologia da informação, a partir da utilização de uma teoria de transferência de conhecimento para utilizá-la como referencial teórico do estudo. Apesar de não ser da área da saúde, e sim das áreas exatas, esta estratégia é viável para ser utilizada na saúde, pois toda e qualquer tecnologia é vista como um investimento para beneficiar o sujeito em si, mesmo em se tratando da Enfermagem Psiquiátrica que não lida com tecnologias e instrumental palpável, e sim com a subjetividade do cuidado como instrumento de trabalho.

1.2 Problemática do estudo

A inquietação surgiu em três momentos: o primeiro momento foi durante a graduação em Enfermagem, no campo teórico e prático do Programa Curricular Interdepartamental X, onde foi possível perceber que a inter-relação entre a teoria e a prática permanecia muito abstrata, principalmente para os alunos que só possuíam o Instituto de Psiquiatria da UFRJ como campo de estágio, e também para muitos alunos

que estagiavam em alguns Centros de Atenção Psicossocial que reproduziam certas práticas manicomiais.

O segundo momento ocorreu como sênior do PCI X (Programa Curricular Interdepartamental X), período em que o aluno inscrito no Programa Curricular Interdepartamental XIII (último período da graduação) pode contribuir para o ensino, a supervisão e o acompanhamento dos alunos que cursam períodos anteriores. Nesta etapa, foi possível perceber como os alunos chegavam apreensivos e inseguros em campo de estágio quando iniciavam a disciplina, onde se viam diante de um campo ainda novo, no qual os saberes adquiridos em sala de aula não albergavam todas as demandas necessárias para a assistência do sujeito em sofrimento psiquiátrico, pois lidar e aceitar a subjetividade do outro não é uma tarefa fácil, pois exigem do indivíduo um envolvimento emocional e o rompimento das barreiras impostas pelo estigma.

O terceiro momento se deu a partir da análise de relatórios finais elaborados pelos alunos de graduação ao longo do período em que cursavam o Programa Curricular Interdepartamental X, na disciplina denominada *Cuidados de Enfermagem a pessoas em processo de reabilitação I*. Durante a análise dos 84 relatórios dos alunos de graduação dos semestres 2013.1 e 2013.2, foram surgindo questões a respeito dos métodos e das estratégias utilizadas para abordar os assuntos relacionados à Saúde Mental e à Enfermagem Psiquiátrica, os quais tornavam o conteúdo para eles muito abstrato e um pouco distante da realidade vivenciada em campo prático.

Quadro 01: Disposição dos tipos de dificuldades expostas pelos alunos nos relatórios em relação ao Programa:

Dificuldades apontadas	Relatórios – 2013.01	Relatórios – 2013.02	Total
Ensino teórico	16	5	21
Ensino prático	26	8	34
Em relação aos docentes	13	3	16
Em relação ao plano organizacional	49	11	60

Fonte: Dados extraídos dos relatórios dos alunos no ano de 2013.

Entende-se por ensino teórico o conteúdo, a dinâmica das aulas e a proposta do docente; como ensino prático, temos o cenário, os docentes e profissionais do campo prático e a abordagem ao usuário. Como relacionados aos docentes, percebe-se o relacionamento professor-aluno. Como plano organizacional, entende-se o cronograma da disciplina e seus ajustes, organicidade e o conteúdo a ser ministrado ao longo do período.

A partir dos dados expostos no quadro 1, observa-se que alguns alunos relatam ter dificuldades no ensino teórico e/ou prático em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental, mas que a maior problemática enfrentada pelos alunos gira em torno do plano organizacional do Programa Curricular Interdepartamental X.

Segundo Ramos (2010), a teoria precisa estar vinculada à prática quando se almeja formar indivíduos que desenvolvam a integração ensino-serviço, corroborando com as políticas de educação em saúde, que possuem como base a formação dos trabalhadores focados na realidade dos serviços.

Oliveira (2005) relata que não se pode desvincular o ensino da assistência/cuidado em Saúde Mental, pois, caso haja essa desvinculação, ocorre uma dissociação entre o que é ensinado e a prática profissional. E para que se possa haver esta vinculação, é necessário um escopo de conhecimento para orientar a prática profissional, pois sem este conhecimento o profissional/aluno não conseguirá desempenhar um cuidado terapêutico. Em seu estudo, podemos observar o relato de Enfermeiras que afirmam que o ensino em Enfermagem Psiquiátrica é fraco, por haver escassez de conteúdo teórico e pouco tempo de estágio curricular em Saúde Mental, o que gera poucas experiências de aprendizagem ao aluno.

Sabe-se que o processo de rompimento com o paradigma hospitalocêntrico deu espaço ao surgimento da Reforma Psiquiátrica; porém, para muitos profissionais atuantes na prática e/ou na área de ensino, esse processo de transição ainda não foi muito bem consolidado ao ponto de conseguirem expressar em suas falas e ações todos os preceitos pactuados no novo modelo de assistência aos portadores de transtornos mentais que permeiam a base da inclusão social, desinstitucionalização e cidadania, o que pode gerar um problema na formação de enfermeiros que atuarão no campo da Saúde Mental.

Este cenário no qual se encontra a Saúde Mental atualmente exige das instituições formadoras e de seus docentes a reformulação do processo de ensino em

Enfermagem Psiquiátrica, redirecionando o enfoque para o sujeito como ser coparticipante no cuidado e o desenvolvimento de competências e habilidades para a atuação nos novos cenários de inserção do indivíduo, a fim de reafirmar os princípios propostos pela Reforma Psiquiátrica, a saber: reabilitação psicossocial, desospitalização, autonomia, desinstitucionalização e reinserção social (FERNANDES et al., 2009).

Diante disso, enfatiza-se a questão do processo de mudança no enfoque do ensino em Enfermagem Psiquiátrica e a adequação das escolas de enfermagem e de seus docentes com a mudança do paradigma hospitalocêntrico para o paradigma voltado para o cuidado em saúde mental, principalmente no momento atual, em que a Escola de Enfermagem Anna Nery encontra-se em um processo de reformulação do currículo de enfermagem.

Conforme a análise preliminar dos relatórios, denota-se, portanto, que muitos alunos não conseguem fazer a associação entre o conteúdo teórico e a prática, gerando lacunas no cuidado em Saúde Mental. Com isso, surgiu a necessidade de se estudar o processo de transferência de conhecimento realizado pelos docentes, lembrando que este só funciona a partir do binômio professor-aluno, onde ambos precisam estar dispostos e capacitados para compreender as informações fornecidas.

1.3 Objeto de estudo

O processo de transferência de conhecimento em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental entre docentes e discentes.

1.4 Questão Norteadora

- Como os docentes estão transferindo o conhecimento em Saúde Mental/Enfermagem Psiquiátrica para os discentes?

1.5 Objetivos do estudo

- Identificar as estratégias utilizadas pelos docentes para compartilhar os conteúdos de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental;

- Descrever as etapas do compartilhamento de saberes à luz do processo de transferência do conhecimento;
- Analisar a aplicação do processo de transferência para viabilizar a inserção do saber e fazer em Saúde Mental.

1.6 Contextualização do estudo

A Enfermagem possui, em sua essência, o “Cuidado” como instrumento de trabalho e estudo. O saber da Enfermagem foi sendo construído e acumulado ao longo de vários anos, onde foi possível observar a transformação do conhecimento empírico e científico a partir da instituição da Enfermagem como Ciência, por meio do surgimento das Teorias de Enfermagem. Para isto, foi definida como “um corpo de conhecimentos científicos acumulativos que é trazido da física, biologia e ciências do comportamento e que, pelo processo de síntese, torna-se unicamente enfermagem” (ALMEIDA et al., 2009, p. 750).

A construção do corpo de conhecimentos da Enfermagem enquanto Ciência garante a identidade profissional, a autonomia, a autoridade e a responsabilidade da profissão. A Enfermagem busca instrumentalizar o *Cuidado* por meio da aproximação de saberes teóricos e práticos, na fusão de saberes e nas subjetividades enquanto disciplina com predominância, na lógica da racionalidade científica, empírica e analítica (ALMEIDA et al., 2009).

A trajetória de desenvolvimento do saber da Enfermagem e a constante produção e evolução do conhecimento na área aquecem o campo científico e fornecem oportunidade de desenvolvimento de práticas fundamentadas no saber vivido dos detentores do conhecimento em Enfermagem. Para dar início ao estudo, faz-se necessário tecer informações sobre a essência do *conhecimento*.

O conhecimento é a capacidade inerente ao ser humano, de caráter tácito, regido pela ação e baseado em regras, sendo individual e mutável. É dotado de um conteúdo individual que se expressa por meio das habilidades, experiências, julgamentos de valor e rede social. Para ser percebido, o conhecimento tem que estar munido de significado, pois sem este o processo de transferência de conhecimento torna-se inerte e estático, sem relevância real na geração de novos saberes, conceitos e definições, em busca de sua validação como verdade (PACHECO et al., 2010).

O conhecimento no progresso do mundo atual é visto como um símbolo de poder ou um marco diferencial no desenvolvimento econômico e tecnológico do país, pois gera uma competitividade sustentável derivada dos processos de construção de saberes que impulsionam o crescimento instrumental do mundo. O sinergismo do compartilhamento do saber entre indivíduos forma um conhecimento inédito, fazendo com que o mesmo seja maior que o somatório de todo o individual (CUNHA e FERREIRA, 2011).

Cunha e Ferreira (2011) destacam a diferença entre dados/informação e conhecimento. Segundo os autores, os dados são variáveis coletadas e armazenadas com o intuito de gerar uma base para o trabalho, podendo ser entendidos como uma etapa para a geração de informações que serão interpretadas e analisadas para serem transformadas em conhecimento.

O conhecimento pode ser derivado de duas formas propostas por Nonaka e Takeuchi (1997), a saber: a explícita, que se caracteriza como um meio rápido e simples de armazenamento ou internalização, e a tácita, que é uma forma específica de conhecimento que se encontra armazenada na mente do indivíduo, ou seja, é de difícil acesso e única; no entanto, ainda assim pode ser compartilhada, formando um saber coletivo que, por vezes, transforma-se em explícito.

A construção do conhecimento se dá por meio de duas dimensões: a ontológica, que parte do pressuposto de que o mesmo só pode ser criado por indivíduos e atenta para o saber enquanto objeto dominado, e a dimensão epistemológica, onde o indivíduo faz uma reflexão sobre o conhecimento produzido, sua validade prática, as etapas do seu desenvolvimento e seus limites, a fim de poder expressá-lo, ou seja, os métodos de produzir, ensinar e aprender (BRITO, 2008).

Nonaka e Takeuchi (1997) descrevem o sucesso do processo de transferência de conhecimento no Japão e destacam a importância dos métodos informais de aprendizado como os *insights*, as intuições e os palpites como formas altamente subjetivas, mas eficazes, ao produzirem novos conhecimentos em detrimento somente do que é adquirido e transmitido pelos livros, manuais e conferências. Além disso, os autores descrevem o modelo SECI de conversão do conhecimento, composto pelas etapas de socialização, externalização, combinação e internalização (SECI), as quais viabilizam o processo de transferência de conhecimento entre indivíduos.

A partir de Nonaka e Takeuchi (1997), Cunha e Ferreira (2011) observam no processo de transferência de conhecimento a necessidade de construir o modelo,

denominado por eles de “Ba” (termo japonês que significa lugar), onde se identifica o espaço no qual ocorrem a criação e a transferência do conhecimento de uma forma em espiral a partir de um indivíduo, permeando outros e transformando o conhecimento em explícito.

Em um estudo realizado em 2009 na cidade de São Paulo, em uma rede hospitalar, Gonzales (2009) destaca que as formas de transferência de conhecimento identificadas surgiram a partir de redes informais que, originadas do empenho de um primeiro indivíduo, forneceram um ambiente inovador para o aprendizado de novas ideias e a troca de experiências que proporcionaram a abertura de fronteiras e a conexão dos participantes, com o intuito de gerar o conhecimento explícito.

Baggio et al. (2010) referem-se, em seu estudo sobre o uso das tecnologias da informação na área da Enfermagem, à era das tecnologias, analisando de que modo os avanços da globalização funcionam como uma ferramenta de auxílio ao desenvolvimento do conhecimento humano, sem deixar que a relação *pessoa a pessoa* seja perdida e que o indivíduo se torne dependente da tecnologia. Na Enfermagem, o uso das tecnologias da informação gera benefícios no âmbito laboral, mas não se pode separá-las das relações interpessoais desempenhadas na construção das tecnologias subjetivas do cuidado.

Durante muitos anos, a Enfermagem Psiquiátrica pautou suas tecnologias de ensino na disciplina por meio da contenção, da medicalização e da exclusão do sujeito. Atualmente, as tecnologias da Saúde Mental estão agregadas ao saber criativo e recíproco, utilizado no ensino para aproximar a teoria da prática e reduzindo as divergências entre o que se ensina e o que se aprende na academia, a fim de auxiliar o aprimoramento do processo de cuidar do outro (RODRIGUES et al., 2010).

Neste processo de construção de conhecimento e de disseminação para outros indivíduos, nos remetemos ao momento histórico atual (Diretrizes Curriculares Nacionais e Reforma Psiquiátrica) em que ocorre o ensino de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental, pois os avanços e as conquistas no campo assistencial e político demandam tempo e uma sistemática organizacional densa, para que sejam disponibilizados na esfera do ensino e da educação.

Com isso, vale ressaltar que, a partir das Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) do curso de graduação em Enfermagem, definiu-se o perfil de formação do Enfermeiro como

(...) Generalista, humanista, crítica e reflexiva. Profissional qualificado para o exercício de Enfermagem, com base no rigor científico e intelectual e pautado em princípios éticos. Capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde-doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Capacitado a atuar, com senso de responsabilidade social e compromisso com a cidadania, como promotor da saúde integral do ser humano (Res. 03/2001, Art.3, 1^ª).

As mudanças no âmbito da qualidade da assistência prestada aos portadores de transtornos mentais advindas pelo processo da Reforma Psiquiátrica geraram a criação de diversos dispositivos substitutivos aos manicômios, com o intuito de reformular a prática da assistência em Saúde Mental, fornecendo ao indivíduo autonomia, liberdade e meios de inclusão social. Frente a este contexto, a Enfermagem Psiquiátrica foi transferida do cenário do hospital psiquiátrico para estes novos dispositivos; com isso, houve a necessidade de adequação do conhecimento, da prática e da assistência prestada em Saúde Mental (PEREIRA e ROSA 2012).

A tentativa de rompimento com o modelo hospitalocêntrico exige da Enfermagem Psiquiátrica a quebra do paradigma *medicar, conter e vigiar*, dando lugar à construção de novas estratégias assistenciais reabilitadoras e promotoras de cuidado efetivo, que solicitam a geração de novos conhecimentos (GUIMARÃES et al., 2013).

O paradigma do cuidado psicossocial enfrenta um grande desafio na formação dos enfermeiros, pois precisa integrar o campo da Saúde Mental com o da Saúde Coletiva, por meio da reformulação curricular e da remodelação das atividades acadêmicas, com ênfase em conteúdos que aproximem mais a teoria da prática profissional. Tal paradigma proporciona a oportunidade de formar enfermeiros generalistas pautados no Sistema Único de Saúde, onde o cuidado de Saúde Mental/Enfermagem Psiquiátrica visa relacionar o processo *saúde-doença-cuidado* do sujeito, família e sociedade (RODRIGUES et al., 2012).

Rodrigues et al. (2012) afirmam que a inserção do novo paradigma psicossocial no ensino não tem tido grande sucesso, pois é ministrado de forma fragmentada e com ideias opostas, visto que está pautada nas instituições psiquiátricas e, ao mesmo tempo, no relacionamento terapêutico, dificultando a correlação do conhecimento, fato que gera uma dicotomia entre a teoria e a prática em enfermagem, não proporcionando a integralidade e a interdisciplinaridade das ações do cuidar em saúde mental.

O processo de ensino-aprendizagem em Saúde Mental nas universidades públicas e privadas precisa acompanhar o processo de aprimoramento do ensino em Enfermagem Psiquiátrica. Certos pontos enfatizados anteriormente (modelo biomédico, hospitalocêntrico, contenções abusivas e práticas manicomialis) devem dar espaço para o surgimento de novas temáticas, tais como: relação interpessoal, a elaboração de projeto terapêutico, a residência terapêutica, a inclusão social, a reabilitação psicossocial, atenção interprofissional, territorializada e intersetorial (RODRIGUES et al., 2012).

Campoy et al. (2005) destacam, em seu estudo, que o aluno de graduação em Enfermagem precisa se perceber, a partir da motivação do docente, como parte fundamental no processo educacional de formação pessoal e profissional, devendo desenvolver habilidades por meio das oportunidades criadas durante a graduação. É necessário que o aluno aprenda a mobilizar e integrar os conhecimentos gerais e específicos de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental adquiridos no campo teórico e no âmbito da leitura complementar, para que seja possível aplicar na prática todo o conhecimento, a fim de assistir adequadamente os indivíduos em situação de sofrimento físico, social e psicológico.

A Saúde Mental permeia todos os campos da saúde, pois se trata de um conhecimento transversal, no qual a ação do cuidar é tida como uma responsabilização e envolvimento afetivo com o outro, possuindo respostas espirituais, psíquicas, culturais, sociais e biológicas que interagem entre si e singularizam o ser. E é nessa singularidade que a enfermagem estabelece suas relações e intervenções no sujeito, visando atingir todas as dimensões assistenciais, e isso inclui a Saúde Mental (MONTEIRO, 2003).

A transversalidade da Saúde Mental pode ser observada na atenção primária, mais precisamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), pois possui o papel de prover à atenção integral a saúde na comunidade. O apoio matricial desenvolvido em conjunto com especialistas em Saúde Mental alberga saberes e práticas de outras áreas, gerando uma interdisciplinaridade que dá conta de todas as demandas do sujeito, mas sem desvincular o usuário de sua equipe de referência (BINOTTO et al., 2012).

1.7 Justificativa e Relevância do estudo

A fim de expandir a relevância do estudo, foi realizada uma busca teórica em diversos bancos de dados com a utilização dos seguintes descritores: transferência, conhecimento; gestão do conhecimento, informação; ensino, saúde mental; aprendizagem, enfermagem psiquiátrica; disseminação de informação. Para o embasamento teórico foram utilizadas publicações em livros e artigos científicos, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); BDEF (Base de dados de enfermagem), MEDLINE (Literatura Internacional em Ciências da Saúde) e no portal SCIELO (Scientific Eletronic Library Online); contudo, detectou-se uma escassez de publicações referentes à temática, principalmente no âmbito da saúde, o que torna o estudo de extrema importância para a sociedade científica, acadêmica e social, pois a área da saúde não pode abster-se de retratar um tema tão importante para o processo de ensino-aprendizagem. No Quadro 2, é caracterizado o estado da arte relacionado ao processo de transferência de conhecimento e ao ensino em enfermagem psiquiátrica e saúde mental.

Quadro 02: Distribuição dos artigos encontrados e relevantes ao estudo.

Base de Dados	Artigos na íntegra encontrados sobre transferência de conhecimento			Artigos na íntegra encontrados sobre ensino em enfermagem psiquiátrica/saúde mental			Artigos na íntegra com relevância para o estudo
	Conhecimento AND Transferência AND Informação	Gestão do conhecimento AND Disseminação de Informação	Disseminação de informação AND Saúde Mental	Ensino AND Saúde Mental	Enfermagem Psiquiátrica AND Ensino	Aprendizagem AND Saúde Mental	
LILACS	6	9	10	420	55	86	19
SCIELO	18	0	0	58	25	21	8
BDEF	0	1	1	84	39	14	5
MEDLINE	31	32	334	7147	399	970	5
TOTAL	55	42	345	7709	518	1091	37

Para compor o estado da arte, foram encontrados 37 artigos completos relevantes ao estudo, por meio da utilização do operador booleano AND e do cruzamento dos descritores escolhidos nas bases de dados. Os critérios utilizados para exclusão dos artigos foram: disponibilidade apenas do resumo; título não condizente com a temática do estudo; ano de publicação inferior a 2001. Com isso, os artigos completos obtidos enquadram-se no idioma português e inglês com o recorte temporal de 2001 a 2015.

A relevância do estudo se verifica pela preocupação com o ensino em Saúde Mental, ainda perdido num cenário paralelo entre as instituições de reclusão do sujeito (internação hospitalar) e as novas políticas públicas em saúde mental, que visam à autonomia, liberdade e reinserção do indivíduo. Além disso, possui o intuito de colaborar com o aprimoramento das estratégias de ensino-aprendizagem para a área acadêmica e científica em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica, por meio da utilização do conceito de transferência de conhecimento.

Visto o processo histórico de humanização da saúde desde a VIII Conferência Nacional de Saúde até os dias atuais, com a implementação da Estratégia de Saúde da Família como porta de entrada dos serviços de saúde, e dos Centros de Atenção Psicossocial como tal para os portadores de transtornos mentais, observa-se a necessidade de uma qualificação maior dos profissionais de saúde, onde há a necessidade de aproximar a formação destes com as reais necessidades dos usuários e do Sistema Único de Saúde, o que implica na precisão de novas dinâmicas de atuação e formação profissional (BATISTA E GONÇALVES, 2011).

1.8 Contribuições do estudo

A importância deste estudo se dá por sua contribuição ao Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC) e principalmente para o Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde Mental (NUPESAM). Os resultados irão corroborar com a melhoria do processo ensino-aprendizagem em Saúde Mental na Escola de Enfermagem Anna Nery, principalmente neste período de reforma curricular, podendo gerar possíveis acréscimos e modificações no plano de ensino da disciplina de Enfermagem Psiquiátrica – que atualmente é composta por uma carga horária total de

105 horas (45 horas teóricas e 60 horas práticas) –, como também melhorar os indicadores do PCI X.

A partir dos resultados da pesquisa referentes às características das estratégias utilizadas pelos docentes que atuam no campo do ensino em Enfermagem Psiquiátrica, pode-se gerar uma contribuição para a melhoria da qualidade da assistência e, conseqüentemente, do cuidado prestado aos indivíduos com algum tipo de sofrimento psíquico, visto que o modelo de transferência de conhecimento ainda não foi utilizado na saúde. Esperamos também demonstrar a importância do processo de transferência de conhecimento e sua aplicabilidade no ensino-aprendizagem em Saúde Mental, em vista de prestar um cuidado mais solidário, acolhedor e criativo.

O presente estudo pretende contribuir para o meio científico, acadêmico e social, a partir do reconhecimento da docência como um processo contínuo, decorrente da habilidade do docente em interpretar e externalizar os conteúdos ministrados e incentivar e mobilizar o aluno na busca do saber, tendo como preocupação fundamental a tarefa de habilitar o discente para aplicar seu conhecimento em sintonia com o seu contexto vital (Sitz im Leben²).

² Expressão alemã utilizada na exegese de textos bíblicos. Traduz-se comumente por "contexto vital".

CAPÍTULO II

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. Um histórico das políticas públicas de Saúde Mental

O processo de Reforma Psiquiátrica teve início na década de 70, a partir da falência do modelo de tratamento asilar imputado aos portadores de transtornos mentais. Este fenômeno é marcado por acontecimentos históricos, como por exemplo o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), que era composto por trabalhadores, familiares de indivíduos em sofrimento mental e pessoas com longos períodos de internação psiquiátrica. Tal movimento protagonizou um cenário de denúncia às práticas manicomiais, da loucura como fonte lucrativa da rede privada, ou seja, uma crítica ao modelo hospitalocêntrico (BRASIL, 2005).

Outros eventos marcantes do processo de Reforma Psiquiátrica foram o primeiro Congresso Nacional do MTSM, em São Paulo, com o lema: “por uma sociedade sem manicômios”, e a I Conferência de Saúde Mental no Rio de Janeiro, ambos em 1987. Destaca-se também o surgimento do primeiro Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), em 1987, chamado de CAPS Professor Luiz da Rocha Cerqueira, em São Paulo.

Em 1989, iniciou-se um processo de intervenção da Secretaria de Saúde em um hospital psiquiátrico que promovia práticas de maus-tratos aos pacientes. Também nesta data deu entrada no Congresso Nacional o Projeto de Lei do deputado Paulo Delgado, que pretendia regulamentar os direitos dos portadores de transtornos mentais e a extinção progressiva os hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2005).

A partir de 1992, dá-se início a um processo de conquistas e aprovações das primeiras leis que determinavam a substituição progressiva dos leitos psiquiátricos por uma rede de atenção à saúde mental. Também nessa época, temos a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental. Entretanto, somente em 2001 o projeto de lei do Deputado Paulo Delgado é sancionado em um modelo substitutivo ao projeto anteriormente proposto em 1989. Denominada Lei 10.216, esta norteia a assistência em saúde mental incentivando o tratamento de base comunitária, afirmando a proteção dos direitos das pessoas com transtornos mentais, mas não determinando de forma clara a extinção progressiva dos manicômios. Nesta mesma data ocorre a III Conferência

Nacional de Saúde Mental como marco da consolidação da Reforma Psiquiátrica, a qual “confere aos CAPS o valor estratégico para a mudança do modelo de assistência, defende a construção de uma política de saúde mental para os usuários de álcool e outras drogas e estabelece o controle social como a garantia do avanço da Reforma Psiquiátrica no Brasil” (BRASIL, 2005, p.10).

O processo de desinstitucionalização impulsionado pela Reforma Psiquiátrica possui seus pontos-chave, como: a política de redução de leitos psiquiátricos de forma gradual e pactuada, que ganhou força em 2002, a partir da ampliação dos serviços substitutivos aos hospitais psiquiátricos pelo Ministério da Saúde; O Programa Nacional de Avaliação do Sistema Hospitalar/Psiquiatria (PNASH/Psiquiatria) que se refere a um instrumento de avaliação da qualidade da assistência prestada nos hospitais psiquiátricos, descredenciando aqueles considerados inaptos; os serviços de Residências Terapêuticas, que “são casas localizadas no espaço urbano, constituídas para responder às necessidades de moradia de pessoas portadoras de transtornos mentais graves, egressas de hospitais psiquiátricos ou não, e que contribuem para o processo de reintegração social do indivíduo; o Programa *De Volta para Casa* é uma estratégia criada pela Lei 10.708/2003, que fornece subsídios financeiros para o processo de inserção social das pessoas egressas de internações em hospitais psiquiátricos. Por fim, o Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS (PRH), aprovado em 2004, que visa promover a redução dos leitos psiquiátricos em hospitais de grande porte por meio da pactuação com serviços territoriais e comunitários (BRASIL,2005 p.15).

2.2. O ensino: enfoque na Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental

A formação em Enfermagem rege-se pelo modelo de produção em serviço, onde o foco central são os procedimentos e técnicas. Trata-se de uma prática comum à divisão de trabalho entre a equipe de enfermagem, o que gera a fragmentação do cuidado, pois um mesmo paciente é atendido por diversos membros da equipe de enfermagem, onde as tarefas tecnicistas acabam por cair sobre a responsabilidade da equipe técnica de enfermagem, ficando o enfermeiro responsável pela gerência do processo laborativo, o que demonstra a divisão de trabalho manual e intelectual da enfermagem (RAMOS, 2010).

Desse modo, contrapõem-se as ideias de divisão mecanicista do trabalho referidas no parágrafo anterior à Enfermagem Psiquiátrica, e principalmente ao relacionamento terapêutico, tido como um instrumento de cuidado que permite ao enfermeiro integrante de uma equipe multidisciplinar uma aproximação e reorganização daquele que padece psiquicamente, pautado em saberes e práticas que visam o entendimento do ser humano em sua totalidade e singularidade (Kantorski et al., 2005). A partir deste conceito, não se pode desenvolver um cuidado mecanicista e compartimentado e abster-se do cuidado ao indivíduo como um todo.

Com o processo de reconstrução das estratégias de atenção à Saúde Mental preconizada pelas novas políticas em defesa dos princípios determinantes do SUS, surge o princípio denominado *desinstitucionalização do portador de transtornos mentais*, que por anos viveu excluído e à margem da sociedade e culminou na realização da mudança de enfoque no campo da Saúde Mental, havendo a necessidade de adequação das formas de cuidado (PEREIRA e ROSA, 2012).

Os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) pautados na política de Reforma Psiquiátrica constituem um dispositivo de cuidado que disponibiliza espaços para a atenção ao sofrimento psíquico, a reabilitação psicossocial, o acolhimento, a reafirmação do indivíduo como sujeito de si mesmo, a cidadania e a produção de demanda no que diz respeito à subjetividade e singularidade do indivíduo portador de transtornos mentais (FERNANDES et al., 2009).

No campo da Saúde Mental, observa-se uma crescente necessidade de adequação do processo de ensino-aprendizagem, emanada das novas políticas vigente no país, que demonstram a necessidade de práticas que estimulem a formação de futuros profissionais capacitados em relação à assistência em saúde mental. Faz-se necessário, para isso, que novos pressupostos pedagógicos nasçam para ofertar ao aluno a competência de desempenhar a função de enfermeiro, frente às dificuldades da prática profissional em Saúde Mental, sob a luz das novas políticas (BARROS e CLARO, 2011).

Magnago e Tavares (2012) destacam o processo de formação dos enfermeiros associando a importância da integração e reflexão dos saberes e práticas capazes de construir um profissional com habilidades de identificar o indivíduo inserido no contexto coletivo e social, pautado no novo modelo de assistência, integrado e humanizado, que valorize os aspectos biopsicossociais da atenção em Saúde Mental.

Peres e Barreira (2008) e Miranda (1994) relatam que os métodos pelos quais as professoras de Enfermagem Psiquiátrica apreendem o conhecimento advêm de suas experiências acumuladas na área. Este método é determinante para sua atuação na prática, onde o subjetivo é o elemento-chave na terapêutica em Saúde Mental, que influencia diretamente na qualidade da assistência.

2.3. O conhecimento

Tecer sobre o conhecimento é algo complexo, já que o mesmo reside apenas na mente dos indivíduos, e que podem, por sua vez, transferi-lo, armazená-lo e modificá-lo. Trata-se de um sistema de crença e valores moldados pela experiência pessoal, que podem ser compartilhados de forma significativa por meio da relação do ser humano com o mundo (PACHECO et al., 2010).

Para Vygotsky, o desenvolvimento cognitivo de todos os indivíduos sofre influência ao longo do tempo de sua história e experiência social, dando origem à forma de pensar, e, conseqüentemente, ao pensamento. A linguagem não deriva apenas da expressão mútua do conhecimento do sujeito, ela também possui um papel fundamental na formação do pensamento e do caráter do indivíduo (GARCIA, 2002).

À luz dos ensinamentos de Vygotsky, observamos, portanto, que para que uma informação se torne um conhecimento munido de significado para o aluno, o mesmo precisa estar conectado e estabelecer inter-relações com o ambiente em que se promove o aprendizado. Como exemplo, temos a Saúde Mental: para que um aluno com o auxílio/apoio do professor consiga absorver e administrar os conhecimentos teóricos, o professor precisa inseri-lo neste cenário para que possa fazer conexões e assimilações do conteúdo com a observação da prática.

Laville e Dionne (2003) relatam que o conhecimento é composto por fatos brutos e construídos. O conhecimento bruto é aquele representado e disseminado pelos seres humanos, mas que ainda não foi instituído como objeto de reflexão pelo indivíduo. Já o conhecimento construído é derivado de generalizações, teorias e conceitos, que surge como resultado da discussão de diversos conhecimentos brutos.

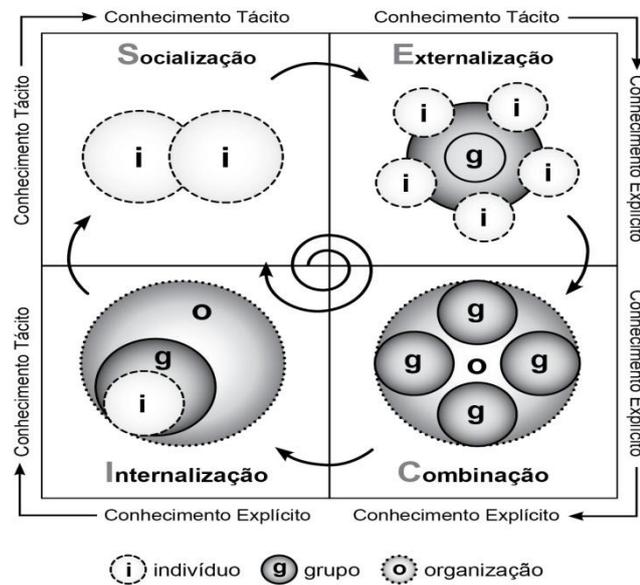
Neste contexto de construção do conhecimento, Nonaka e Takeuchi (1997) formularam cinco fases do processo de criação do conhecimento: compartilhamento do

conhecimento tácito; criação de conceitos; justificação dos conceitos; construção de um arquétipo (primeira imagem) e difusão interativa do conhecimento.

O compartilhamento é a fase crítica do processo, pois implica na transferência de experiências, emoções e sentimentos entre indivíduos. A criação de conceitos representa a externalização de um modelo tácito, construído a partir do diálogo entre indivíduos, em busca de uma síntese que cristaliza o conceito explícito. “É um processo em espiral, interativo e dialético que propicia a criatividade do pensamento dentro da organização” (p. 98). A justificação dos conceitos descreve o processo de filtração das informações de maneira contínua para justificar a importância dos significados para a organização. A construção do arquétipo visa mobilizar a cooperação interpessoal e departamental de forma dinâmica de pessoas representativas da organização. Por fim, a difusão interativa do conhecimento cria um novo ciclo ontológico de construção do conhecimento.

Há pelo menos quatro formas de conversão do conhecimento: a socialização, que transforma o conhecimento tácito em conhecimento tácito; a externalização, que transforma o conhecimento tácito em conhecimento explícito; a combinação, que transforma o conhecimento explícito em conhecimento explícito e a internalização, que transforma o conhecimento explícito em conhecimento tácito. A socialização advém do compartilhamento de experiências e habilidades técnicas na vivência cotidiana do trabalho. A externalização articula e organiza o conhecimento tácito em explícito pelo diálogo e reflexão em grupo de uma temática, e é construída por meio da linguagem escrita, fornecendo um cunho simbólico à criação do conhecimento. A combinação é a forma de reconfiguração e categorização do conhecimento explícito, dando-lhe oportunidade de gerar novos conhecimentos por meio das redes de informação. A internalização é o processo onde ocorre a incorporação do conhecimento explícito em tácito, promovendo mudança, valorização e enriquecimento das práticas individuais e coletivas (CUNHA e FERREIRA, 2011).

Figura 01: Apresentação das formas de conversão do conhecimento.



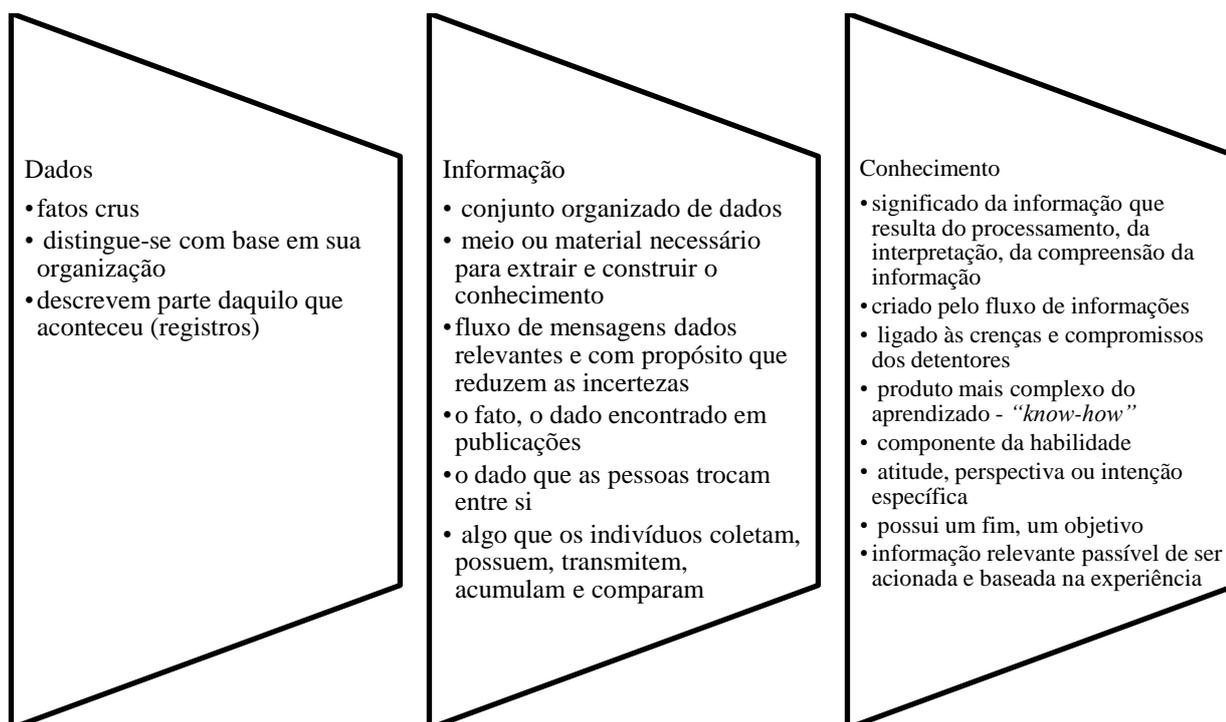
Fonte: <http://innovaservice.wordpress.com/tag/criatividade/>.

Bejinaru (2010) traz o conceito de “Ba” (lugar) como sendo um espaço compartilhado de criação do conhecimento. O conhecimento advém de um processo de auto-superação interminável, no qual o indivíduo vai além dos limites do velho eu, em busca de uma nova aquisição, uma nova visão, novos conhecimentos em um novo contexto, criado a partir da interação entre os indivíduos e o ambiente.

A gestão do conhecimento almeja transformar o conhecimento individual em coletivo, tornando as organizações e as redes aptas e capacitadas a aprender em um processo contínuo e inesgotável de aprendizado. Para isso, a operacionalização do conhecimento visa combinar o saber com o saber fazer, respectivamente, o conhecimento explícito com o tácito, para dar valor e disponibilidade ao conhecimento (ROSSETTI, et al., 2008).

Faz-se necessário realizar uma breve explanação em relação às diferenças entre dados, informação e conhecimento, para que seja possível entender melhor a correlação entre esses três itens com o processo de transferência de conhecimento, já que se trata de um processo de derivação, onde um dado é obtido gerando uma informação, a qual será transformada e aprofundada dando origem a um conhecimento.

Figura 02: Dados, Informação e Conhecimento.



Fonte: BINOTTO E NAKAYAMA, 2009.

A fala de um indivíduo só possui essência quando é expressa a partir de um diálogo, onde ocorre uma troca recíproca entre seus envolvidos. O diálogo é a chave para o surgimento da linguagem, pois o processo de perguntas e respostas entre dois indivíduos mune o ato construtivo de pensar de significado e conclui o fluxo de informação quando se consegue captar e compreender o que foi dito (GADAMER, 2006).

O conhecimento em uma visão paradigmática é visto como uma mistura fluida e enriquecida de experiências moldadas, valores, informações em conjunto com uma análise especializada, que fornece condições de se avaliar e incorporar novas experiências e informações. O conhecimento nasce de um processo humano dinâmico para justificar suas crenças pessoais com o intuito de criar uma "verdade". O homem moderno precisa cada vez mais de conhecimento para que possa compreender os fenômenos que ocorrem em seu contexto de vida (BEJINARU, 2010).

Os dados advêm de um conjunto de sinais que caracterizam ou expressam um evento, porém sem um significado expressivo dentro de um determinado contexto. Já a informação é um aglomerado de dados munidos de significado que se tornam a matéria-prima para a construção do conhecimento (BEJINARU, 2010).

Ao simplificarmos o modelo de criação do conhecimento proposto durante o texto acima, pode-se concluir que o conhecimento é gerado a partir da combinação de três fatores: o modelo SECI (socialização, externalização, combinação e internalização), o surgimento do “Ba” (o contexto de compartilhamento do conhecimento) e conhecimento ativo (entrada, saída e moderador do processo de criação). O conceito de “Ba” corresponde ao contexto capacitante para gerar condições ao desenvolvimento do SECI, e é basicamente composto de tempo, pessoa e lugar, interagindo de forma dinâmica (BEJINARU, 2010).

CAPÍTULO III

3. AS MUDANÇAS CURRICULARES E O ENSINO EM ENFERMAGEM PSQUIÁTRICA NA EEAN- CENÁRIO DO ESTUDO DE CASO

3.1. Trajetória Curricular da Escola de Enfermagem Anna Nery

A Escola de Enfermagem Anna Nery (EEAN) iniciou suas atividades em 1923 por iniciativa do Prof. Carlos Chagas, e formulou sua modalidade de ensino a partir do modelo nightingaliano sob as influências norte-americanas, advindas da “Missão Parsons” (1921-1931), financiada pela Fundação Rockefeller. O primeiro currículo utilizado à época era baseado no “Standard Curriculum for Schools of Nursing”, em 1926, e era composto por 39 disciplinas com duração de aproximadamente 64 semanas, dentre as quais estava inserida a Disciplina de “Higiene Mental”, composta por uma carga horária de 20 horas (PORTO, 1997).

Em 1949, a partir da Lei 775/49, ocorreram modificações no Ensino de Enfermagem no País, como por exemplo: a possibilidade do ingresso no curso de graduação de candidatas portadoras não só do certificado de ginásio ou equivalente; houve também modificações na nomenclatura das disciplinas, onde a Disciplina de Doenças Mentais passou a ser denominada *Enfermagem e Clínica Neurológica e Psiquiátrica*; por fim, o curso passou a ter duração de 36 meses (PORTO, 1997).

- **Currículo Pleno (1972-1978)**

Segundo Carvalho (2006), o Currículo Pleno do Curso de Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery (Parecer 163/72) foi implementado em 1972 a fim de atender às determinações da Reforma Universitária (Lei 5540/68), que reestruturou a parte administrativa, funcional e filosófica da universidade, tendo como foco o vestibular unificado, a matrícula por dupla entrada e a massificação do ensino e da política de saúde nos moldes do sistema previdenciário. As principais linhas previstas na Reforma Curricular da EEAN eram o “fortalecimento das subunidades didático-pedagógicas e da pesquisa e a coordenação, a nível do Centro de Ciências da Saúde, de todos os recursos humanos e materiais” (p.54). O mesmo era composto por dois ciclos: o

primeiro, Ciclo Básico, e o segundo, Ciclo Profissional, e contava ainda com a Parte das Habilitações (Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem Obstétrica e Enfermagem de Saúde Pública), que se tratava de uma espécie de especialização dentro da graduação, o que totalizavam 9 períodos letivos e podendo chegar a até 4200 horas.

A Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental estava inserida no Ciclo Básico e era denominada *Saúde Mental Aplicada à Enfermagem*, com uma carga horária total de 45 horas sob responsabilidade do Departamento de Enfermagem em Saúde Pública. No Ciclo Profissional a mesma reaparece com o nome de Enfermagem Psiquiátrica, com uma carga horária de 180 horas e sob responsabilidade do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, tendo como campos de estágio prático o Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB) e Instituto Philippe Pinel. O aluno ainda contava com a oportunidade de habilitação em Enfermagem Psiquiátrica, com uma carga horária de 150 horas (CARVALHO, 2006).

O Currículo Pleno era regido a partir de 5 etapas curriculares:

- 1ª Etapa: *Saúde, um estilo de vida*. Composta pela Unidade Curricular I - A criança, a escola e eu; a Unidade Curricular II - O preparo do jovem para a vida profissional; e a Unidade Curricular III - O preparo do jovem para a vida profissional III.
- 2ª Etapa: *Enfermagem, Saúde Individual e Saúde Coletiva*. Composta pela Unidade Curricular IV- Enfermagem na Prestação de Serviços a Pessoas, com vistas à Saúde Coletiva e a Unidade Curricular V- Enfermagem na Saúde Individual e Familiar.
- 3ª Etapa: *Enfermidade em Situações Hospitalares*. Composta pela Unidade Curricular VI - Assistência de Enfermagem à Clientela Sadia ou não Complicada, no Hospital; a Unidade Curricular VII - Assistência de Enfermagem na Unidade de Internação a Pacientes com Problemas de Saúde de Menor Complexidade; a Unidade Curricular VIII - Assistência de Enfermagem na Unidade de Internação a Pacientes com Problemas de Saúde de Média Complexidade; a Unidade Curricular IX - Assistência de Enfermagem na Unidade de Internação a Pacientes de Alto Risco ou com Problemas de Saúde de Maior Complexidade.
- 4ª Etapa: *A Arte de Prestar Assistência a Pessoas com Dificuldades de Integração*. Composta pela Unidade Curricular X - Enfermagem na Assistência e Reabilitação de Pessoas com Dificuldades de Integração de Natureza Psicossocial; a Unidade Curricular

XI - Enfermagem na Assistência e Reabilitação de Pessoas com Dificuldades de Integração de Natureza Psicobiológica.

- 5ª Etapa: *O Profissional de Enfermagem e a Saúde da Comunidade*. Composta pela Unidade Curricular XII - Enfermagem na Saúde da Comunidade; a Unidade Curricular XIII - A (Enfermagem em Saúde Pública), B (Enfermagem em Médico-Cirúrgica) e C (Enfermagem Obstétrica).
- **Currículo Novas Metodologias (1978 até os dias atuais)**

Em 1976 a EEAN decide realizar uma nova mudança curricular a partir de uma decisão interna. O currículo da Escola de Enfermagem Anna Nery denominado “Currículo Novas Metodologias” (Parecer 57/83-CFE) foi implementado em 1978 e teve como seus pontos principais: a reorganização das experiências de aprendizagem em torno da ideia de integração; as unidades curriculares passaram a ser programas interdepartamentais; o desenvolvimento das atividades curriculares passou a ser orientado a partir de novas metodologias; as estratégias para a resolução de situações-problema, em sua maioria, passaram a ser pautadas na base do consenso coletivo. O advento do novo currículo trouxe ao ápice a quebra do modelo biomédico vigente, sendo composto por uma carga horária de 4.500 horas e 193 créditos a serem cumpridos pelos alunos (CARVALHO, 2006).

Neste currículo, a ideia de integração teve três vertentes: a integração da teoria à prática; a integração do estudo-trabalho e a integração disciplinar. Ou seja, havia a necessidade de um ensino integrado com uma abordagem interdisciplinar (PORTO, 1997).

Segundo Santos (2007), essas três variáveis propostas durante o processo de reformulação curricular serviram de base para a complementação da formação do enfermeiro. Tais variáveis dissertavam sobre:

- a integração da teoria/prática, onde se pretendia despertar no aluno a capacidade de relacionar as situações-problema emergentes do cotidiano do trabalho e os conteúdos teóricos desenvolvidos ao longo das disciplinas, com o objetivo de integração dos saberes;
- integração estudo/trabalho, onde objetiva-se integrar o aluno “aos campos de prática fazendo com que este seja capaz de compreender as problemáticas da prática e sua inserção e representatividade no campo social” (p. 74);

- integração disciplinar, que se apresenta como proposta de construção do conhecimento a partir da inter-relação dos conteúdos e seus significados para o aluno, devendo ele ser capaz de articular, analisar e sintetizar o pensamento.

Como parte do processo de mudança curricular, em 1984 as Unidades Curriculares (UC) foram substituídas pelos Programas Curriculares Interdepartamentais (PCI), conforme determinações da Resolução da CEG 02/79. Em conjunto com os 13 PCI's, foram criados os Requisitos Curriculares Suplementares (RCS), os quais eram compostos pelo Estágio Supervisionado de Enfermagem (ESE) e pelo Diagnóstico Simplificado de Saúde (DSS) (PORTO, 1997).

O Currículo Novas Metodologias era regido a partir de 5 etapas curriculares:

- 1ª Etapa: *Saúde, um estilo de vida*. Composta pelo PCI I - A criança, a Escola e Eu mais os RCS (mais ESE I e DSS I); o PCI II - A Saúde dos Jovens e Eu mais os RCS (ESE II e DSS II); e o PCI III - A Saúde das Pessoas que Trabalham mais os RCS (ESE III e DSS III).
- 2ª Etapa: *Enfermagem, Saúde Individual e Saúde Coletiva*. Composta pelo PCI IV - Enfermagem nos Cuidados Básicos de Saúde mais os RCS (ESE IV e DSS IV) e o PCI V - Cuidados de Enfermagem à Família Expectante mais os RCS (ESE V e DSS V).
- 3ª Etapa: *Enfermagem em Situações Hospitalares*. Composta pelo PCI VI - A Família com Problemas de Saúde mais os RCS (ESE VI e o DSS VI); o PCI VII - Cuidados de Enfermagem a Clientes Hospitalizados I mais os RCS (ESE VII e DSS VII); o PCI VIII - Cuidados de Enfermagem a Clientes Hospitalizados II mais os RCS (ESE VIII e DSS VIII); o PCI IX - Cuidados de Enfermagem a Clientes Hospitalizados III mais os RCS (ESE IX e o DSS IX).
- 4ª Etapa: *Assistência de Enfermagem a Pessoas com Dificuldades de Integração*. Composta pelo PCI X - Cuidados de Enfermagem a Pessoas em Processo de Reabilitação I mais os RCS (ESE X e o DSS X); o PCI XI - Cuidados de Enfermagem a Pessoas em Processo de Reabilitação II mais os RCS (ESE XI e o DSS XI).
- 5ª Etapa: *O Profissional de Enfermagem e a Saúde da Comunidade*. Composta pelo PCI XII - Enfermagem em Micro Região de Saúde mais os RCS (ESE XII e o Diagnóstico de Microrregião de Saúde) e o PCI XIII A - O Profissional de Enfermagem e a Saúde Pública mais os RCS (ESE XIII e o Estudo dos Problemas Emergente da Prática Profissional de Enfermagem A), B - O Profissional de Enfermagem e a Obstetrícia mais

os RCS (ESE XIII e o Estudos dos Problemas Emergentes da Prática de Enfermagem B) e C - O Profissional de Enfermagem e a Assistências Hospitalar mais os RCS (ESE XIII e o Estudo de Problemas Emergentes da Prática de Enfermagem C).

Segundo Elliot (1996), o Currículo Novas Metodologias que entrou em vigor a partir de 1978 “estabeleceu as diversas competências a serem atingidas pelos graduandos, capacitando-os ao desempenho profissional e adotou o ensino integrado. Este focaliza assuntos ou temas que polarizam os conhecimentos a serem desdobrados pelas disciplinas do Curso” (p. 01).

No conteúdo apresentado na proposta de Reajuste Curricular confeccionada pela Prof^a Vilma de Carvalho e colaboradoras (1999 p.14), destacam-se as competências a serem alcançadas pelos estudantes de Enfermagem, ao término do Curso de Graduação:

- evidenciar condutas coerentes com o princípio de que o direito que toda pessoa tem à saúde implica no direito de receber adequada assistência de Enfermagem;
- avaliar a inter-relação dos fatores físicos, psíquicos, sociais e ambientais na saúde individual e coletiva;
- manifestar atitudes que revelem a convicção de que, como membro da equipe de saúde, a enfermeira é responsável pela melhoria do nível de saúde da população;
- desenvolver o processo de enfermagem nas situações que envolvem ajuda a indivíduos, família, outros grupos da comunidade e à comunidade como um todo;
- tomar decisões com base na utilização do método de resolução de problemas;
- assumir atitude responsável frente aos fins e aos valores da Escola, da Universidade e das Associações da Classe;
- participar de equipe microrregional de saúde;
- estabelecer relações interpessoais produtivas.

A partir desta nova era de mudanças curriculares que ocorreram na EEAN, no que tange ao processo de ensino-aprendizagem, o ensino passou a ser desenvolvido à “beira do leito”, com maior aproximação da clientela, possibilitando a formação de alunos mais críticos e ativos.

A partir de 1982, o plano de ensino-aprendizagem denominado *seniorato* foi implementado no currículo da EEAN, inserido no Programa Interdepartamental XIII, onde as alunas poderiam retornar aos PCI VI, VII, VIII, IX, X e XI, como alunas supervisoras

das alunas juniores, onde as mesmas desenvolviam atividades de planejamento, supervisão e organização, capacitando-as a exercer a profissão (SANTOS, 2000).

Em 2006, na gestão de coordenação de graduação do Prof. Paulo Vaccari Caccavo e da Prof^a. Maria da Conceição Gonçalves, foi criada uma comissão interdepartamental para realizar um levantamento sobre a aplicabilidade do Currículo Novas Metodologias. A partir dos resultados encontrados e apresentados em diversas reuniões que se sucederam ao longo do ano de 2007, iniciou-se a busca por propostas e subsídios advindos dos departamentos, da coordenação e da direção para uma possível reforma ou reajuste curricular, que deram origem a um relatório composto de medidas e sugestões de mudanças para melhor atender às Diretrizes Curriculares para a Enfermagem, sob gestão e coordenação do Prof. Marcos Brandão (CACCAVO, 2008).

Atualmente, o processo de reajuste/reforma curricular foi retomado pela atual coordenação de graduação, composta pelas Prof^a. Cláudia Santos e Graciele Oroski Paes.

3.2. A História do Ensino em Enfermagem Psiquiátrica na Escola de Enfermagem Anna Nery

Desde a sua criação, em 1923 até 1925, não havia conteúdo referente à Saúde Mental sendo ministrado no Curso de Graduação em Enfermagem. A partir de 1926 surgiu uma disciplina relacionada às Doenças Mentais, composta apenas de conteúdo teórico e ministrada por um médico. A partir de 1933 inicia-se o processo de inserção de conteúdo prático em sala de aula, passando a disciplina a ser chamada de Enfermagem Psiquiátrica; porém, apenas em 1950 ocorre efetivamente a criação de campos de estágio prático para a Psiquiatria, a partir da determinação da Lei 775/49, que torna obrigatório o estágio nas disciplinas, inclusive em Psiquiatria (PERES, 2004).

Até o ano de 1950, o ensino de Enfermagem Psiquiátrica era composto apenas de conteúdo teórico, afastando as alunas dos hospitais psiquiátricos, o que só aumentava o estigma por esta clientela. Em 1950, o primeiro campo de estágio em Psiquiatria foi o Centro Psiquiátrico Nacional (CPN). Contudo, neste cenário de campo as alunas não tinham contato com a enfermagem masculina, com a justificativa de protegê-las de algum tipo de exposição, sob a orientação e acompanhamento da Prof.^a Dolores Lins de Andrade. Em 1954 o estágio passa a ocorrer no Instituto de Psiquiatria da UFRJ, que contava com duas enfermarias separadas por sexo e onde se iniciou um

projeto pedagógico-assistencial, ainda sob responsabilidade da mesma professora, que permaneceu no cargo até 1957 (PERES, 2004).

A partir de 1960 ocorre uma reformulação na assistência de Enfermagem do IPUB, a partir consolidação entre a EEAN e o IPUB, onde a Prof.^a Teresa de Jesus Sena passa a assumir efetivamente o ensino da Enfermagem Psiquiátrica e, em 1962, assume a chefia dos serviços de enfermagem do IPUB, tornando o mesmo oficialmente campo de estágio da EEAN, o que perdurou até 1980. Isto constituiu um marco no processo de ensino-aprendizagem, pois pela primeira vez a enfermagem da instituição estava sob responsabilidade de uma enfermeira diplomada e especializada, contribuindo maciçamente para a melhoria da qualidade de assistência (PERES, 2004).

Após a saída da Prof.^a Teresa de Jesus Sena, em 1980, ocorre um período de distanciamento entre as instituições (EEAN e IPUB), porém em 1994 a Prof.^a Cristina Loyola de Miranda assume a chefia do serviço de enfermagem do IPUB, resgatando o desenvolvimento teórico-prático e assistencial dos alunos na instituição (TELLES, 2003).

Neste período ocorrem novas mudanças no IPUB envolvendo o doente, seu cuidador e a instituição, desempenhando o fortalecimento de novas formas de cuidar em Enfermagem Psiquiátrica. Conceitos como: cuidado criativo, autonomia do paciente, importância das relações sociais, desconstrução do ambiente massificador e da doença mental foram sendo inseridos no contexto da instituição. A Prof.^a Cristina Loyola cria o Projeto de Pesquisa – “Novas Tecnologias no Cuidado de Enfermagem Psiquiátrica”, de onde emergem diversos subprojetos, tais como: a criação da Supervisão de Enfermagem e propostas terapêuticas (O Salão de Beleza Analisa, Os Embalos de Sábado à Tarde, Assembleia dos Pacientes e a Oficina Linha e Linho) como espaços criados e mantidos pela equipe de enfermagem e seus alunos (TELLES, 2003).

No final ano de 2001, a Prof.^a Cristina Loyola precisa se ausentar das atividades de chefia do serviço de Enfermagem do IPUB, para organizar um Projeto de Extensão no Maranhão denominado “Projeto Viva a Vida”. Neste mesmo ano, a Prof.^a Rosane Mara Pontes de Oliveira é convidada para assumir o cargo; com isso, a mesma pôde observar mais a fundo o processo de cuidar em Saúde Mental, desempenhado pelas enfermeiras da instituição, onde foram surgindo certas inquietações a respeito da essência do cuidado prestado, que por vezes não era bem compreendido pelas enfermeiras (OLIVEIRA, 2005).

Atualmente o ensino desenvolvido na Universidade é determinado pelo currículo Novas Metodologias que possui como estratégia de ensino os programas curriculares. O programa que determina o ensino em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental é o Programa Curricular Interdepartamental X que compõe a 4ª etapa curricular da Escola de Enfermagem Anna Nery.

Vigente desde 1997, a ementa curricular do Programa Interdepartamental X, do qual faz parte a disciplina de Cuidados de Enfermagem às Pessoas em Processo de Reabilitação I, onde são ministrados os conteúdos referentes à Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental, possui a carga horária total de 105 horas (parte teórica com 60 horas e prática com 45 horas) e tem como características, objetivos e ementa, respectivamente:

- Discutir sobre o diagnóstico de saúde da clientela assistida. Instruir sobre instituições totais. Orientar sobre a análise de dificuldades encontradas. Instruir sobre condutas, procedimentos e alternativas apropriadas às situações de crise. Instruir sobre manejo de grupos e a dinâmica do relacionamento humano.

- Discutir a situação da enfermagem face à reabilitação psicossocial. Analisar a problemática das pessoas e família nas situações que envolvem desajustamentos e conflitos psicossociais. Descrever as instituições totais correlacionando suas implicações na vida individual e coletiva. Manifestar condutas coerentes com a necessidade de participação nos esforços que visam à supressão da marginalidade social.

- Enfermagem e reabilitação. Instituições totais. A pessoa ajustada e desajustada socialmente. O homem em crise – diagnóstico de situações. Problemas de integração psicossocial. Direitos e deveres do cidadão. Estigma social. Intervenções de enfermagem. Avaliação da ajuda aos doentes.

CAPÍTULO IV

4. MATERIAIS E MÉTODO

4.1. Tipo do estudo

O estudo tem uma abordagem qualitativa do tipo descritivo-exploratório, tendo como delineamento de pesquisa o estudo de caso, pois visa identificar o processo de transferência de conhecimento em Saúde Mental fornecido aos alunos de Graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro, mais precisamente na Escola de Enfermagem Anna Nery (UFRJ/EEAN), que cursam o 7º período e onde se desenvolve a 4ª etapa curricular de ensino durante o segundo semestre de 2014.

Segundo Minayo, Dulandes e Gomes (2007), as pesquisas qualitativas respondem a questões que não podem ser quantificadas, preocupando-se com o ambiente dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes dos participantes, partindo-se do campo da realidade partilhada no universo da produção humana.

A pesquisa qualitativa possui uma característica *post hoc*, ou seja, não há um planejamento anterior, as especificações emergem diretamente do campo. A análise do discurso busca compreender as regras, mecanismos e estruturas das informações contidas nas falas dos indivíduos. (POLIT e BECK 2011).

O significado qualitativo de uma pesquisa advém da singularidade de cada pesquisa, pois os caminhos interpretativos são diferentes e jamais poderão ser reproduzidos em sua integralidade. O cunho qualitativo advém da subjetividade e da realidade empírica observada pelo pesquisador, dependendo da natureza de seu objeto e da interpretação que é feita da interpretação que o sujeito faz de um determinado fato (MINAYO e DESLANDES, 2008).

Em seu trabalho, Gil (2009) alberga diversas definições complementares sobre o que significa estudo de caso. Destaca-se a seguinte definição, proposta por Robert K. Yin (2005): “é uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (p.07).

Segundo Yin (2005), o estudo de caso como estratégia de pesquisa é eficaz quando se quer definir questões do tipo “como” e “por que”, onde se tem pouco controle sobre os fatos e acontecimentos. O interesse da pesquisa está nos fenômenos que acompanham e desencadeiam os fatos em um determinado contexto de vida.

A escolha em utilizar o estudo de caso como delineamento de pesquisa se deu pela sua característica em focalizar os problemas práticos e fenômenos particulares da situação ou indivíduo investigado, podendo levar à descoberta e compreensão de novos significados a partir de uma lógica indutiva, por meio do entendimento da experiência vivenciada pelo pesquisador durante a análise do contexto da pesquisa (DEUS et al., 2010).

4.2. Local do estudo

O cenário da pesquisa foi a Escola de Enfermagem Anna Nery, que compõe o conjunto de instituições vinculadas à Universidade Federal do Rio de Janeiro. A escolha do cenário nasceu da vivência ao longo da graduação nesta instituição e pela necessidade de descrever o processo de ensino-aprendizagem em Saúde Mental a partir das demandas do binômio professor-aluno. A produção de dados (entrevista) ocorreu no Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica e em sala de aula após o término da temática, a fim de manter um ambiente tranquilo, silencioso e de sigilo para o entrevistado. O diário de campo foi confeccionado durante as aulas ministradas pelos docentes, onde o pesquisador observou e registrou o processo de ensino-aprendizagem. Já o grupo focal foi realizado na sala de aula, após o término da temática ministrada pelo docente.

4.3. Participantes da Pesquisa

Alunos regularmente matriculados e cursando o 7º período, que correspondem à 4º etapa curricular de graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery (em média, 30 alunos), e docentes que compõem o núcleo de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental, o Programa Curricular Interdepartamental X (PCI X), da Escola de Enfermagem Anna Nery, totalizando 6 docentes, dos quais 3 possuem vínculo

permanente com a instituição e os outros 3 encontram-se na situação de professores substitutos que possuem um contrato de 1 ano prorrogável por mais um com a instituição.

- Critérios de inclusão: docentes com vínculo estatutário com a instituição, docentes na situação de professor substituto e alunos presentes durante as aulas da disciplina denominada *Cuidados de Enfermagem a pessoas em processo de reabilitação I*.
- Os critérios de exclusão: docentes convidados, pois não fazem parte do corpo profissional da instituição; enfermeiros convidados; alunos em período de licença, pois não estarão presentes nas aulas teórico-práticas.

4.4. Instrumentos de coleta de dados

A coleta de dados foi uma técnica linguístico-verbal proveniente de uma entrevista aberta em profundidade, realizada de acordo com um roteiro semiestruturado, composto por perguntas que permeiam a abordagem metodológica utilizada e a trajetória profissional do docente. Além da entrevista, foi realizada uma técnica comportamental sistemática a partir da construção de um diário de campo por meio da observação não participante das aulas ministradas pelos docentes, onde foram descritos os mecanismos de transferência do conhecimento utilizados pelos docentes em sala de aula e a dinâmica da aula.

Com os alunos foi realizado um grupo focal a partir de um roteiro semiestruturado composto por questionamentos que contemplam o entendimento e a opinião dos discentes em relação às aulas teóricas ministradas pelos docentes.

Sabe-se da importância da correlação entre o tema e a vivência dos participantes do grupo focal, onde as experiências cotidianas surgem por meio de uma atividade coletiva em que se deseja compreender perspectivas diferentes, contraposições e contradições acerca da temática. O ponto-chave do grupo focal está na não diretividade do pesquisador e na participação voluntária dos membros do grupo (GATTI, 2005).

Vale ressaltar a importância da entrevista para as pesquisas qualitativas, pois agrupa importantes questões, como a intersubjetividade, a intuição e a imaginação, tanto do participante como do pesquisador. Não há forma melhor de falar sobre uma questão do que a própria pessoa envolvida relatando sobre o fato (LEOPARDI, 2002).

As entrevistas com os docentes são compostas por 9 perguntas relacionadas com o perfil de formação e experiência, com os métodos de ensino-aprendizado e com as propostas de ensino. O roteiro do grupo focal a ser realizado com os discentes é composto por 7 perguntas relacionadas às expectativas, à avaliação e ao aprendizado dos discentes. Os dados obtidos por meio das entrevistas totalizaram 38 horas de observação não participante, e, ao final de cada aula, realizava-se a entrevista com os respectivos docentes envolvidos na fundamentação do estudo. O encontro com os discentes para a realização do grupo focal se deu uma única vez em dia e hora pré-determinados, e teve a duração de 60 minutos, contando com a participação de 23 sujeitos de forma aleatória.

O estudo angariou seus dados a partir da realização de 12 entrevistas com 6 docentes que compõem o estudo, além de um encontro (grupo focal) com os discentes. A distribuição do número de entrevistas realizadas com cada docente foi realizada de acordo com o número de aulas que cada um ministrou ao longo do período de coleta de dados, que se estendeu de outubro de 2014 até abril de 2015. Desse modo, existem docentes com 3 entrevistas, com 2 entrevistas e com 1 entrevista.

4.5. Aspectos éticos

A pesquisa foi realizada respeitando as divergências e peculiaridades do cenário e de seus participantes. Vale ressaltar que não se objetiva avaliar a conduta profissional dos docentes, mas sim abordar o processo de transferência do conhecimento.

Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que será guardado pelo prazo de 5 anos, incluindo o material gravado. Foi dado ao participante a oportunidade de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para suas atividades de docência e discência. Não houve riscos adicionais relacionados à participação na pesquisa. Os participantes também foram orientados sobre a metodologia utilizada nesta pesquisa, composta por entrevista semiestruturada e para fornecer o sigilo de suas identidades os participantes foram codificados com os códigos doc.1, doc.2, doc.3, doc.4, doc. 5 e doc.6 para os docentes e os discentes como GF referente ao grupo focal.

Em atenção às boas práticas da pesquisa científica, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery e seguiu as determinações estabelecidas pela Resolução 466/12 do CONEP/CNS-MS.

4.6. Método de análise dos dados

O método hermenêutico surge como uma reflexão teórica e metodológica acerca da compreensão e interpretação de um dado complexo, levando em consideração o contexto vital (*Sitz im Leben*) e os seus elementos constitutivos, como as condições históricas e a capacidade de entender os fatos como eles ocorrem. Não se trata apenas de considerar o tempo e o espaço em que os fatos acontecem, mas o modo e as condições como eles são interpretados pelos indivíduos em um determinado contexto (SOARES, 2012).

Em hermenêutica, a investigação da realidade não pode ignorar as projeções do próprio investigador, que decorrem das concepções e tradições do meio no qual esse se encontra. O ponto de partida da interpretação dos fatos jamais pode ser entendido como algo neutro. Para compreender a realidade de alguém, por exemplo, é necessário estar aberto às suas opiniões; todavia, essa receptividade não pressupõe neutralidade ou autoanulação (MISSAGGIA, 2012, p. 5).

De acordo com Gadamer, a hermenêutica é realizada num círculo (círculo hermenêutico) no qual a compreensão do todo de uma realidade é possibilitada pela compreensão de suas partes. Por outro lado, a compreensão das partes permite a compreensão do todo. Este círculo hermenêutico não só estabelece a correlação entre as partes e o todo, como constitui para o pesquisador um instrumento de verificação de suas *aporias* e vícios interpretativos (MISSAGGIA, 2012, p.5).

Para Minayo et al (2007), a hermenêutica de uma forma bem ampliada pode ser entendida como a ciência que se ocupa da arte de compreender, denotando-se como o processo de “colocar-se a si mesmo no lugar do outro” (p. 84). Trata-se do presente, onde há o encontro entre o passado e o futuro e onde pode surgir o diferente, o novo, formando assim a diversidade. Esse constructo que serve de arcabouço para a construção hermenêutica gira em torno da linguagem; entretanto, há de se convir que ela se torna uma via de curvas tortuosas, por vezes, podendo gerar o entendimento de um fato ou o seu não entendimento. Nesse contexto, a não transparência de um fato

gerada por intermédio da linguagem demonstra a alteridade e a noção de mal entendido que podem ser geradas no campo científico, quando se lida com a subjetividade e a objetivação humana.

A visão hermenêutica do que deve ser compreendido vai além da linguagem, levando-se em conta a individualidade de cada um e o que se quer compreender no todo e em suas partes, ou seja, suas especificidades e vice-versa. Vale destacar que compreender não se baseia somente na contemplação, e muito menos na captação dos fatos, ou seja, não se trata de um processo mecanicista, mas sim de compreender que um determinado fato é sempre derivado de um contexto individual e único para cada indivíduo em um dado tempo e espaço, e o pesquisador deve imergir no inconsciente do pesquisado acrescentando conhecimento novo e relevâncias (MINAYO et al, 2007).

A análise dos dados com base na análise temática de conteúdo – ou seja, a análise dos significados definida por Berelson, como: “uma técnica de investigação que, através de uma descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tem por finalidade a interpretação destas mesmas comunicações” – é vista também como um “conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens”, a fim de obter indicadores que permitam gerar inferências sobre as mensagens (BARDIN, 2011 p.42; p.44).

A seguir, temos as etapas de tratamento dos dados:

- Transcrição das entrevistas;
- Separação das falas dos sujeitos de acordo com as questões do roteiro de entrevista;
- Leitura das falas e separação das unidades de registro;
- Formação das unidades de contexto;
- Formulação das categorias;
- Inserção das unidades de contexto em sua determinada categoria.

Vale destacar que, segundo Bardin (2011), a unidade de registro é a unidade de significação codificada e é considerada como unidade de base, onde se pode executar recortes de caráter semântico a nível do tema, da palavra ou da frase. É possível ainda ter, como unidade de registro, o objeto, o personagem, o acontecimento e o documento.

Já a unidade de contexto é caracterizada como unidade de compreensão, para que se possa codificar e compreender a unidade de registro.

Após a transcrição dos dados, observou-se a fragilidade e ineficácia dos mesmos em atender aos objetivos do estudo. Portanto, realizou-se uma segunda complementação da entrevista anterior com cada sujeito em um momento e local predeterminado. Devido a um infortúnio ocorrido na vida de um dos docentes participantes da pesquisa, não pôde ser realizado o retorno com o mesmo para complementação dos dados da pesquisa.

Em seguida, nas etapas de tratamento dos dados foram identificadas 4 categorias, onde foi possível identificar predominância das formas utilizadas no processo de transferência de conhecimento adotada pelos docentes e a visão dos discentes em relação a este processo de ensino-aprendizagem.

Segundo Bardin (2011), a categorização é a classificação dos elementos que constituem os componentes das mensagens analisadas de acordo com o seu reagrupamento, segundo critérios semânticos de acordo com a temática que envolve a pesquisa.

4.7. Plano de Disseminação

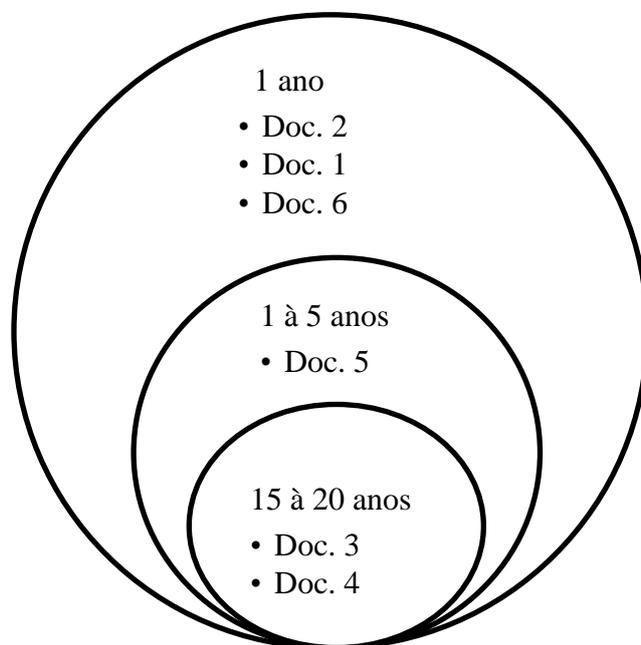
A divulgação e disseminação do estudo foi realizada a partir de publicações em artigos científicos, anais de congressos, jornadas e seminários, bem como através da apresentação dos resultados em eventos científicos. Além disso, houve apresentações do trabalho ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar (NUPENH) e ao Núcleo de Pesquisa em Enfermagem em Saúde Mental (NUPESAM), a fim de demonstrar a sua evolução. Objetivou-se, através dos resultados e conclusões expostas pelo trabalho, contribuir para o desempenho do processo de ensino-aprendizagem em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental, além do encaminhamento dos resultados para o núcleo integrador que discute a reforma curricular da EEAN.

CAPÍTULO V

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

A fim de iniciar a exposição dos dados obtidos, é importante salientar o papel do docente no processo de formação de competências e no desenvolvimento profissional do aluno. Com isso, Nassif et al. (2010) destacam, em seu artigo, como o educador se torna estratégico no processo educativo no que tange ao seu êxito, bem como seu fracasso, pois o ato de ensinar “é um trabalho de reflexão crítica em que se analisam o ensino e a aprendizagem como tais” (p. 366); portanto, são exigidos profissionais cada vez mais capacitados e qualificados para atender às demandas do mercado de trabalho. Para tal feito, há de se perceber a necessidade de docentes que tenham o perfil de “empreendedor aberto ao aprendizado constante, atento à sua capacidade de transmissão do conhecimento, habilidoso nas críticas e contextualizações das relações socioculturais e com desenvoltura investigatória aguçada” (VASCONCELOS, 1996, apud NASSIF, 2010, p.366).

Figura 3: Descrição do perfil do tempo de docência dos entrevistados na Universidade.



Fonte: Dados do pesquisador.

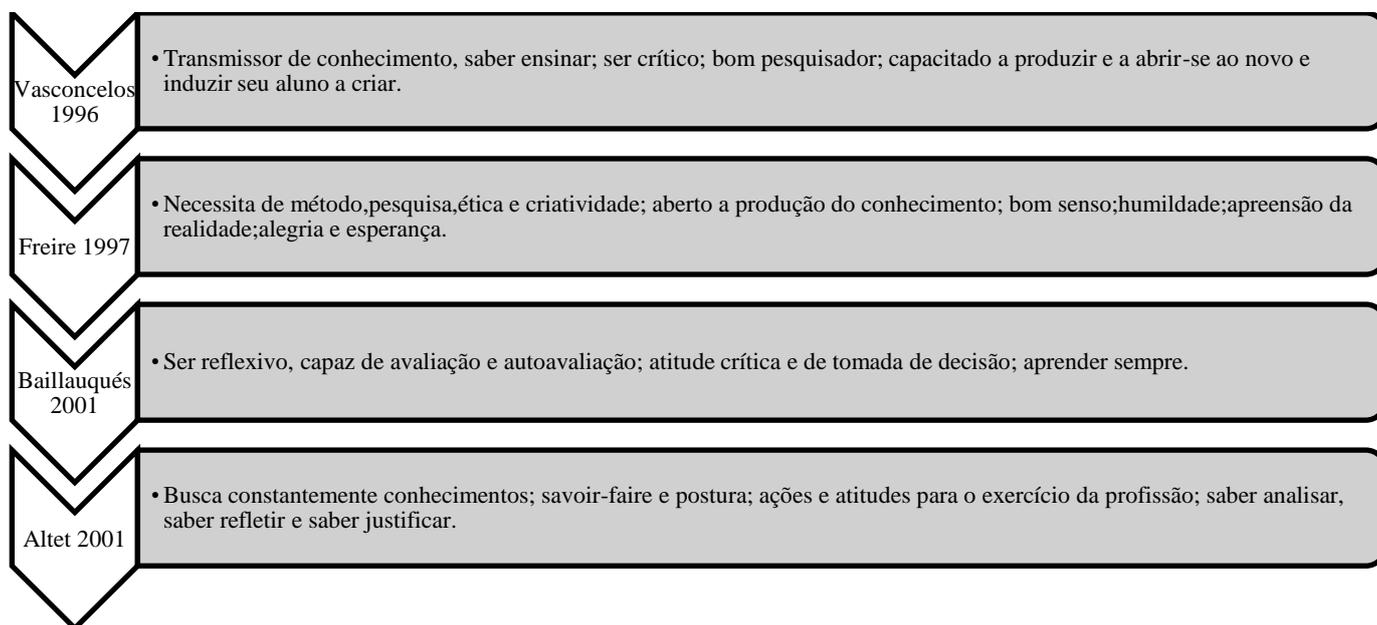
A Figura 3 expõe a descrição do tempo de atuação na carreira docente dos sujeitos da pesquisa, ressaltando que os indivíduos com < de 1 ano de trabalho na instituição são aqueles com vínculo temporário de professor substituto, que podem permanecer na

instituição 1 ano prorrogável por igual período, gerando uma rotatividade no perfil dos docentes, quebra de vínculo com a instituição e com o aluno e pouco tempo para que o docente se assemelhe com a dinâmica de um Programa Curricular Interdepartamental. Os demais sujeitos são membros efetivos do corpo docente da Universidade, como professores assistentes, adjuntos, associados, titulares.

Observa-se uma lacuna temporal de aproximadamente 10 anos entre o ingresso do último docente efetivo aprovado em concurso público na instituição para a área de Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental e os demais docentes efetivos, o que nos leva a refletir que fazia algum tempo que a Universidade não agregava novos docentes em seu corpo docente permanente devido à redução contínua de vagas para ampliação do quadro docente. Diante deste cenário, caso os docentes mais antigos venham a se aposentar, a Universidade só contará com 1 docente recém-ingresso na instituição com um tempo de casa inferior a 5 anos, e um grande número de professores substitutos que permanecem na instituição por 1 ano, prorrogável apenas por igual período. Tal fato pode vir a decorrer da crescente e incessante busca por titulação e publicação à qual o docente está imposto ao ingressar na docência de ensino superior, já que as Universidades atualmente exigem uma titulação mínima de Mestrado para que o candidato possa concorrer à vaga de docente assistente. Outra hipótese para o fato se dá talvez pela escassez de profissionais que queiram atuar na carreira docente em Saúde Mental.

Nassif et al. (2010) revelam, nos dados de seu estudo, a observância de uma busca constante dos docentes por titulação (Mestrado, Doutorado, Pós-doutorado) nas instituições de ensino superior, a fim de atenderem às exigências do mercado de trabalho. Os autores demonstram ainda que professores “experientes”, ou seja, com maior tempo de carreira docente e de formação “valorizam mais as competências (docentes) voltadas à habilidade interpessoal, à capacidade didático-pedagógica e à abertura e inovação” (p. 376), principalmente pelo fato de terem uma ampla experiência no ato da docência e em pesquisas científicas. Já os professores “iniciantes” valorizam em menor proporção tais competências (docentes), pois estão norteados pelo foco da busca prioritária por titulação, que garante sua empregabilidade e progressão nas Universidades. Vale ressaltar alguns conceitos de competências docentes que o autor destacou em seu estudo:

Figura 4: Destaque de algumas definições de Competências Docentes organizadas por Nassif et al. (2010).



Fonte: <53P53P://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782010000200012>.

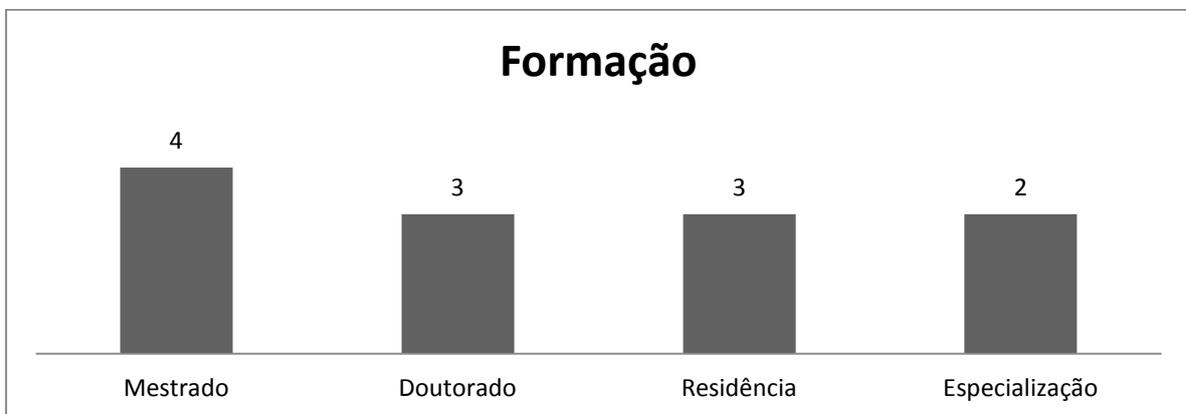
Na Figura 4 é possível observar o destaque às competências docentes caracterizadas por diversos autores no que tange à sua capacidade de criação, exemplificação, reflexão e transmissão. Tais competências englobam o *know-how*³ exigido pela academia para que o docente consiga tornar o conhecimento apreensível para o discente.

A graduação em Enfermagem está organizada para a formação de enfermeiros generalistas detentores de conhecimento científico (Res.03/01), voltados para a resolução de problemas e situações relacionadas à prática profissional. Ao se deparar com o cenário subjetivo imposto pelo campo da Enfermagem Psiquiátrica, que exige do indivíduo não só seus conhecimentos teórico-científicos, mas também todo o seu arcabouço social, afetivo e cognitivo, a fim de gerar diferentes formas de assistência e de atendimento às demandas do sujeito que sofre de transtornos mentais, o Enfermeiro vislumbra um processo de trabalho em que nenhuma formação acadêmica institucional é capaz de fornecer ferramentas suficientes para desempenhar o processo de trabalho (MENDES E CASTRO, 2005).

³O *know-how* é o conhecimento prático de como executar alguma tarefa, e é muitas vezes entendido como o conhecimento tácito, o que significa que é difícil transferir para outra pessoa por meio escrito ou verbal.

Devido à abrangência dos conteúdos ofertados na formação de ensino superior na graduação, o profissional recém-formado por vezes se direciona para uma área específica de interesse e busca aprimoramento científico e intelectual para transpor os níveis de conhecimento, em prol de promover uma assistência de qualidade, já que a academia não tem condições de formar profissionais totalmente capacitados em todas as áreas do saber, pois o currículo generalista não abarca esta função (GIRADE et al., 2005).

Figura 5: Disposição dos tipos de formação complementar em Saúde Mental dos sujeitos da pesquisa.



Fonte: Dados do pesquisador.

Destaca-se, na Figura 5, que todos os membros que compõem o corpo docente da Universidade possuem uma formação na área na qual lecionam. Portanto, observa-se que todos os docentes mais experientes possuem formação *Stricto Sensu* e que os docentes iniciantes possuem apenas a formação *Lato Sensu*, com exceção do Doc. 6, que embora esteja há pouco tempo na disciplina, já possui Mestrado e experiência em docência em outra instituição. Tal contexto nos remete novamente ao assunto abordado anteriormente, no que diz respeito à construção das competências, que segundo Lucchese e Barros (2009), trata-se do desenvolvimento de capacidades e atributos intelectuais, psicomotores e efetivos, utilizados em prol do processo de formação profissional.

A formação *Lato Sensu* que engloba os cursos de especialização surgem como uma demanda da Res.03/01, onde o aluno necessita migrar para os cursos de especialização atendendo ao currículo generalista, a fim de aprofundar seu conhecimento em uma determinada área. Trata-se de cursos de treinamento e aprimoramento teórico-prático e científico em determinado ramo profissional. Dentre os

tipos de formação Lato Sensu encontra-se a modalidade de ensino, pesquisa, extensão e assistência, denominada de Residência em Enfermagem, a qual se caracteriza como uma capacitação profissional e um treinamento em serviço de diversas dimensões técnicas e área de saberes (materno-infantil, pediatria, saúde mental, cardiologia, terapia intensiva, médico-cirúrgico, saúde da mulher e etc) (AGUIAR et al., 2004).

Segundo Sales e Barreira (2010) o processo de cientificação da Enfermagem se deu em 5 momentos, dos quais só nos atentaremos para os 3 primeiros, sendo o primeiro em 1950, que culminou na primeira pesquisa em enfermagem no âmbito nacional, denominada “Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil (LRNEB)” (p.140). O segundo momento surgiu após a Reforma Universitária de 1968, que organizou a carreira docente através da modificação dos docentes catedráticos para professores titulares que deveriam ser titulados como mestres, doutores ou de livre-docência. A fim de atender às exigências da Reforma, neste mesmo ano ocorre a abertura de concursos para o provimento de vagas nos cursos de pós-graduação Stricto-Sensu pela Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (EEAN/UFRJ). O terceiro momento se deu pela primeira turma do curso de Mestrado na EEAN/UFRJ, em 1972, o “2º Seminário Nacional sobre Ensino de Pós-Graduação e Pesquisa em Enfermagem promovido pelo CNPq/ABEn, em Brasília, 1982” (p. 141), que definiu 11 linhas de pesquisas, as quais os pesquisadores poderiam utilizar para trilhar suas pesquisas científicas, e, por último, a criação do “primeiro curso de Doutorado em Enfermagem no Brasil e na América Latina, na Escola de Enfermagem da USP, em conjunto com a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EERP) da USP (doutorado inter-unidades)” (p.141), em 1981.

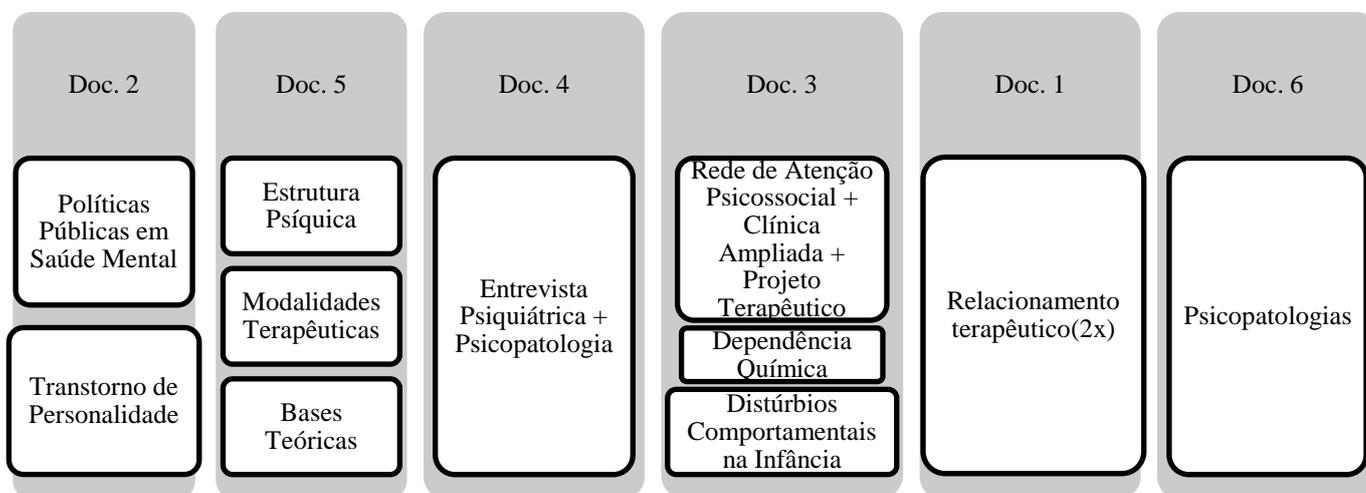
Quadro 3: Exposição das especializações multiprofissionais em Saúde Mental disponíveis no Brasil no ano de 2015.

Especializações em Saúde Mental	Região	Modalidade	Carga horária e duração
Portal da educação	On line	À distância	420 horas/15 meses
FioCruz- Rio de Janeiro	Sudeste	Presencial	400 horas
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	Sudeste	Presencial	430 horas/15 meses
Faculdade de Medicina do ABC	Sudeste	Presencial	420 horas/14 meses
Faculdade Integrada-Wpós	On line	À distância	460horas/12 meses
INEPE	Sul	Presencial	432 horas/24 meses
UNISINOS	Sul	Presencial	420 horas/18 meses
Faculdade Laboro e Estácio	Norte	Presencial	425 horas
UNIP	Sudeste	Presencial	360 horas
Especializações em Enfermagem Psiquiátrica	Região	Modalidade	Carga horária e duração
Uniara	Sudeste	À distância	360 horas/ 15 meses
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo	Presencial	Sudeste	430 horas/15 meses
FMU Complexo Educacional	Sudeste	Presencial	400 horas/12 meses
UNINOVE (Universidade Nove de Julho)	Sudeste	Presencial	400 horas/12 meses
UNISA (Universidade de Santo Amaro)	Sudeste	Presencial	417 horas/18 meses

Fonte: Dados extraídos pelo pesquisador através da busca online.

O Quadro 3 retrata a disponibilidade dos cursos de especialização, exceto nas modalidades de residência, ofertados no Brasil no ano de 2015. Observa-se que são poucos os Estados que oferecem o curso na modalidade presencial, ficando esse grupo a cargo principalmente das regiões Sudeste e Sul. Os demais Estados têm à disposição cursos à distância, que por um lado facilitam o ingresso à formação Lato Sensu dos profissionais que possuem pouco tempo para se dedicar ao aprimoramento profissional presencialmente, mas que por outro é uma modalidade de ensino que conta apenas com a dedicação e o empenho do aluno, pois o mesmo não possui um contato pessoa-a-pessoa com o docente e com a turma, não proporcionando ao mesmo um contato direto com a prática assistencial desenvolvida naquela área profissional de estudo.

Figura 6: Relação de conteúdos ministrados por cada docente ao longo do período estudado.



Fonte: Dados do pesquisador.

A Figura 6 expõe as temáticas abordadas pelos docentes ao longo da disciplina. É possível observar que as aulas desenvolvidas englobam tanto os conteúdos de políticas públicas de Saúde Mental quanto os de patologias clínicas, e os determinados cuidados a serem desenvolvidos pela equipe em cada uma das modalidades de assistenciais.

No que tange às Diretrizes Curriculares Nacionais (Res.3/01), que normatizam os “projetos pedagógicos de Instituições de Ensino Superior que ministram cursos de Graduação em Enfermagem” e que fornece orientações de como estimular o aluno “a aprender a aprender, aprender a conhecer, aprender a fazer, aprender a ser e aprender a conviver juntos”, pode-se destacar a dificuldade dos currículos em estabelecer efetivamente a seleção de metodologias de ensino-aprendizagem que possam orientar o docente no exercício de sua docência de forma “libertadora, criativa, reflexiva, construtiva e questionadora dos conteúdos, visando o desenvolvimento de profissionais críticos e transformadores de suas realidades” (LEADEBAL et al., 2010 p.191).

A busca incessante pelo resgate da integração entre a teoria e prática pelos membros da academia e estudiosos padece em obstáculos estruturais e relacionais devido à fragmentação entre o saber e o fazer em Enfermagem, gerando impasses e limites na construção do conhecimento mútuo entre professor-aluno, desarticulado com a crítica, com a reflexão dos conteúdos trabalhados em sala de aula e com o que é observado nos campos de estágio (LEADEBAL et al., 2010).

5.1.Categoria 1: A “socialização” como “sensação” ou como “crença” docente

Esta categoria refere-se à sensação vivenciada pelos docentes no processo de socialização do conhecimento. Durante a produção de dados, nos deparamos com a fragilidade na maioria das respostas dadas pelos docentes, os quais relatam ter o desejo e a pretensão de alcançar os objetivos propostos em sala de aula com o intuito de dar prosseguimento à etapa de socialização, porém, tais expressões efetuam a concretização desta etapa apenas no âmbito do achar e acreditar.

Ela também diz respeito à primeira etapa do processo de transferência de conhecimento determinada pelo compartilhamento de experiências e habilidades técnicas na vivência cotidiana do trabalho. É caracterizada pelo saber propagado pelo docente em sua amplitude e diversidade, não com o intuito de transferir o conhecimento aos discentes como meros depósitos de informações, mas, sim, fornecendo espaço para o desenvolvimento de práticas de cuidado que corroborem com o enriquecimento pessoal, intelectual e psicossocial do aluno para que possam tornar-se sujeitos críticos em relação à teoria e a prática em Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental.

Com o intuito de que o aluno consiga compreender e, além disso, entender o significado do conteúdo ministrado, os docentes utilizam como principal ferramenta as correlações e integrações entre a teoria e a vivência prática para que o aluno consiga visualizar, seja presencialmente em campo prático ou apenas a partir do relato experiencial do docente, aquele conhecimento inserido e contextualizado em uma situação real do cotidiano da vida, fornecendo subsídios para adentrar no campo do desconhecido.

O docente possui um arcabouço de experiências e conhecimentos entrelaçados em uma métrica de contínuo aprendizado. Para tornar o conhecimento mais concreto para o aluno, o docente expressa através de exemplos e correlações toda a sua experiência vivida ao longo da prática profissional. Faz-se também necessário para que esse conhecimento seja mais facilmente absorvido e compreendido pelo aluno que o docente atue diretamente na prática com ele.

Lucchese (2005) retrata em seu trabalho a dimensão da experiência prática para o aprendizado do aluno, no qual foi possível observar que as experiências vivenciadas pelos alunos serviram de base para a internalização do tema estudado, para a construção de associações, para a ampliação da dimensão emocional, como facilitador do processo de aprender a apreender, formação de saber acompanhado da reflexão,

enfrentamento das dificuldades como meios de desenvolver o *saber fazer* a partir do acúmulo de experiências.

“Outra questão importante é justamente a visualização da realidade concreta, quando você localiza com exemplos, acontecimentos, com experiências vividas ao longo de todo processo tanto dentro da ordem acadêmica quanto nos acontecimentos cotidianos que esses sujeitos têm[...]”. (Doc. 3 17/10/14)

“A minha grande estratégia é utilizar exemplos da minha vivência e testemunhos práticos que eu tenho para que fique mais fácil deles visualizarem o que foi falado”. (Doc. 4 24/10/14)

“E outra estratégia que eu tenho é trazer casos que a gente ou eles vivenciaram na disciplina do estágio para discussão aqui em sala de aula”. (Doc. 5 24/10/14)

“Eu acho que os conteúdos mais complexos precisam ser compartilhados através da vivência prática, porque a partir daquela vivência a gente vai destrinchado e apresentando o fundamento teórico”. (Doc. 6 27/03/15).

“[...] a gente compartilha numa abertura que eu dou pra eles trazerem seus questionamentos e dúvidas e até experiências atuais que eles viveram ou ouviram falar [...]”. (Doc.1 22/08/14)

“Através de exemplos práticos e roda de conversa, utilizando exemplos eu consigo entrar nos espaços que eu tenho mais dificuldade”. (Doc.2 13/10/14)

A partir dos dados coletados, observou-se a preocupação dos docentes em fornecer subsídios aos alunos para que eles pudessem compreender o cuidado em Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental em todas as suas dimensões, tanto em relação ao contexto político, ao tratamento, ao diagnóstico, ao processo de adoecimento, à assistência, à desconstrução da objetividade, às teorias fundamentadoras do cuidado e à interação entre sujeito receptor e sujeito promotor do cuidado.

Os conceitos-chave propostos pelos docentes para que os alunos conseguissem não somente absorver o conteúdo ministrado ao longo da disciplina mas também colocá-lo em prática nas suas ações de cuidado desenvolvidas em todas as clínicas que envolvem o processo de adoecimento físico e/ou mental, onde a Enfermagem desempenha a sua tarefa de cuidar, foram agrupados em seis subcategorias que foram analisados, a saber:

- a. Sensibilização/Habilidades pessoais/Agente facilitador do cuidado/Empatia.
- b. Reconhecimento da processualidade do contexto de adoecimento mental e suas dimensões sócio-cultural-política e econômica.
- c. Compreensão do processo assistencial e organizacional da política em Saúde Mental.
- d. Refletindo sobre a teoria, a prática e os elementos formadores da Enfermagem Psiquiátrica (teorias, processos, estruturas e tecnologias).

a. Sensibilização/Habilidades pessoais/Agente facilitador do cuidado/Empatia.

O conceito extraído no primeiro item disserta sobre a tentativa do docente em ofertar um ambiente de aprendizado onde o aluno tenha disponibilidade interior para compreender que a relação entre o enfermeiro-paciente precisa estar ancorada em uma base sólida de confiança e reciprocidade, para isso, o profissional precisa sentir-se confortável e sensível à fala e à problemática do sujeito assistido.

Ainda, pode-se afirmar que, para desempenhar o papel de agente facilitador do cuidado, o enfermeiro necessita ter e/ou desenvolver habilidades pessoais que o ajudem a estabelecer uma relação com o sujeito e a transformar esta interação em algo terapêutico para o indivíduo, promovendo, assim, de alguma forma, algo positivo e novo naquele encontro a ponto de contribuir para que este possa angariar ferramentas que auxiliem na reconstrução do eu.

Furegato e Oliveira (2012) identificaram em sua pesquisa determinantes facilitadores da relação entre o Enfermeiro e o sujeito, como, por exemplo, o vínculo pré-estabelecido e a disponibilidade temporal e interna para escutar as necessidades do outro. Vale ressaltar que, esta integração promovida entre os agentes envolvidos contribui para que o indivíduo se sinta à vontade para expressar seus sentimentos e experiências vivenciadas ao longo de sua trajetória de vida, porém, tal relação interpessoal não pode ser entendida como paternal ou paternalista por ambas as partes. Os autores ainda destacam que “os mecanismos mais eficazes para ajudar o outro não se encontram nas condutas profissionais, mas no próprio indivíduo, sendo o profissional apenas um facilitador desse processo de descoberta dessas potencialidades” (p.89).

O Enfermeiro como agente facilitador do cuidado não advém da ideia de passividade ou de apenas receptor de histórias de vida ou ainda de remodelador do self,

mas, sim, como uma ferramenta que auxilia o sujeito a se reencontrar em sua própria trajetória de vida, fornecendo-lhe somente meios, atalhos e apoio para alcançar aquilo a que o sujeito se propõe a partir do momento que se inicia o processo de reorganização do eu e retomada de sua autonomia.

Segundo Brusamarello et al (2009), evidencia-se a importância de o Enfermeiro desenvolver habilidades para cuidar também da família do portador de transtorno mental, para que possa auxiliar o sujeito a transpor as barreiras do processo de desinstitucionalização. O profissional necessita promover um relacionamento terapêutico e interpessoal saudável com o intuito de produzir novas possibilidades de reabilitação do sujeito. Porém, os autores enfatizam que embora o papel do Enfermeiro na Saúde Mental como agente terapêutico e facilitador do cuidado esteja presente no cotidiano dos cenários, ainda ocorre a centralidade deste profissional em atividades administrativas e burocráticas, o que acaba colocando, por vezes, o cuidado em segundo plano.

Segundo Oliveira (2005), no que se refere à sensibilização deste profissional, “quanto maior a sensibilidade cultural do enfermeiro e maior a abertura para a visão de mundo de outras pessoas, maior será o potencial para entendê-las” (p.135). A autora destaca que o potencial do Enfermeiro como agente de mudança está diretamente relacionado à sua consciência enquanto pessoa e no que tange à compreensão de seu papel enquanto sujeito que cuida e resgata pessoas que sofrem de transtornos mentais.

Pode-se identificar a preocupação com tais elementos na fala do *Doc. 1*:

“Eu pretendo que ele se sensibilize com a importância do relacionamento terapêutico, que ele entenda que ele é o grande agente do cuidado, que ele é o grande facilitador desse tratamento [...] eu pretendia que ele percebesse quais são as habilidades pessoais que favorecem a construção do relacionamento terapêutico, produzindo nele um maior conforto para estar abordando o paciente [...]”. (Doc.1 22/08/14)

Vale ressaltar que, os autores destacam o papel do Enfermeiro enquanto gerador e facilitador do cuidado, porém, não se pode deixar de citar o seu papel enquanto educador, seja ele nos programas de educação continuada ou na própria docência técnica e universitária, principalmente para a Saúde Mental, que é uma área cuja a principal ferramenta de trabalho é o indivíduo. Desse modo, o enfermeiro necessita expor toda a sua capacidade de escuta, diálogo, argumentação e convencimento desempenhados também pelos docentes diante dos alunos, para contribuir com o resgate do sujeito com transtorno mental e em sofrimento psíquico.

Villela e Scatena (2004) destacam que, para que o indivíduo possa vir a desenvolver empatia diante de uma clientela que necessita de cuidados, ele precisa passar por um processo de autoconscientização, desenvolvimento de autoestima e de formação de habilidades pessoais e políticas para que possa assumir seu papel de promovedor de um cuidado dinâmico, mutável e inovador.

A empatia está inserida no campo da sensibilidade para os sentimentos, medos, angústias, anseios e necessidades do paciente e da capacidade de transformar a compreensão dessas informações ofertadas em ações, atitudes e linguagens compreensíveis para o sujeito. Como menciona Alves e Oliveira (2010), “a empatia é a chave de todo o relacionamento terapêutico”, que ainda cita Jaspers (1979), que se refere à empatia como uma mola mestre impulsionadora do cuidado, “sentir o outro dentro de mim” e como “a possibilidade de perceber o outro como se fosse o próprio” (p.66).

Dutra e Oliveira (2014) remetem-se também ao conceito de empatia como elemento primordial da Enfermagem Psiquiátrica, sob a ótica de compreensão da necessidade do outro e de sua experiência vivida. O bom cuidado advém da disponibilidade e habilidade do indivíduo em estar atento ao momento certo de intervir diante da demanda do cuidado imposta pelo sujeito em um processo dinâmico e indivisível.

Jorge et al (2011) inserem, no contexto da relação interpessoal desenvolvida entre usuário e profissional, os conceitos de acolhimento e vínculo como sendo essenciais na construção da autonomia mediante a utilização da responsabilidade compartilhada e pactuada, vistos como ferramentas terapêuticas do cuidado em Saúde Mental em prol de um cuidado mútuo que requer compromisso e disponibilidade de conviver e trabalhar com as demandas da clientela.

Conclui-se, portanto, que o Enfermeiro possui um papel social e cultural importante no desenvolvimento do cuidado em Saúde Mental a partir do desenvolvimento da empatia como postura profissional estabelecida diante da clientela por meio da formação de vínculo e do acolhimento ao sujeito e desencadeada pelo interesse e encantamento com a problemática do sujeito, englobando todas as demandas do cuidado e provocando mudanças, aprendizado e autoconhecimento para si e para o mundo social que o cerca. Tal fato é descrito nas falas dos seguintes sujeitos:

“[...]que ele desenvolva a empatia, o acolhimento de forma bem técnica, bem ampla”. (Doc. 1 22/08/14)

“Eu pretendo produzir encantamento e interesse pela Psiquiatria e Saúde Mental”. (Doc. 4 24/10/14)

É preciso ter consciência do papel do docente enquanto fornecedor de subsídios teóricos e subjetivos para que o aluno consiga desempenhar ou desenvolver empatia com os sujeitos durante o processo de cuidado. Para que esse ato de ensinar empatia seja efetivado com sucesso, necessita-se de docentes comprometidos e empáticos e discentes dispostos a atrelar o maior número de ferramentas possíveis para que possam efetuar um cuidado de qualidade.

b. Reconhecimento da processualidade do contexto de adoecimento mental e suas dimensões

O contexto de adoecimento que envolve o portador de transtornos mentais precisa estar bem definido para o aluno, pois ele precisa compreender as hipóteses diagnósticas e as possíveis intervenções impostas ao sujeito diante do cenário experimental das práticas de cuidado e do caráter subjetivo que se remete ao processo de cuidar em Saúde Mental.

O processo histórico do adoecimento mental é marcado pela exclusão, estigmatização e segregação, imputado ao indivíduo durante um processo de cronificação gerado por um sistema asilar e sustentado pelas práticas desempenhadas no modelo biomédico de assistência ao doente mental, que ancora sua prática de cuidado em ações medicalizadoras, repressoras e punitivas.

Lemos e Freire (2011) tratam em seu trabalho o adoecimento do eu no cotidiano da vida moderna, onde o sujeito está exposto a determinantes intrínsecos e extrínsecos de adoecimento mental. Os autores destacam que:

[...] o eu, como constituição subjetiva é caracterizado por dois extremos: as disposições pessoais e as influências globalizantes. Esse eu precisa ser construído reflexivamente, ou seja, ser capaz de imprimir uma crítica sobre si mesmo, numa “cultura de risco”, na qual a influência de acontecimentos distantes sobre eventos próximos ameaça a sua integridade, a sua intimidade, ocorrendo uma conseqüente ausência de sentido pessoal e exigindo uma reorganização psíquica (p.307).

A Reforma Psiquiátrica brasileira pode ser entendida como um processo dinâmico e contínuo de desinstitucionalização e inclusão social do sujeito que é reinserido em seu território. Para que tais propostas sejam efetivadas, a rede de apoio psicossocial que irá

atuar junto a este sujeito em sua trajetória de reorganização precisa conhecer os determinantes sociais presentes na vida do indivíduo como fatores de risco que impulsionaram o adoecimento mental. Destaca-se como determinantes sociais: “situações de vida e trabalho dos indivíduos e grupos relacionados com sua condição de saúde, considerando os aspectos sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais” (BOSI et al 2014 p. 128).

Alves e Rodrigues (2010) promoveram um estudo acerca da importância de se estabelecer os determinantes sociais e econômicos para se compreender a Saúde Mental como sendo algo muito além da ausência de perturbações mentais e o adoecimento mental como algo muito mais além do que a presença de disfunções psicológicas, mas, sim, como um complexo produto de múltiplas interações que incluem fatores biológicos, psicológicos e sociais. Os determinantes sociais e econômicos explicitados pelos autores que influenciam na Saúde Mental são: *emprego, pobreza, educação, habitação, urbanização, discriminação sexual/violência de gênero, experiências precoces/ambiente familiar, exclusão social/estigma, cultura, acontecimentos de vida estressantes* (p.128,129 e 130).

“[...] que pudessem ter um certo reconhecimento do significado sanitário do adoecimento, das suas origens, da sua dimensão sócio-cultural-política e econômica. [...] que possam ter uma percepção aproximativa da intervenção em sintonia com as políticas públicas[...]. Ter a percepção do que significa dentro da clínica o universo subjetivo do adoecimento psíquico[...] e o entendimento da processualidade que envolve o seu contexto[...]”. (Doc. 3 06/11/14 e 14/11/14)

O docente, ao garantir ao aluno instrumentos que possibilitem o entendimento do processo de adoecimento psíquico e seus fatores determinantes, contribui maciçamente para que o aluno consiga compreender o sujeito diante de sua complexidade e subjetividade, visto que só é possível desempenhar o cuidado quando se consegue visualizar a dimensão e o grau de comprometimento físico, motor e social imposto ao sujeito pelo transtorno mental.

c. Compreensão do processo assistencial e organizacional da política e dos serviços de Saúde Mental

A assistência imputada ao sujeito que sofre de transtornos mentais necessita estar em constante mudança e atualização de acordo com a singularidade do indivíduo e

em sintonia com as políticas públicas em Saúde Mental, que remetem a importância de um cuidado inovador, resolutivo e gerador de autonomia para que o sujeito consiga reorganizar-se mental e socialmente e passe a ser agente do seu próprio cuidado.

A Reforma Psiquiátrica compreende um conjunto de transformações práticas, de saberes, valores culturais e sociais desencadeados por um processo político e social complexos, pois envolve diversos sujeitos, cenários, instituições e movimentos sociais. Seus eixos de ação permeiam o campo da desospitalização dos indivíduos internados em instituições psiquiátricas por longos períodos e sua reinserção na sociedade como uma forma de resgatar a cidadania e autonomia esquecidas durante esse tempo. O principal instrumento normativo da Reforma Psiquiátrica surgiu com a publicação da Lei nº10.216/2001, que veio para ditar sobre os direitos e proteção das pessoas portadoras de transtornos mentais e redirecionar o modelo de assistência em Saúde Mental (BRAGA,2011).

Para dar vida às propostas estabelecidas na Lei, iniciou-se um processo de reestruturação da atenção do cuidado em Saúde Mental de uma forma ampla e inserida no território, para isso, fez-se necessário o fechamento dos leitos psiquiátricos de forma consciente, gradual e programada, dando lugar a implementação de serviços como: Residências Terapêuticas, Centros de Atenção Psicossocial, Centros de Convivência e Cultura e benefícios como o Programa “De volta para Casa” (BRAGA,2011).

A rede de atenção em Saúde Mental, a partir das novas políticas públicas de saúde, pressupõe o avanço e a articulação da rede básica, e o fortalecimento dos Centros de Atenção Psicossocial como ferramenta substitutiva e reorganizadora da rede de cuidados em Saúde Mental, possibilitando que atuem direta e efetivamente no território, porém, observa-se no estudo de Dimenstein (2006) o processo de institucionalização dos CAPS e produção de novas cronidades que prendem os indivíduos a estrutura imaginária destes, pois não buscam expandir sua atuação ao território, impondo ao sujeito uma nova forma de segregação social.

As políticas públicas de cuidado em Saúde Mental emergiram através de iniciativas políticas, científicas, sociais, administrativas e jurídicas imputadas pela necessidade social e humanitária, e aboliram as práticas de dissociação do eu, violação dos direitos à cidadania e a não reinserção social. Esse movimento de mudanças no pensar em Saúde Mental fez surgir novas estratégias voltadas à reabilitação e à

recuperação dos sujeitos que sofrem de transtornos mentais, valorizando o cuidar e o novo pensar em saúde (JORGE et al 2011).

A relação terapêutica que se estabelece nos diversos encontros e serviços entre o profissional e o usuário é estruturada no acolhimento e na formação de vínculo, identificados como ferramentas essenciais para a troca de saberes entre os sujeitos envolvidos, seja ela do técnico ao popular, do científico ao empírico ou do objetivo ao subjetivo. Vale ressaltar que, o processo de assistência ao adoecimento mental é pautado no diálogo e na escuta sensível, ou seja, aferindo a devida importância à dor, ao sofrimento, às vivências e às percepções de vida do sujeito colocando em prática o princípio de integralidade da atenção à saúde proposto pelo Sistema Único de Saúde e pela Reforma Psiquiátrica. (JORGE et al 2011).

“Desejo que eles tenham uma visão maior sobre o contexto de política que adentra por todo movimento social que constitui a sociedade. [...] desconstruir o pensamento objetivo que na própria formação eles apresentam para que eles possam avaliar melhor a construção do diagnóstico”. (Doc. 2 13/10/14 e 31/10/14)

“Eu pretendia que eles entendessem que o serviço de Saúde Mental no CAPS é destinado a atender pessoas psicóticas graves na complexidade do seu atendimento valorizando as necessidades do cidadão”. (Doc. 3 30/10/14)

“Uma consciência das atribuições do enfermeiro no cuidado a pessoas que convivem com sofrimento psíquico”. (Doc. 6 27/03/15)

Durante o processo de ensino-aprendizado, é preciso que o docente esclareça e facilite a compreensão do aluno em relação ao contexto de políticas públicas de Saúde Mental e o processo de transição do cuidado caracterizado pela Reforma Psiquiátrica, para que o aluno consiga associar a assistência em Saúde Mental desempenhada atualmente, as práticas que foram abolidas e aquelas que, embora não recomendadas, permanecem presentes na cultura dos profissionais de saúde e, com isso, ser capaz de refletir sua prática e suas atribuições como enfermeiro diante do sujeito.

d. Refletindo sobre a teoria, a prática e os elementos formadores da Enfermagem Psiquiátrica

Com o objetivo de facilitar o processo de aprendizado, é relevante expor ao aluno os subsídios que os docentes lançam mão para desenvolver o ensino sobre a Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental, para isso, faz-se necessário a explicitação

sobre a sua composição e essência, suavizando as dificuldades de compreensão por parte dos discentes do que realmente vem a ser a Enfermagem Psiquiátrica.

Para desempenhar atividades e ações de cuidado em Enfermagem Psiquiátrica, o Enfermeiro necessita de conhecimentos teóricos e práticos que embasem a sua prática e atuação profissional a fim de promover o cuidado para aqueles que necessitam de ajuda a partir da superação dos saberes psiquiátricos fundamentados nas práticas manicomiais (ALVES e OLIVEIRA 2010).

As estruturas que definem os elementos constitutivos da clínica em Enfermagem Psiquiátrica são: “empatia, intuição, tempo, cuidado pós demanda, escuta qualificada, prontidão para cuidar e esperar” (p.66), as quais são a base do modelo teórico do “intuir empático” (ALVES E OLIVEIRA, 2010) apresentado por Oliveira (2005) que o caracteriza como sendo “um processo dinâmico e pessoal, uma vez que é a partir dele que a enfermeira constitui sua ação de cuidar de pacientes com transtornos psiquiátricos” (p.195).

A principal Teoria de Enfermagem Psiquiátrica que nos remete a importância do relacionamento terapêutico em conjunto com o desenvolvimento de habilidades e posturas que favoreçam a interação efetiva, resolutiva e remodeladora entre o sujeito e o Enfermeiro é a Teoria proposta por Hildegard Peplau.

Cardoso et al (2006) propõe que a Teoria de Peplau está baseada no “relacionamento interpessoal, interdisciplinar, comunitário e vinculado à família” (p.719), em um contexto aproximativo dos preceitos estabelecidos pela Reforma Psiquiátrica brasileira. Para compreender melhor esta teoria, buscou-se primeiramente traçar os elementos necessários para o seu surgimento, que são: o enfermeiro, o paciente e seus contextos de vida, estes elementos servem de substrato para caracterizar os três eixos que fornecem a compreensão conceitual da teoria, propostos pelas autoras: “conhecer a si - enfermeiro; conhecer o outro - paciente; e o entendimento do ambiente, no sentido ampliado que diz respeito a tudo aquilo que circunda e contextualiza o indivíduo” (p.720).

As tecnologias do cuidado em Saúde Mental, segundo Jorge et al (2011), pautam-se nas tecnologias leves, também chamadas de relacionais, que afloram de uma maneira efetiva e criativa a subjetividade do sujeito, através da estruturação da assistência em dispositivos de acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização. Os autores ainda conceituam as subdivisões das tecnologias em saúde em leves, leveduras e duras, que são definidas como:

[...] as leves compreendem as relações interpessoais, como a produção de vínculos, autonomização e acolhimento; as leve-duras dizem respeito aos saberes bem estruturados, como a clínica médica, a epidemiologia e a clínica psicanalítica; e as duras são compostas por equipamentos tecnológicos do tipo máquina, normas e estruturas organizacionais (p.3052).

Os autores defendem a priorização das tecnologias leves como forma de atingir a integralidade e a humanização do cuidado, fundamentando essa prática no “acolhimento, no diálogo, no vínculo, na corresponsabilidade e na escuta ativa entre profissional e usuário dos serviços de saúde”, tendo-os como dispositivos relacionais que aprofundam as relações subjetivas de modo a desenvolver uma nova prática em saúde, estabelecendo sempre como meta final reduzir o sofrimento psíquico, melhorar a qualidade de vida e resgatar a autonomia dos sujeitos (JORGE et al 2011, p.3052).

Embora o autor se utilize das terminologias propostas por Emerson Elias Merhy para descrever as tecnologias do cuidado de saúde, até mesmo o próprio Merhy disserta sobre um enfraquecimento das tecnologias leves, descritas por ele como sendo o cuidado gerado pelas relações e pelo encontro que atua, interage e afeta o outro nos serviços de saúde e o fortalecimento das tecnologias duras e leve-duras tornando o cuidado meramente uma engrenagem produtora de procedimentos. (MERHY e FEUERWERKER, 2009). O autor citado anteriormente tenta propor uma aproximação entre tecnologias leves aplicadas à saúde e aplicadas à Saúde Mental, porém, nesta área, o cuidado dito como “leve” não deveria ser assim descrito, pois o diálogo, as relações e a escuta com o outro são as principais e melhores ferramentas de cuidado que um profissional de Saúde Mental pode ter para cuidar do outro, portanto, não deveriam ser tidas como tecnologias leves, e sim complexas diante da demanda da clientela.

Para expor a necessidade de que o discente compreenda a Enfermagem Psiquiátrica e a Saúde Mental como um todo, destaca-se a seguinte fala docente:

“Compreender na Enfermagem Psiquiátrica todos os elementos necessários para a Enfermagem Psiquiátrica, como o processo de Enfermagem, as teorias de Enfermagem Psiquiátrica que estão por detrás do fazer em Enfermagem”. “[...] compreenda a construção dos processos psíquicos para que possa agir criticamente na construção de tecnologias do cuidado [...] compreenda como se constrói a estrutura psíquica”. (Doc. 5 03/12/14)

O docente, ao destacar a impossibilidade do aluno de abster-se em compreender e associar os elementos integradores do processo de cuidado em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, promovendo também um olhar criterioso quanto às tecnologias do cuidado, nos faz retomar a crítica feita anteriormente em relação à denominação de tecnologias leves aplicada às ferramentas utilizadas pelos profissionais de Saúde Mental para atuar com o sujeito, as quais não deveriam ser denominadas de “leves” diante de toda a complexidade que possui fazer com que o indivíduo se sinta confortável para compartilhar o seu sofrimento e angústias com o outro.

Observa-se uma crescente preocupação dos docentes em fazer do aluno um ser pensante criticamente sobre a prática em Enfermagem Psiquiátrica, com o intuito de produzir um cuidado mais atento e questionador em comparação às reais necessidades dos sujeitos em relação ao que realmente é visualizado na prática e na efetiva aplicação do que se aprende na teoria em sala de aula.

Dutra e Oliveira (2014) referem em seu texto a importância de se aliar a teoria e a prática em Enfermagem Psiquiátrica, caso contrário, não haverá mudança paradigmática eficaz na formação do profissional que produza práticas psicossociais em Saúde Mental inovadoras que possibilitem o enriquecimento da prática do cuidado e o intercâmbio de experiências, saberes e fazeres entre os diferentes sujeitos que formam a rede social que agrega cada vez mais conhecimento ao aluno.

Segundo Spadini e Bueno (2005), o enfermeiro psiquiátrico necessita estar sempre em busca de novos conhecimentos, promover um pensar crítico e reflexivo sobre a prática e assistência ao paciente. Os autores destacam ainda a imprescindibilidade de aderir a uma concepção problematizadora do cuidado empático, considerando o outro em sua existência, não opressor, favorecer a reconstrução da autonomia e transformar o sujeito em um agente de mudanças para si e para o mundo libertando-o das amarras da institucionalização.

O desenvolvimento do pensamento crítico requer habilidades cognitivas, interpessoais e atitudes do profissional. É definido “como um julgamento intencional que resulta em interpretação, análise, avaliação e inferência, além de explicação das evidências sobre as quais o julgamento foi baseado”. Consiste em um pensamento reflexivo inerente à capacidade de questionar e responder questões que requerem habilidades de síntese, análise e avaliação (BITTENCOURT e CROSSETTI, 2013, p.342).

No campo da Enfermagem, o pensamento crítico é considerado essencial para a responsabilização do profissional pela qualidade da assistência prestada, entretanto, observa-se que no ensino em Enfermagem enfrenta dificuldades no desenvolvimento de habilidades promotoras do pensar crítico. Os autores referem ainda que existe um maior interesse por parte dos alunos na execução de atividades técnicas de enfermagem ao invés de atividades que estimulam as “habilidades cognitivas, críticas, humanísticas e de relacionamento interpessoal” (BITTENCOURT e CROSSETTI, 2013, p.342).

As ideias apresentadas podem ser visualizadas e compreendidas a partir das falas dos sujeitos:

“[...] recolocá-los em um espaço de crítica, de um pensar sobre o campo da Saúde Mental e Psiquiatria onde o enfermeiro que atua em Saúde Mental estaria inserido, porque a lógica de funcionamento que envolve as outras categorias de uma maneira geral, na formação do enfermeiro está muito aprisionada a lógica hospitalocêntrica de funcionamento por dentro de uma institucionalização hospitalar”. (Doc.3 17/10/14)

“Pretendi que eles tivessem uma reflexão da teoria com a prática, juntando o que eles aprenderam na Enfermagem Fundamental com o aprendizado em Enfermagem Psiquiátrica”. (Doc. 5 03/12/14)

Tais conceitos-chave servem de arcabouço para darmos início a discussão sobre a real concretização da primeira etapa do processo de transferência de conhecimento: a socialização, com ênfase no destaque dado a observação realizada mediante a análise das falas dos docentes, em que se pôde expor a prevalência das palavras pretender e desejar, as quais são termos que permanecem no campo do abstrato.

É importante destacar que, na prática docente atual, o ato de ensinar é visto como uma forma de apresentar ou explicar o conteúdo de uma maneira expositiva. Neste sentido, a sala de aula “é o espaço onde o professor fala, diz, explica o conteúdo, cabendo ao aluno anotá-lo para depois memorizá-lo” (p.1). Entretanto, na realidade da sala de aula onde o professor pretende ou deseja que o aluno compreenda uma temática, pode ser que ocorra ou não essa compressão, a adesão, ou não, a formas de pensamento mais evoluídas, a mobilização, ou não, para outras ações de estudo e de aprendizagem. Ou seja, efetivação da meta de ensinar advém de duas vertentes, o ato de ensinar e a apropriação do conteúdo por parte do aluno, caso contrário, como “posso dizer que ensinei?” (ANASTASIOU, 2003).

Quadro 4: Relação dos conceitos chaves e os objetivos no processo de produção de conhecimento estabelecidos pelos sujeitos da pesquisa:

Sujeitos	Conceitos-chave	Objetivos propostos	Falas dos sujeitos
Doc.1	-Sensibilização/Habilidades pessoais/Agente facilitador do cuidado. -Interesse, empatia e encantamento pela Psiquiatria e Saúde Mental.	Ampliação do horizonte e da qualidade do cuidado; Habilidades pessoais para o relacionamento terapêutico; Sensação de segurança e conforto.	“Eu acredito que eu tenha conseguido alcançar esses objetivos”. “Eu acredito que eles conseguiram sim perceber [...]”.
Doc. 5	-Interesse, empatia e encantamento pela Psiquiatria e Saúde Mental. -Processo assistencial e organizacional da política em Saúde Mental. -Compreensão os elementos formadores da Enfermagem Psiquiátrica (teorias, processos, estruturas e tecnologias). -Reflexão crítica sobre a teoria e a prática.	As abordagens terapêuticas e a política de Saúde Mental; Compreensão das estruturas psíquicas e construção do eu; apresentação das teorias e do conceito de Enfermagem Psiquiátrica; funcionamento dos CAPS e a prática do enfermeiro; projeto de promoção à Saúde Mental.	“Eu acredito que alcancei, pois tive perguntar por parte dos alunos”.
Doc.2	-Processo assistencial e organizacional da política em Saúde Mental.	Desconstrução da visão hospitalocêntrica; descaracterização dos transtornos; olhar diferenciado.	“O objetivo foi alcançado”.
Doc. 3	-Processualidade do contexto de adoecimento mental e suas dimensões sócio-cultural-política e econômica. -Processo assistencial e organizacional da política em Saúde Mental. -Reflexão crítica sobre a teoria e a prática.	Reconhecimento do significado sanitário do adoecimento em sintonia com as políticas públicas; entender e aprofundar o processo de assistência no campo do adoecimento.	“Creio que os objetivos tenham sido parcialmente alcançados em uma dimensão bastante satisfatória tendo em vista que o grupo me forneceu tal sensação”.
Doc. 4	-Interesse, empatia e encantamento pela Psiquiatria e Saúde Mental.	Descrição das alterações psíquicas; explicitação de cada uma e sua intervenção.	“Acredito que tenha alcançados esses objetivos”.
Doc. 6	-Processo assistencial e organizacional da política em Saúde Mental.	Proporcionar ao aluno conhecimento sobre as técnicas de avaliação psiquiátrica.	”Acho que consegui alcançar meus objetivos”.

O quadro 4 identifica as correlações estabelecidas entre o que de fato os docentes se propuseram a ofertar de conhecimento para aluno durante a disciplina, quais os objetivos que eles referem ter traçado ao confeccionar as aulas e se os objetivos foram alcançados, porém, a grande maioria deles relata não ter confeccionado um plano de aula para este momento, o que dificulta estabelecer está correlação. Observa-se que de uma forma geral as temáticas abordadas em sala de aula e os objetivos supostamente propostos em cada temática eram semelhantes, todavia, não se pode afirmar que os objetivos foram alcançados.

Segundo Spadini e Bueno (2005), a forma bancária de ensino é caracterizada pelo cunho narrativo e dissertativo, onde o professor deposita informações na mente do aluno, tornando-o um mero depósito de conhecimento sem que se tenha criatividade e transformação desse conteúdo para o seu entendimento. Nesta concepção, o docente permanece em uma postura rígida negando o processo de busca pelo conhecimento, o que desestimula o desenvolvimento da consciência crítica dos sujeitos.

Entretanto, quando paramos para analisar a forma com a qual os docentes lançam mão para avaliar se os objetivos realmente foram alcançados na visão dos discentes, nos deparamos com a ausência de tais instrumentos e apenas a ênfase nas palavras acreditar e achar para determinar o alcance ou não dos objetivos propostos em sala de aula. Com isso, o aprendizado do conteúdo de Saúde Mental fica prejudicado na medida em que o docente somente “*acredita*” ou “*acha*” ter alcançado ou parcialmente alcançado os objetivos da aula, no entanto, sustenta essa afirmação sem possuir qualquer método definido para a avaliação do alcance dos objetivos traçados, os quais se tornam, no mínimo, frágeis.

Diante disso, é preciso que o docente deixe claro o que realmente almeja alcançar com o tema abordado em sala de aula, se quer que o aluno apenas aprenda ou que ele realmente apreenda o conteúdo, pois o verbo aprender significa “tomar conhecimento, reter na memória mediante estudo, receber a informação”, já o verbo apreender significa “segurar, prender, pegar, assimilar mentalmente, entender, compreender, *agarrar*. Não se trata de um verbo passivo; para apreender é preciso agir, exercitar-se, informar-se, tomar para si, apropriar-se” (ANASTASIOU, 2003 p.13).

Nesta análise, concluímos que, para avaliar se o aluno conseguiu realmente apreender e/ou compreender o conteúdo, não se pode permanecer no campo abstrato do “achismo”, é preciso que o docente lance mão de técnicas de avaliação dos objetivos

da aula. Para isso, faz-se necessário a construção do plano de aula como estratégia facilitadora de ensino e aprendizado, o que não foi realizado pela metade dos docentes entrevistados.

Segundo o Portal do Professor do MEC (Ministério da Educação) uma aula bem-sucedida deve ter seus objetivos alcançados e isto só se confirma pela avaliação da referida aula. Portanto, objetivo e avaliação têm estreita relação. Ao enviar o planejamento de uma aula, liste os objetivos com verbos de ação no infinitivo e que indiquem precisão. (Construir, avaliar, analisar, identificar, escrever, ler, listar, definir, reproduzir, organizar, traduzir, demonstrar, dramatizar, jogar, explorar, saltar, percorrer, etc.).

Cabe ao docente planejar e conduzir o processo de ensino-aprendizagem de forma contínua possibilitando aos alunos fazerem a construção e apreensão do conhecimento através de momentos sequenciais e gradativamente crescente a partir do nível de complexidade do conteúdo. É de responsabilidade do professor também a confecção o plano de ensino ou plano de aula, onde o foco principal é o aprendizado do aluno, “para a qual é dirigida a análise do processo, a definição dos objetivos, a organização dos conteúdos, a escolha metodológica para mobilizar, construir e elaborar a síntese e avaliar as aprendizagens efetivadas” (ANASTASIOU, 2003 p.17).

Segundo, Libâneo (1994), o plano de aula é “um detalhamento do plano do ensino” (p.241). Trata-se de um roteiro escrito que serve de orientação para o docente, onde são descritos os objetivos, conteúdos, consolidação e avaliação do conteúdo a ser apresentado. Na confecção do plano de aula, o docente deve levar em consideração o nível de preparação inicial do aluno para aquela temática. O plano de aula como instrumento base para a construção de qualquer atividade de docência precisa estar atualizado e ser revisado periodicamente a partir dos novos conceitos e enriquecimento profissional do docente.

Portanto, pode-se determinar que a etapa de socialização foi concluída na medida em que os alunos relatam terem conseguido mudar seu olhar para a Saúde Mental, porém, não se pode afirmar a sua efetividade já que a etapa encontra-se prejudicada pelo fato dos docentes não utilizarem instrumentos efetivos para a avaliação do aprendizado, o que interfere na efetivação dessa e das próximas etapas do processo de transferência do conhecimento.

“Eu não tinha expectativa nenhuma, pois o estigma que a gente traz do paciente com transtorno mental é muito forte, da agressividade, da violência, de você não saber agir ou lidar não gera interesse na gente, coisa que no PCI X a gente conseguir mudar na nossa cabeça e nossa reflexão

sobre o paciente psiquiátrico. Ao longo do período o meu interesse pelo assunto mudou radicalmente”. (GF11/12/14)

“Em contrapartida na prática eu me surpreendi, por que eu esperava que fosse mais agressivo e cansativo e pelo contrário, foi mais leve, os pacientes são diferentes do que a gente acha que é e do que a gente escuta no dia a dia como se todo paciente fosse marginalizado”. (GF11/12/14)

“Minhas expectativas foram positivas, pensei que fosse ser difícil, mas nunca imaginei encontrar pessoas tão parecidas comigo como eu encontrei, então isso pra mim foi positivo” (GF11/12/14).

“[...] teve uma paciente muito agressiva comigo e fiquei muito chateada, mas tudo mudou ao longo do período e agora estou muito na dúvida se volto ou não para o PCI como sênior”. (GF11/12/14)

A partir das falas expostas, é possível constatar a mudança no pensamento dos alunos quanto ao campo da Saúde Mental, onde o medo do desconhecido e o estigma abre espaço para a descoberta do que realmente vem a ser o indivíduo em sofrimento psíquico. Tal conjuntura só foi possível a partir do estímulo a associação do campo teórico com o prático, onde os alunos tentam associar os exemplos e conteúdos fornecidos em sala de aulas com as experiências vivenciadas na prática.

Não se pode afirmar que todos os alunos conseguiram fazer essa associação, pois se trata de algo subjetivo inerente a uma capacidade e disponibilidade própria de cada indivíduo em desenvolver-se enquanto sujeito participativo no cuidado em Saúde Mental. É preciso destacar que, embora a socialização tenha sido efetivada tanto pelos docentes quanto pelos discentes, existe uma diversidade social, cultural dentre os participantes de ambos os grupos, portanto, deve-se respeitar tais diferenças principalmente durante o processo de ensino-aprendizado tendo em vista que os alunos encontram-se em processo de amadurecimento e formação.

5.2. Categoria 2: As estratégias como forma de externalizar o conhecimento

Tal categoria engloba a segunda etapa do processo de transferência de conhecimento denominada externalização, que vem a ser o compartilhamento do conhecimento através do diálogo, reflexão e da linguagem escrita, na qual é possível a partir de uma articulação dinâmica fornecer um cunho simbólico ao conhecimento.

Esta categoria nos remete ao entendimento de que para ensinar são necessários vários recursos a fim de transpor as barreiras da compreensão e apreensão do conhecimento que vão além dos limites da sala de aula. O processo de ensino-aprendizado no que tange à Enfermagem Psiquiátrica possui uma dimensão muito maior do que o simples fornecimento de informações sobre o adoecimento mental, seu diagnóstico, intervenção e tratamento. O docente necessita de estratégias, recursos didáticos e principalmente habilidades cognitivas e pessoais para alcançar a essência do aluno e fazê-lo compreender o que realmente vem a ser o cuidar em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental fazendo a diferença no transcorrer da vida daqueles indivíduos.

Nesta categoria, são expostos os recursos que os docentes utilizam e acreditam ser facilitadores do processo de compreensão do conteúdo ministrado em sala de aula por parte do aluno. Trata-se de como ocorre a transformação do conhecimento bruto e denso (tácito) em algo mais palpável e de fácil (explícito) entendimento para o aluno através de estratégias de ensino-aprendizagem adotadas pelos professores.

Libâneo (1994) em seu livro destaca os conceitos de educação e ensino, definindo a *Educação* como sendo uma instituição social, produto e processo de um meio onde ocorrem as relações e influências do mundo, determinando a visão de mundo, modo de agir, ideias e valores num cenário contínuo de desenvolvimento da personalidade, e o *Ensino* como ações e meios pelos quais ocorre a formação e desenvolvimento intelectual a partir da sistematização do conhecimento tido como dominado.

Na prática docente, o objetivo basicamente a ser alcançado diante do aluno é fazê-lo compreender o conteúdo ministrado, instituir significado na vida do aluno para que ele faça a diferença, torná-lo um ser pensante e transformador do cuidado no que tange à tomada de decisão a partir de uma prática crítica e reflexiva diante das inúmeras situações-problema vivenciadas no processo de cuidar em Enfermagem Psiquiátrica/Saúde Mental.

À luz de Paulo Freire (2008), durante o processo de ensino-aprendizagem o aluno promove um distanciamento da simples apreensão da realidade com o objetivo de gerar uma consciência crítica a cerca de determinado assunto, desvendando e penetrando a fundo na escuridão da realidade que possui relação direta com o mundo e com as experiências vividas pelo aluno. A visualização da realidade relaciona-se intimamente com a transformação do abstrato em concreto, onde o indivíduo se vê inserido no contexto de aprendizado e consegue refletir criticamente sobre o conhecimento concreto em seu contexto de vida.

Lima e Cassini (2000) fazem uma crítica a forma bancária de ensino desempenhada por alguns docentes no contexto educacional em Enfermagem Psiquiátrica nas Universidades, pois tal modalidade tradicional de ensino mantém o foco no professor e na sistematização das aulas memorizadas, desfavorecendo o aprendizado questionador. Para os autores, a ruptura das abordagens tradicionais e a adoção de técnicas de desenvolvimento crítico, da capacidade criativa, reflexiva e de aprofundamento constante do conhecimento, fornecem aos docentes ferramentas para formar alunos capazes de “analisar, avaliar, questionar, investigar, divergir, argumentar e experimentar” na prática profissional (p.24).

Valente e Viana (2007) em seu trabalho referem-se à importância da adoção de novos métodos de ensino para suscitar no aluno a capacidade de investigação e de aprender a aprender em uma métrica contínua de educação permanente. Destacam que é essencial fazer com que o aluno se sinta estimulado e participante do processo de aquisição do conhecimento a fim de tornarem-se profissionais conscientes do seu papel na sociedade. Os autores formularam etapas para a formação do pensamento crítico e reflexivo, que são:

“Conhecer o aluno a quem estamos ensinando; encorajar o aluno a formular perguntas; reduzir a ansiedade, oferecendo apoio; reduzir ao mínimo as distrações, e ensinando no momento apropriado; usar gravuras, diagramas, ilustrações; utilizar analogias e metáforas para criar um “visual mental”; encorajá-los a parafrasear, utilizando as suas próprias palavras; considerar o uso do explique-me-como-se-eu-tivesse-quatro-anos-de-idade; ajustar as respostas dos alunos; resumir os pontos-chave, não deixando os alunos na mão.” (p.4,5)

A partir dos dados dessa categoria, emergiram 4 subcategorias, os quais representam os recursos utilizados pelos docentes para transmitir o conhecimento:

- a. Utilização de recursos audiovisuais;
- b. Atividades interativas: dinâmicas em grupo, aula externa, uso de filmes, músicas;
- c. Diálogo, discussões e debates;
- d. Utilização de artigos e materiais de apoio.

a. Utilização de recursos audiovisuais

A informatização do ensino possibilitou ao docente expandir as possibilidades de disposição e apresentação dos conteúdos ministrados em sala de aula. Antes o Ensino em sala de aula resumia-se ao docente e ao quadro negro, onde o docente necessitava de toda uma postura, domínio, fluidez e poder de simplificação e compreensão para expor aos alunos o conhecimento a ser apreendido. Com o advento da informática e sucessivamente do uso dos retroprojetores em sala de aula, tornou-se mais ampla as dimensões em nível de conteúdo, exposição/apresentação e sintetização possíveis para o docente dissertar sobre uma temática. Vale ressaltar que de nada adianta o uso dos recursos audiovisuais em detrimento ao velho e bom diálogo aberto se o docente se torna prisioneiro de uma tecnologia e reproduz de uma forma mecanicista de reprodução do conhecimento.

Silva (2013), no que diz respeito ao uso do Datashow, refere que tal tecnologia facilita o processo de ensino-aprendizagem, pois proporciona, a partir da visualização direta do conteúdo, maior fixação deste, porém, em contrapartida, ressalta que o docente não deve fazer uso dessa tecnologia como único recurso da aula, uma vez que corre o risco de se tornar prisioneiro e engessado ao conteúdo projetado em vias de transformar a aula em uma leitura de slides e um monólogo, o que reduz o rendimento do aluno, empobrece a qualidade da aula, fragiliza a relação professor-aluno e restringe o aprendizado.

“Eu trabalho bastante com material audiovisual [...]”. (Doc. 1 22/08/14)

“[...] trabalhar com métodos audiovisuais [...]”. (Doc. 2 13/10/14)

“[...] uso de slides[...]”. (Doc. 5 24/10/14)

Vale ressaltar que, a partir das falas dos docentes, há um equívoco na nomenclatura utilizada pelos docentes no que se refere ao uso de materiais e métodos audiovisuais, pois tais professores fazem uso de recursos didáticos como parte de suas estratégias de ensino-aprendizado, porém, não conseguem conhecê-los como tal, e sim como materiais e métodos didáticos.

b. Atividades interativas: dinâmicas em grupo, aula externa, uso de filmes, músicas

Nicolau et al (2014) destacam a importância do cinema como facilitador do processo de ensino-aprendizagem na Enfermagem, principalmente na Enfermagem Psiquiátrica, pois auxilia na compreensão da subjetividade dos casos estudados, proporcionando um momento de reflexão do aluno em relação ao mundo. Portanto, pode-se dizer que a utilização de filmes como estratégia de ensino faz com que o aluno exercite seu imaginário, expandindo sua visão sobre os desdobramentos da vertente biológica, psicológica e social do universo humano.

Ramin et al (2002) realizou um estudo sobre a importância da música para o aluno no processo de ensino-aprendizagem e constatou que todos os alunos analisados se referem positivamente durante a experiência de ter a música em sala de aula como elemento facilitador do aprendizado e da interação com o docente. O estudo concluiu que a música: “ajudou na concentração, proporcionou melhor relacionamento com o docente, relaxou, descontraíu e até mesmo alterou os batimentos cardíacos e a respiração dos alunos e reduziu o estresse e a agitação” (p.4).

“Eu trabalho bastante [...] com dinâmicas. Atividades bem interativas em sala de aula [...]”. (Doc. 1 22/08/14)

“Tentei usar uma dinâmica corporal, [...] e roda de conversa, como algo mais informal a fim de entrar com mais facilidade no embasamento teórico com esses alunos”. (Doc.2 13/10/14)

“Já fiz aula externa, levá-los para outro lugar que não a sala de aula para reportar outros pensamentos acerca da Saúde Mental. Já usei música, casos de filmes, TV, novela e até mesmo vida de músicos e artistas que tem transtornos mentais para discutir essa problemática aqui [...]”. (Doc. 5 24/10/14)

O uso de atividades interativas que prendem a atenção dos alunos é visto como elementos potencialmente facilitadores do processo de ensino aprendizagem

identificados a partir da visão dos alunos diante da oferta dos conteúdos em sala de aula, referindo dar preferência às aulas dinâmicas em detrimento de aulas meramente expositivas e pouco interativas.

Segundo Oliveira et al (2014) a simulação está cada vez mais inserida nas dinâmicas de aulas propostas por docentes nas universidades, e pode ser definida como: "situação ou lugar criado para permitir que um grupo de pessoas experimente a representação de um acontecimento real, com o propósito de praticar, aprender, avaliar ou entender sistemas ou ações humanas"(p.488). Na área da Enfermagem através desta metodologia ativa de ensino é possível desenvolver competências profissionais, pensamento crítico e responsabilização.

c. Diálogo, discussões e debates

A manutenção de um diálogo contínuo e a promoção de debates e discussões acerca de uma temática com os alunos munem os docentes de ferramentas metodológicas para contrapor e aprofundar conceitos e ideias, fazendo com que haja uma reflexão sobre o conteúdo e sua aplicabilidade prática pelo discente para que possa participar ativamente da dinâmica em sala de aula.

Perrenoud (2002) afirma que o desenvolvimento da capacidade de reflexão sobre as ações é chave para a autonomia e responsabilidade profissional, gerado por um acúmulo e aprimoramento de experiências, competências e saberes. Ainda afirma que só é possível adquirir uma postura/prática reflexiva a partir "de uma análise metódica, regular, instrumentalizada, serena e causadora de efeitos" (p.47). Tal reflexão torna-se o propulsor para a mudança, pois só é possível modificar uma prática a partir do momento que se reflete e se inquieta com o que *faz*.

Como especialmente disserta Paulo Freire (1996 p.85 e 86) sobre a importância de se manter um diálogo com o aluno em vistas de assumir uma postura democrática visando o aprendizado contínuo a partir da disponibilidade para o ato de ensinar:

É no respeito às diferenças entre mim e eles ou elas, na coerência entre o que faço e o que digo, que me encontro com eles ou com elas. [...] Como professor não devo poupar oportunidade para testemunhar aos alunos a segurança com que me comporto ao discutir um tema, ao analisar um fato, ao expor minha posição em face de uma decisão governamental. Minha segurança não repousa na falsa suposição de que sei tudo, de que sou o "maior". Minha segurança se funda na convicção de que sei algo e de que

ignoro algo que se junta a certeza de que posso saber melhor o que já sei e conhecer o que ainda não sei.

A partir dos fatos apresentados, pode-se concluir que a manutenção do diálogo entre docente e discente é uma necessidade acadêmica proferida pelos alunos como sendo essencial para a difusão e apreensão do conhecimento.

“[...] eu vejo que a metodologia em si quando você percebe que os indivíduos têm a possibilidade maior de apreender conhecimento de acumular o conhecimento a partir do momento que mantém um diálogo contínuo, através da discussão, do próprio debate, não através da forma bancária de ensino que é a permanência do estudante como receptáculo ou dígitamos receptor de uma informação [...]”. (Doc. 3 17/10/14)

“[...] peço que leiam o material antes e faço a discussão das questões que eles trazem, mas sempre nesse momento eu tenho papéis que eu distribuo com perguntas ou vou pela frequência e vou provocando”. (Doc. 5 24/10/14)

“Aulas expositivas e dialogadas, tentando também problematizar para que o ensino tenha sentido”. (Doc. 6 27/03/15)

“[...] estabelecer um diálogo com essa realidade de vida e que venha ocupar o campo de um novo entendimento da assistência em Saúde Mental e Psiquiatria que pressupõe a entrada e o diálogo sendo feito a partir de outros dispositivos que não estão centrados no campo da internação”. (Doc. 3 17/10/14)

“Eu coloco os conceitos e discuto como esses conceitos vão produzir efeito terapêutico nesses usuários que nós atendemos”. (Doc. 5 24/10/14)

Observa-se nas falas dos docentes a preocupação em fazer com que o aluno participe das aulas e que faça a construção do conhecimento associando também com os conteúdos que emergem do campo prático. A que se destacar apenas um ponto no que tange a escolha por aulas expositivas, pois são entendidas pelos alunos como sendo meramente verticalizado e apenas a “leitura de slides”, tal aula precisa ser acompanhada pelo diálogo e pela construção horizontalizada do conhecimento partilhado entre alunos e docentes.

d. Utilização de artigos e materiais de apoio

O embasamento teórico é de fundamental importância para que o docente forneça ao aluno arcabouço científico para aprofundar seu conhecimento em determinado assunto, para isso, faz-se necessário a fundamentação através de teóricos, especialistas e membros da sociedade científica que discutem a temática apresentada.

Tais materiais podem resumir-se em artigos científicos, livros, manuais, revistas conceituadas que fornecem substrato para a discussão em sala de aula.

“[...] em sala de aula com material de apoio de artigos também, literatura para casa, para que eles possam ter suporte para estudo”. (Doc. 1 22/08/14)

“Já trouxe artigos para discussão em grupo [...]”. (Doc. 5 24/10/14)

“[...] trazemos literaturas acessórias de livros ou artigos que trazem a problemática de uma forma mais atual”. (Doc. 1 22/08/14)

O aluno prende-se muito ao conhecimento palpável, aquilo que ele pode ler e reler até que faça sentido para ele. Portanto, é interessante para o docente lançar mão do uso de artigos, capítulos de livros, reportagens em revistas conceituadas com parte complementar da aula. A partir de tal estratégia do discente, pode vir a emergir na 2ª etapa do processo de transferência de conhecimento que a externalização, onde o docente oferta ao aluno a oportunidade de refletir sobre os conceitos apresentados em sala de aula a partir de anotações, materiais de apoio e o diálogo.

Um estudo realizado por Rodrigues et al (2012) em Santa Catarina identificou as estratégias de ensino-aprendizagem que predominaram em 20 cursos de graduação em enfermagem na área de Saúde Mental. Os autores relatam a predominância da “aula expositiva e dialogada; seminários; dinâmicas e trabalhos de grupo; leitura e discussão de textos; utilização de filmes que desenvolvessem um tema da saúde mental; busca em bases de dados, a fim de pesquisar artigos sobre saúde mental; construção de situações problema na comunidade; debates em grupos e plenárias; criação de material artístico-educativo; atividades teórico-práticas em serviços de saúde e saúde mental/atenção psicossocial; oficinas; produção individual e coletiva de textos; discussão de casos clínicos e estudos dirigidos”.

Uma reflexão que se faz importante diante do exposto pelos docentes participantes do estudo no que tange às estratégias de ensino-aprendizagem é destacar o fato de muitos deles utilizarem as palavras materiais e métodos a fim de descrever as estratégias utilizadas em sala de aula. Vale ressaltar e advertir também que existe uma diferença conceitual importante entre o que significa recurso e material e principalmente estratégia.

Segundo o Portal do Professor do MEC (Ministério da Educação), as estratégias são vistas como um roteiro de trabalho, onde o profissional reflete sobre a sequência

didática das atividades a serem desenvolvidas em sala de aula de acordo com os objetivos propostos a serem alcançados durante a aula. Outro destaque importante é a diferenciação entre recursos e materiais. Os materiais englobam a classe de ferramentas palpáveis como: tesoura, cartolina, cola. Já os recursos compreendem as ferramentas didáticas que auxiliam o docente a promover o aprendizado de forma mais efetiva, portanto, são vistos como “estratégias de leitura, trabalho de grupo, uso de áudios, ou vídeos, jogos (incluindo os virtuais), simulações, mediante uma determinada dinâmica etc., jornais, livros, revistas, CDs, CD-ROM, sites etc”.

A concretização da segunda etapa do processo de ensino-aprendizagem se caracteriza a partir da fala dos discentes, porém, tal efetivação torna-se prejudicada a partir do momento que o docente não consegue se expressar efetivamente nas escolhas e nas nomenclaturas fornecidas às estratégias e recursos facilitadores do processo de ensino-aprendizagem:

“Eu recorri a artigos e discussões grupais para absorver o que todo mundo entendeu e o que seria possível aplicar na prática”. (GF11/12/14)

“Eu pesquisei em casa em artigos e livros e foi muito prazeroso para mim. Me ajudou a lidar e reconhecer, pois a minha percepção quanto a essas pessoas aumentou ao longo do PCI”. (GF11/12/14)

“A gente consegue colocar em prática e pensar mais e reafirmar o conteúdo dentro da gente”. (GF11/12/14)

A partir da externalização, o discente consegue compreender melhor aquele conhecimento socializado pelo docente na etapa anterior, através do estudo fora de sala o aluno vislumbra o conhecimento como algo compreensível, fazendo com que ele deixe de ser tácito e se transforme em explícito, ou seja, algo que o aluno é capaz de expressar e colocar em prática.

O aluno durante o processo de aprendizado vislumbra conseguir ao final da disciplina o maior quantitativo de conhecimento adquirido para que seja capaz de atuar diante da clientela em diversos campos e áreas da enfermagem, porém, vale ressaltar que, quantidade nem sempre possui qualidade, portanto, é importante que o aluno compreenda que para que o conhecimento seja capaz de gerar resultados positivos na sua futura vida profissional, é preciso que ele seja trabalhado, estimulado, aprimorado, desenvolvido e apreendido.

Neste processo, o aluno necessita desempenhar a função de um “escultor”, que primeiramente seleciona a matéria prima de sua obra, depois separa o material a ser usado em sua construção, em seguida molda e desenvolve a premissa da obra com

cuidado e esforço, e após o longo dia de trabalho, surge sua obra final, que para o escultor sempre está inacabado, pois tudo é passível de melhora com uns retoques e dedicação. Assim, é o aluno que possui um conhecimento para ser adquirido, ele escolhe as ferramentas e estratégias que utilizará para apreendê-lo, depois de muito estudo e desenvolvimento, ele conseguirá desenvolvê-lo na prática, todavia, sempre é possível apreender mais e mais.

5.3. Categoria 3: Agregando conhecimento: a utilização da “combinação” para apreender Saúde Mental

Tal categoria surge a partir da terceira etapa do processo de transferência de conhecimento - combinação, aplicado ao processo de ensino-aprendizagem em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental, sendo definida esta etapa como uma reconfiguração e categorização do conhecimento a fim de gerar a oportunidade de expansão do conhecimento através das redes de informação. As redes de informação neste contexto são entendidas como a tentativa de transposição dos limites da sala de aula a fim de ampliar o campo de compreensão dos discentes. Vale ressaltar que, a 2ª categoria (externalização) e a 3ª categoria (combinação) são muito semelhantes entre si e, por vezes, torna-se difícil a identificação de suas nuances, por isso não foram construídas subcategorias.

A partir do agrupamento das falas dos sujeitos que compõem esta categoria, podemos destacar a emergência das falas dos participantes, nas quais expressam a necessidade de agrupar os conhecimentos de outras disciplinas para apreender Saúde Mental e utilizá-la em toda a sua vida profissional:

“Uma forma de pensar a psiquiatria para além de si, pensar a Psiquiatria a partir da relação entre Saúde Mental e adoecimento mental”. (Doc. 3 17/10/14)

“O diálogo, o debate a reflexão sem perder a categorização ou digamos a racionalidade do processo de construção do conhecimento e das informações técnicas [...]”. (Doc. 3 17/10/14)

“[...] juntando o que eles aprenderam da Enfermagem Fundamental e o que eles aprenderam com a Enfermagem Psiquiátrica [...] e trazer essas teorias de Enfermagem Psiquiátrica para a prática”. (Doc. 5 03/12/14)

“Que ele consiga levar esse conhecimento para o atendimento dele em todas as clínicas, então quanto mais fácil e mais direta for a informação, acho que ele consegue absorver melhor isso”. (Doc. 1 22/08/14)

“Quando você tem o primeiro contato com aquele conhecimento teórico, aquela informação tem o papel fundamental de clarear, para que ele se sinta mais confortável para absorver e trocar informações que ele tenha dúvida entre si”. (Doc. 1 31/10/14)

Barros e Morais (2013) dissertam em seu trabalho sobre a evolução do processo de ensino-aprendizagem e destacam o fato de que antigamente o professor era o único meio de adquirir conhecimento, porém, este cenário mudou com o advento das tecnologias da informação. Hoje, através da internet, o discente consegue ter acesso a

diversas informações que podem contribuir com o seu aprendizado. Neste novo cenário educacional, o docente passa a ter o papel também de orientar o aluno na busca e seleção de informações pertinentes ao seu processo de formação para que possam obter e aprofundar mais o conhecimento. Tais recursos vêm com o intuito de agregar mais valor o processo de aprendizagem e transformar a forma de ensinar e apreender o conhecimento.

Filho (2010) ressalta que na era da modernidade em que vivemos as informações estão espalhadas pelo mundo e são veiculadas através dos meios de comunicação. Com isso, o aluno necessita ter discernimento para ter acesso às informações adequadas ao conhecimento que se quer adquirir, ele ainda precisa ter a capacidade de participação, reflexão e autoconhecimento para poder mesclar o conhecimento adquirido em sala de aula com aquele resultante de suas buscas nos diversos veículos de informações a fim de melhorar a sua formação. E ainda é importante para que ele desenvolva capacidades, competências e valores com o intuito de se tornar um futuro profissional atualizado e capaz de buscar ativamente mais conhecimento.

Para Vieira (2012), a rede mundial de comunicação que integra a sociedade globalizada em que vivemos hoje reduziu distâncias e uniu mundos e culturas. O campo da educação pautado na horizontalidade da transmissão do conhecimento, onde o docente é visto como monopolizador do saber, está fadado ao fracasso diante da necessidade de se respeitar a base de conhecimento prévio de cada aluno ao adentrar a sala de aula e principalmente perante a era tecnológica em que se desenvolve o processo de ensino-aprendizagem, onde é possível propiciar a valorização do lado emocional, social e crítico do aluno através das inúmeras possibilidades de criação, exploração e aquisição de conhecimentos tornando-o sujeito ativo do processo educacional.

O professor diante desta era revolucionária da comunicação digital em tempo real precisa torna-se um mediador das informações adquiridas pelo aluno através de tais fontes digitais, para isso, o docente necessita incorporar tais tecnologias em sua metodologia de ensino em detrimento ao comodismo das meras aulas discursivas. Como o autor destaca: “Os professores do futuro devem ser vistos como arquitetos cognitivos do saber. Aquele que planeja a cada dia sua forma de ensinar, que dá ênfase à pesquisa e à mediação” (p.100). O que o torna um orientador e transformador do processo de aprendizagem para além das quatro paredes da sala de aula, fazendo com

que o aluno pense, estimule seu raciocínio e resolva situações-problema, analise dados e construa soluções (VIEIRA, 2012).

Com isso, Vieira (2012) conclui em seu estudo que:

“As novas tecnologias permitem que alunos e professores conheçam novas culturas, novas formas de vivenciar a realidade, oferecem um oceano de informações, enriquecendo a educação, tornando-a muito mais atrativa aos olhos do aluno se comparada com a metodologia passada, a qual era limitada a quatro paredes. Hoje, com a informatização do conhecimento, essas paredes foram postas abaixo, não há mais limites, distâncias, muitos pressupostos caíram como os que afirmavam não ser possível o aprendizado sem o professor presente, ao vivo, ou que tal aprendizado não seria de qualidade. O professor se transforma agora no estimulador da curiosidade do aluno por querer conhecer, por pesquisar, por buscar a informação mais relevante. Num segundo momento, coordena o processo de apresentação dos resultados pelos alunos. Depois, questiona alguns dos dados apresentados, contextualiza os resultados, os adapta à realidade dos alunos, questiona os dados apresentados. Transforma informação em conhecimento e conhecimento em saber, em vida, em *sabedoria*”. (p.100-01)

Freire (1996) em seu livro *Pedagogia da Autonomia* há quase 20 anos já se posicionava perante da inserção das tecnologias no processo de ensino aprendizado onde enfatiza a não diabolização e nem divinização da tecnologia e sim incentivo ao uso crítico e consciente desta com o intuito de estimular e desafiar a curiosidade dos alunos.

A partir das falas dos docentes, podemos concluir que a etapa de combinação, assim como a de externalização foi concluída, como é possível demonstrar a partir das falas dos discentes que alegam que o conhecimento adquirido em sala de aula e fora dela foi importante para o enriquecimento pessoal, social e profissional.

“Na prática a maior contribuição é na relação interpessoal com o paciente, de quebrar os estigmas e tentar estabelecer a relação de vínculo, foi uma temática abordada em praticamente todas as aulas com um olhar para o sujeito e não para a doença e não para a instituição, e sim para a melhoria dele na terapêutica singular”. (GF11/12/14)

“Desconstrução de preconceitos e paradigmas que antes a agente tinha com o portador de transtornos mentais e perceber que de perto ninguém é normal”. (GF11/12/14)

“Eu acho que foi bem importante para mim o fato de o enfermeiro ele se usar também como ferramenta terapêutica para o outro”. (GF11/12/14)

“Eu vi que quando a gente cuida do outro a gente cuida da gente também” (GF11/12/14).

“A própria teórica de enfermagem Peplau dizia que apostava na inter-relação do enfermeiro com o cliente, então achei bem bacana e vou levar isso para mim pra sempre”. (GF11/12/14)

A combinação tida como etapa do processo de transferência do conhecimento contribui para que o aluno possa apreender a essência da sabedoria gerada pelo conhecimento através da inter-relação com outros indivíduos que compõe um grupo e uma organização em comum, que buscam compartilhar e imergir em uma determinada temática. Segundo Piaget (1999), o ato de apreender é compreendido como:

[...] uma construção contínua, comparável à edificação de um grande prédio que, na medida em que se acrescenta algo, ficará mais sólido, ou à montagem de um mecanismo delicado, cujas fases gradativas de ajustamento conduziram a uma flexibilidade e uma mobilidade das peças tanto maiores quanto mais estável se tornasse o equilíbrio. (PIAGET,1999 p.14)

No exercício do aprendizado, o discente é visto como ator principal, pois sem ele o conhecimento seria fadado ao fim, pois não haveria condições para que a mola propulsora do saber adentrasse novos espaços e públicos-alvo, pois é essa dimensão mundial que o aluno dá ao conhecimento que o torna algo infinito e inacabado, necessitando sempre que um indivíduo que o desenvolva e compartilhe com o mundo para que faça a diferença na vida das pessoas. Para isso, o conhecimento precisa ser partilhado, discutido e debatido com o maior número de indivíduos possível para que ao final de tudo possa ser apreendido como saber inerente a todos que dele se alimentam.

5.4. Categoria 4: A “internalização” do conhecimento orientandos os futuros enfermeiros

Esta categoria engloba a última etapa do processo de transferência do conhecimento: a internalização. Ela é caracterizada como a incorporação do conhecimento a partir da mudança, valorização e enriquecimento das práticas individuais e coletivas. Tal categoria é vista como a etapa final onde o aluno consegue apreender e colocar em prática todo o conhecimento adquirido e levá-lo para o resto de sua vida. Não há como afirmarmos que tal etapa foi alcançada, pois os alunos ainda se encontram em processo de formação, porém é possível observar a tentativa dos docentes em levá-los a refletir e a construir certas competências profissionais ao longo do Programa Curricular Interdepartamental X e um esforço em busca do aprendizado por parte do discente que retorna ao ciclo para a etapa denominada- socialização, como uma nova tentativa de alcance da internalização do conhecimento. Foram confeccionadas quatro subcategorias que contemplam algumas das competências referidas pelos docentes que o discente deveria possuir ao final da disciplina:

- a. Postura, autonomia e segurança;
- b. Olhar e cuidado diferenciado;
- c. Capacidade de avaliação;
- d. Conhecimento para prestar assistência ampliada e concreta.

a. Postura, autonomia e segurança

O desenvolvimento da postura profissional diante das necessidades políticas, humanas, sociais e assistenciais advém de um conjunto de ações, crenças, valores e saberes desenvolvidos ao longo de um aprendizado contínuo que demandam do indivíduo competências teórico-práticas, pensamento crítico, tomada de decisão, dinamismo em face às adversidades e segurança na realização do cuidado. A autonomia no processo de cuidar denota-se a partir da tomada de consciência de si e do outro, sabendo-se quando se inicia o direito de um e termina o do outro, assim, faz-se necessário o respeito à diversidade, à singularidade e às crenças do sujeito.

A autonomia do sujeito surge de uma reflexão crítica contínua sobre a prática profissional, estreitando as distâncias entre o que dizer e o que fazer, ou seja, entre a teoria e a prática, tornando o profissional seguro de ações e fazendo com que tenha um

bom desempenho profissional. Com isso, o aluno não deve se torna mero receptor do processo de transferência do conhecimento feito pelo professor, mas, sim, um analisador desses sabores que serviram de base para a construção de competências, percebendo-se diante do campo profissional eticamente responsável por suas ações (FREIRE, 1996).

“[...] fornecendo-lhe uma postura mais assertiva e diretiva (segura) para ele em qualquer área independente de ser da saúde mental ou não”. (Doc. 1 22/08/14)

“Reforçar uma autonomia e até dar uma segurança nas ações dele como profissional”. (Doc. 2 13/10/14)

“Traz para ele uma segurança de poder ser e levar para fora, para o momento profissional dele uma forma de conduzir e liderar as equipes dele, também entendendo esses espaços de educação formal teórica, mas investindo também na prática de atuação do cuidado no hospital”. (Doc.1 31/10/14)

Observa-se, nas falas dos docentes, a transversalidade que o conhecimento de Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica possuem diante das demais áreas da saúde, com isso, os docentes precisam formar alunos que consigam levar este conhecimento para além da clínica psiquiátrica aplicando-o em qualquer relação de cuidado. A ênfase dada na postura e autonomia profissional exercida pelo enfermeiro é essencial para que o aluno se posicione diante da problemática do sujeito, seja ela de cunho físico, mental ou social.

b. Olhar e cuidado diferenciado

A mudança paradigmática no que diz respeito ao cuidado ao sujeito em sofrimento psíquico desvela um resgate mental e social com ênfase na autonomia do indivíduo, no ressurgimento da cidadania, na reinserção social, e advém das necessidades de boas práticas assistenciais que demandam da equipe um olhar diferenciado, uma escuta atenta às necessidades do sujeito, uma relação interpessoal efetiva e respeito aos direitos civis e sociais a fim de tornar-se um cuidado transformador.

Ballarin et al (2010) afirma que o cuidado em Saúde Mental estruturado na rede de serviços envolve usuários, familiares, comunidade e suas vivências e angústias exigindo do profissional um compreensão e disponibilidade para construir um diálogo e uma reflexão crítica das situações que envolvem o adoecimento mental contemplando o

efetivo foco nas relações de cuidado. Destaca, ainda, a necessidade de se atrelar ao conceito de cuidado às ações de acolhimento e criação de vínculo, denotando-se uma condição responsabilizadora e fortalecedora dos laços estabelecidos com o sujeito.

“Para que eles façam a diferença no campo profissional mesmo independente de não estarem no campo da psiquiatria/saúde mental, quanto ao olhar, quanto o receber e quanto o acolher um indivíduo/sujeito/pessoa que tenha recortes de adoecimento/transtorno mental e que eles façam a diferença [...]”. (Doc.3 17/10/14)

“Ele entender melhor como esse indivíduo se porta, isso já retira dele o pensamento leigo que a sociedade tem então ele presta o cuidado muito melhor ao usuário”. (Doc.2 31/10/14)

“Desconstruir preconceitos e fazê-los entender que Saúde Mental sinônimo de saúde é uma tarefa difícil”. (Doc. 5 24/10/14)

Tais falas nos remetem novamente ao ato de ensinar empatia, onde o docente precisa doar e desenvolver no aluno a capacidade de sentir empatia pelo outro, conceito esse que vai muito além de simplesmente ser simpático. Trata-se de uma questão de envolvimento, afinidade e disponibilidade para estar próximo e se fazer presente na vida e do cotidiano do sofrimento psíquico do sujeito.

c. Capacidade de avaliação

O enfermeiro atuante em qualquer área necessita desenvolver a habilidade de avaliação das situações e ações de saúde a fim de estabelecer um pensar crítico sobre as práticas profissionais desempenhadas no processo assistencial, com o intuito de angariar reflexões sobre as ações em serviço para servir de base para o seu aprimoramento pessoal e profissional.

Innocenzo et al (2006) refletem o conceito da qualidade da assistência de enfermagem como advinda de conhecimentos, habilidades, crenças e valores imputados à prática profissional. Os conhecimentos e habilidades desenvolvidas pela enfermagem necessitam de um aprimoramento contínuo e, para isso, o profissional precisa refletir e avaliar constantemente a sua prática profissional.

“Ajudar a formar a capacidade de avaliação do profissional enfermeiro, pois o enfermeiro é um profissional que avalia situações de saúde então esse conteúdo é importante para a prática do enfermeiro em aprender a avaliar o indivíduo de uma forma integral”. (Doc. 6 27/03/15)

Pode-se observar, através da fala do docente, a preocupação em fornecer ao aluno subsídios para que ele tenha uma postura de liderança e seja capaz de

desenvolver a tomada de decisão eficaz, rápida e precisa nos momentos em que se fizer necessário durante sua avaliação das situações problema que surgem ao longo do cotidiano de trabalho.

d. Conhecimento para prestar uma assistência ampliada e concreta

Esta subcategoria formada esbarra em todas as anteriores, pois advém da necessidade de um desenvolvimento teórico-científico a fim de estabelecer práticas coerentes com os constructos teóricos, tornando o cuidado amplo e efetivo em sua dimensão assistencial. Olhar o sujeito em sua singularidade e alcançar todas as suas necessidades de demandas faz parte do papel do enfermeiro assistencial em todas as esferas de cuidado.

Nunes et al (2007) traz os conceitos de clínica ampliada para tratar o redimensionamento do cuidado em Saúde Mental. Com enfoque nas práticas estabelecidas no território em articulação com a rede ampliada de apoio de serviços de saúde propostas pela atenção básica, em uma luta incessante pela integralidade da assistência, o que resulta na responsabilização do profissional e na coletivização com a equipe das ações de cuidado imputadas àqueles que necessitam do cuidado não só na área de Saúde Mental mas também em todas as áreas assistenciais.

“O aluno que irá trabalhar ou não na Saúde Mental precisa entender que o CAPS existe e qual a sua proposta, pois em qualquer campo da saúde que ele estiver atuando vai precisar articular com um serviço de Saúde Mental dessa natureza, portanto, o meu objetivo é que o aluno tenha tranquilidade em entender esse cuidado em Saúde Mental que se propõe a política de Saúde Mental no Brasil”. (Doc.5 30/10/14)

“Saúde mental você utiliza para tudo, para qualquer área, para qualquer especialidade que você atuar você tem a Saúde Mental, então eu acredito que esse conteúdo pode ser aplicado para vida inteira seja qual for a área escolhida pelo aluno.”(Doc. 4 24/10/14)

Não há como abstrair ou fugir do pensar clínico em Saúde Mental, por que ele atravessa todas as clínicas de cabo-a-rabo e serve de substrato subjetivo para que a gente possa organizar nosso processo de assistência de uma maneira mais ampliada e concreta.” (Doc. 3 14/11/14)

Braga (2012) descreve em seu estudo o “triângulo pedagógico de Houssaye”, no qual é possível definir o sistema educacional a partir de três vertentes: o professor, o aluno e o conteúdo, portanto, o processo resume-se a ensinar, aprender e a formar. O autor do triângulo pedagógico destaca a associação de todas essas vertentes no processo de ensino-aprendizagem considerando as particularidades de cada uma delas:

[...] na aresta “ensinar”, aresta somativa, são trabalhadas as teorias, as orientações e a pedagogia do programa. Na aresta “formar”, aresta formativa, são trabalhados o ambiente e a transmissão de valores e na aresta “aprender”, aresta cognitiva, são trabalhados a metacognição, os conflitos sóciocognitivos, a situação problema e a explicitação (p.4).

Ainda, segundo Braga (2012), à luz dos ensinamentos de Paulo Freire, a autonomia do aluno e a capacidade de autoavaliação são etapas essenciais no aprendizado do aluno, pois além de ensinar o docente também necessita ensinar a aprender respeitando os conhecimentos prévios de cada indivíduo enquanto sujeitos sociais e históricos. A autoavaliação é tida como um processo cognitivo que o indivíduo lança mão para se reconhecer melhor e controlar de forma mais efetiva suas ações e tarefas.

Guimarães (1995) disserta sobre o construtivismo na prática docente e cita Piaget como precursor deste conceito. Tal autor refere-se ao sujeito cognoscente como aquele que participa de forma ativa do processo de apreensão do conhecimento sendo ele construído a partir de suas experiências e interação com o mundo social. Porém, o docente participante deste processo de formação do sujeito cognoscente também é visto como um indivíduo em processo de constante de aprendizado, portanto, torna-se um sujeito cognoscente tanto quanto os alunos que deseja formar. Na forma cognitiva dos sujeitos é preciso enfatizar a estrutura comunicativa entre os sujeitos envolvidos no processo de aprendizagem, onde se colocam dispostos a conhecer, a agir, a discutir, a analisar e a refletir sobre o conhecimento.

Para os alunos ao fim desta etapa do processo de transferência de conhecimento esperava-se que se encontrariam em um momento de apreensão, construção coletiva e introspecção daquilo que lhes foi fornecido ao longo das três etapas anteriores, ao ponto de se sentirem mais seguros para sua futura inserção na prática profissional, no entanto, quando os alunos se deparam com o cenário do campo de estágio, muitos ainda se sentem apreensivos e desprovidos de base de conhecimento para atuar com a clientela. Portanto, não se pode dizer que a etapa foi concluída. É possível perceber tais fatos nas seguintes falas dos alunos:

“É um conteúdo muito teórico e difícil de entender, assimilar e traduzir para o cenário prático”. (GF 11/12/14)

“[...] pelo contrário, foi muito difícil, na primeira semana eu detestei o Instituto Y, pois achei que fosse ter uma empatia logo de cara e não foi isso que aconteceu”. (GF 11/12/14)

“Eu tinha expectativa de encontrar sujeito menos agressivos, com menos complexidade e que a gente já tivesse tido contato em outros ambientes, mas encontrei paciente muito mais complexos. Eu esperava que fosse mais fácil”. (GF11/12/14)

“[...] os conteúdos eram muito extensos e passados de maneira pouco didática, deixando o conteúdo pouco interessante e dificultando o entendimento e o interesse [...]”. (GF11/12/14)

“[...] os níveis das aulas são totalmente diferentes, as aulas não seguem o mesmo padrão, tem aulas muito boas e tem aulas que não prendem e você não entende, portanto, teve matérias que eu tive que estudar sozinha”. (GF11/12/14).

É possível inferir para as causas para que não se possa afirmar a efetivação da etapa de internalização: a predisposição e escolha dos alunos por outras áreas de interesse, a maneira própria que cada docente possui de ensinar, a imaturidade dos alunos que ingressam cada vez mais cedo nas universidades, pouca maturidade profissional dos docentes, o não reconhecimento na íntegra do currículo da escola por parte dos docentes, o fato da Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental só aparecerem no 7º período quando o aluno já está deixando a universidade e por fim a rotatividade dos professores substitutos.

Pode-se concluir, portanto, que o exercício da docência está muito além da formação profissional, pois necessita-se colocar no mercado de trabalho profissionais comprometidos com o conhecimento adquirido ao longo da graduação, que consigam colocar em prática e melhorá-la a partir da mudança na lógica do pensar em Saúde Mental. Cabe aos docentes também querer e estar disponível para ensinar ao discente a apreender Saúde Mental e cabe ao discente estar disposto a receber este conhecimento ao ponto de transformá-lo em algo gerador de mudança no próprio eu e no eu dos indivíduos ao redor.

Não se pode negar o brilhante poder que o conhecimento tem de transformar a vida humana, por isso, sendo algo de enorme importância na trajetória dos indivíduos, é compreensível que necessite de tempo para seu desenvolvimento. Por tratar-se de indivíduos que se encontram em processo de formação, é reconhecível que muitos deles ainda não tenham conseguido alcançar a essência do saber fazer em Saúde Mental e outros por outro lado sim, pois trata-se de um cenário diversificado e subjetivo, onde indivíduos diferentes tentam assemelhar-se diante do processo de apreender algo novo para suas vidas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção do estudo se deu a partir da minha vivência como discente no Programa Curricular Interdepartamental X, no qual inquietava-me a não compreensão dos alunos sobre a temática abordada nas aulas teóricas e sua associação com o campo prático. A partir deste momento, surgiu o interesse em estudar o processo de ensino-aprendizado em Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental através da utilização do processo de transferência de conhecimento desenvolvido a partir do modelo SECI, o qual é composto por 4 etapas: socialização, externalização, combinação e internalização.

O estudo possui como objeto o processo de transferência de conhecimento em Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental entre docentes e discentes. E como objetivos identificar as estratégias utilizadas pelos docentes para expor os conteúdos de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental; descrever as etapas do compartilhamento de saberes à luz do processo de transferência do conhecimento; e analisar a aplicação do processo de transferência para viabilizar a inserção do saber e fazer em Saúde Mental.

Trata-se de um estudo qualitativo, portanto, para a coleta de dados foi construído um roteiro de entrevistas albergando questões acerca do processo de ensino-aprendizado em Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental. Os dados surgiram a partir de realização de entrevistas com os docentes incluindo a confecção de um diário de campo e de um grupo focal com os discentes.

A partir da análise dos dados coletados, foi possível traçar um perfil dos docentes que ministram aulas na disciplina do Programa Curricular Interdepartamental X, no qual se observou que os docentes estão divididos em dois grupos: os com até cinco anos de vínculo permanente com a instituição e os substitutos que possuem um vínculo temporário de um ano com a instituição. Dentre esses docentes, apenas aqueles com vínculo permanente com a instituição possuem pós-graduação *stricto sensu*, que engloba tanto o mestrado quanto o doutorado, e apenas um docente do grupo de substitutos possui formação a nível de mestrado na área.

Os dados também forneceram subsídios para concluirmos que os docentes efetuam as primeiras três etapas do processo de transferência do conhecimento, denominadas: socialização, externalização e combinação, porém, nas duas primeiras

etapas, é possível observar falhas no processo no que se refere à não confecção do plano de aula e o não uso de instrumentos de avaliação do aprendizado do aluno em cada aula, não permitindo, assim, a confirmação do alcance dos objetivos das aulas e a outra fragilidade encontrada foi em relação às estratégias utilizadas pelos docentes para facilitar a compreensão e a apreensão do conhecimento, pois eles não conseguem definir ao certo a diferença entre o uso de recursos, estratégias ou materiais durante a sua aplicação nas aulas.

A etapa de internalização, na qual o aluno precisa ser capaz de efetivamente colocar em prática a valorização, mudança e enriquecimento do conhecimento, não foi concluída durante o processo de transferência de conhecimento, visto que tratava-se de um momento em que os alunos deveriam estar mais seguros no processo de apreensão e desenvolvimento do conhecimento para atuar com a clientela, porém, ainda foi possível observá-los apreensivos e inseguros para lidar com a clientela. Portanto, não se pode afirmar que os discentes alcançaram as metas propostas pelos docentes ao final da disciplina. Porém pode-se observar o recomeço do ciclo de transferência de conhecimento por parte dos alunos como uma tentativa de alcance da internalização.

Destacou-se como possíveis causas da impossibilidade e fragilidade do alcance da etapa de internalização: a predisposição e escolha dos alunos por outras áreas de interesse; a particularidade que cada docente possui de ensinar; a imaturidade dos alunos que ingressam cada vez mais cedo nas universidades; pouca maturidade profissional dos docentes; a falta de conhecimento na íntegra do currículo da escola por parte dos docentes; a Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental só aparecer no 7º período quando o aluno já está deixando a universidade; o pouco tempo de contato do aluno com a temática e a rotatividade dos professores substitutos.

Conclui-se que é um momento em que os discentes encontram-se em processo de formação, desenvolvimento do aprendizado e construção do arcabouço de conhecimento que levarão para a vida profissional. É possível identificar que, não basta o docente ter o desejo de ensinar o aluno a apreender Saúde Mental, é preciso que ele disponha de instrumentos teóricos, didáticos e pessoais para desenvolver este processo. Pode-se concluir, entretanto, que a pesquisa alcançou seus objetivos, visto que a viabilidade e aplicabilidade do processo de transferência de conhecimento para o ensino de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental foram comprovadas pela construção e adequação das etapas/categorias com os dados do estudo.

REFERÊNCIAS:

1. AGUIAR, Beatriz Gerbassi Costa; Moura, Vera Lúcia Freitas; Sória, Denise de Assis Corrêa. Especialização nos moldes de Residência em Enfermagem. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 set/out;57(5):555-9.
2. ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S.M.; PEREIRA, M.J.B.; PALHA, P.F.; VILLA, T.C.S.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S. Enfermagem enquanto disciplina: que campo de conhecimento identifica a profissão? **Rev Bras Enferm**, Brasília 2009 set-out; 62(5): 748-52.
3. ALVES, Manoela; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. Enfermagem Psiquiátrica: discursando o ideal e praticando o real. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2010 jan-mar; 14 (1): 64-70.
4. ALVES, Ana Alexandra Marinho Alvesa; RODRIGUES, Nuno Filipe Reis. Determinantes sociais e econômicos da Saúde Mental. **Rev Port Saúde Pública**. 2010; 28(2):127-131.
5. ANASTASIOU, Lea das Graças Camargos; ALVES, Leonir Pressate (Orgs.). **Processos de Ensino na Universidade: pressupostos para as estratégias de trabalho em aula**. 5.ed. Joinville, SC: UNIVILLE, 2003.cap.1, p. 11-35.
6. BAGGIO, M.A.; ERDMANN, A.L.; SASSO, G.T.M.D. Cuidado humano e tecnologia na enfermagem contemporânea e complexa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Abr-Jun; 19(2): 378-85.
7. BALLARIN, M.L.G.S.; CARVALHO, F.B.; FERIGATO, S.H. Os diferentes sentidos do cuidado: considerações sobre a atenção em Saúde Mental. **O Mundo da Saúde**, São Paulo: 2010;34(4):444-450.
8. BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo. Edições 70, 2011.
9. BARROS, S. CLARO, H.G. Processo de ensino aprendizagem em saúde mental: o olhar do aluno sobre reabilitação psicossocial e cidadania. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.45, n.3, p. 700-7, 2011.
10. BARROS, C.E.L; MORAIS, S.A.S. O professor no processo de ensino aprendizagem: novas tecnologias e novos caminhos. **Faculdade Atenas**, v.1, p. 1-11, 2013.
11. BATISTA, K.B.C.; GONÇALVES, O.S.J. Formação dos profissionais de saúde para o SUS: significado e cuidado. **Saúde Soc**. São Paulo, v.20, nº4, p.884-899, 2011.
12. BEJINARU, Ruxandra. Knowledge dynamics and the concept of –“Ba”. The Annals of The “**Ștefan cel Mare**” University of Suceava. Fascicle of The Faculty of Economics and Public Administration, Vol. 10, Special Number, 2010.
13. BINOTTO, Erlaine; NAKAYAMA, Marina Keiko. **Gestão do Conhecimento**. Mensagem recebida por <andressa.ufsc@gmail.com> em 21 abril 2009.
14. BINOTTO, A.L.; SANTOS, L.L.; LOUROSA, Q.L.; SANT’ANNA, S.C.; ZANETTI, A.C.G.; FORTIN, A.C.; MARQUES, J.M.A. Interface saúde da família e saúde mental: uma estratégia para o cuidado. **Rev. Bras. Med. Farm. Comunidade**, Florianópolis, abril-jun, v.23, nº7, p.83-9, 2012.
15. BITTENCOURT, Greicy Kelly Gouveia Dias; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. Habilidades de pensamento crítico no processo diagnóstico em enfermagem. **Rev Esc Enferm USP**, 2013; 47(2):341-7.

16. BOSI, M.L.M.; MELO, A.K.S.; CARVALHO, L.B.; XIMENES, V.M.; GODOY, M.G.C. Determinantes sociais em saúde (mental): analisando uma experiência não governamental sob a ótica de atores implicados. **REV BRAS EPIDEMIOL SUPPL D.S.S.** 2014; 126-135.
17. BRAGA, Ana Maria Pordeus Gadelha. **Política de Saúde Mental do Sistema Único de Saúde – SUS: avaliando a política de saúde mental no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) de Araruna/PB.** Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal. Universidade Federal da Paraíba, 2011.
18. BRAGA, Elayne de Moura. Os elementos do processo de ensino-aprendizagem: da sala de aula à educação mediada pelas tecnologias digitais da informação e da comunicação (TDIC's). **Revista Vozes dos Vales da UFVJM**, nº2, 2012.
19. BRASIL, Lei 775, de 6 de agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e da outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 ago 1949.
20. BRASIL, Lei 5540, de 28 de novembro de 1968. Fixa normas de organização e funcionamento do ensino superior e sua articulação com a escola média, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 nov 1968.
21. BRASIL, Resolução 03, de 7 de novembro de 2001. Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Conselho Nacional de Educação. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.
22. BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil.** Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental : 15 anos depois de Caracas, Brasília, 2005.
23. BRITO, Lydia Maria Pinto. Gestão do Conhecimento – instrumento de apropriação pelo capital do saber do trabalhador. **Caderno de Educação.** UFPel. Pelotas, p.135-148 jan-jun, 2008.
24. BRUSAMARELLO, T.; GUIMARÃES, A.N.; PAES, M.R.; BORBA, L.O.; BORILLE, D.C.; MAFUM, M.A. **Cuidado de Enfermagem em Saúde Mental ao paciente internado em hospital psiquiátrico.** *Cogitare Enferm.* 2009 Jan/Mar; 14(1):79-84
25. CACCAVO, Paulo Vaccari. **Documento base para discussão acerca de reajuste/reforma curricular do curso de graduação em enfermagem e obstetrícia.** Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, 2008.
26. CAMPOY, M.A.; MERIGHI, M.A.B.; STEFANELLI, M.C. O ensino de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: visão do professor e do aluno na perspectiva da fenomenologia social. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.13, n.2, p.165-72, mar-abr., 2005.
27. CARDOSO, T.V.M.; OLIVEIRA, R.M.P.; LOYOLA, C.M.D. Um entendimento linear sobre a Teoria de Peplau e os princípios da Reforma Psiquiátrica brasileira. **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2006 dez; 10 (4): 718 – 24.
28. CARVALHO, Vilma. **Sobre Enfermagem: Ensino e Perfil Profissional.** Rio de Janeiro, UFRJ/EEAN, 2006.

29. CARVALHO, Vilma e colaboradoras. **Proposta de Reajuste Curricular- Graduação EEAN**, 1999.
30. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 3/2001. **Diário Oficial da União**, Brasília, 9 de Novembro de 2001. Seção 1, p. 37.
31. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CFE nº163/72. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 25 de fevereiro de 1972.
32. CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO. Câmara de Educação Superior. Parecer CNE/CFE nº57/83. **Diário Oficial da União**, Brasília, 05 de Maio de 1983, pág. 47. Seção 1.
33. CUNHA, A.J.M.; FERREIRA, M.A.T. Transferência de conhecimento em empresas multinacionais estudo de caso na indústria de papel. **Perspectivas em Ciências da Informação**, v.16, n.4, p.95-118, out/set, 2011.
34. DEUS, A.M.; CUNHA, DJANIRA, E.S.L.; MACIEL, E.M. **Estudo de Caso na Pesquisa Qualitativa em Educação: uma metodologia**. VI Encontro 2010- Universidade Federal do Piauí, 2010.
35. DIMENSTEIN, Magda. O desafio da política de saúde mental: a (re)inserção social dos portadores de transtornos mentais. **Mental [online]**. 2006, vol.4, n.6, 98P. 69-82.
36. DUTRA, Virgínia Faria Damasio; OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. As práticas da enfermagem psiquiátrica na transição paradigmática: estudo de teses e dissertações. **J. res.: fundam. Care. Online** 2014. out./dez. 6(4):1719-1731.
37. ELLIOT, Ligia Gomes. **Avaliação da implantação do currículo mínimo do Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery- UFRJ**, 1996.
38. FERNANDES, J.D.; SADIGURSKY, D.; SILVA, R.M.O.; AMORIM, A.B.; TEIXEIRA, G.A.S.; ARAÚJO, M.C.F. Ensino da enfermagem psiquiátrica/saúde mental: sua interface com a Reforma Psiquiátrica e diretrizes curriculares nacionais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2009, v.43, n.4, p.962-8.
39. FILHO, Vicente Henrique de Oliveira. As novas tecnologias e a medicação do processo ensino aprendizagem na escola. **VI Encontro de pesquisa em educação da UFPI**, 2010. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.17/GT_17_03_2010.pdf>
40. FREIRE, PAULO. **Pedagogia da autonomia. Saberes necessários a prática educativa**. Coletivo Sabotagem [internet], 1996.
41. FREIRE, PAULO. **Conscientização: teoria e prática da libertação. Uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. Editora Centauro. 3ª Edição. 2ª Reimpressão. São Paulo, 2008.
42. GADAMER, H.G. O caráter oculto da Saúde. **Petrópolis: Vozes**, 2006.
43. GARCIA, Nelson Jahr. **Pensamento e Linguagem**. Editora Ridendo Castigat Moraes. Copyright do autor Lev. S. Vygotsky. Verão ebook.2002.
44. GATTI, Bernardete Angelina. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas. Série Pesquisa em Educação**. Editora Liber, Brasília, v.10, 2005.
45. GIL, Antônio Carlos. **Estudo de caso**. Editora Atlas, São Paulo, 2009.

46. GIRADE, Maria da Graça; CRUZ, Emirene Maria Navarro Trevizan da; STEFANELLI, Maguida Costa. Educação continuada em enfermagem psiquiátrica: reflexão sobre conceitos. **Rev Esc Enferm USP** 2006; 40(1):105-10.
47. GONZALES, Celi. Transferência de conhecimento em uma rede de serviços de saúde: o caso dos hospitais filiados ao Programa CQH – Compromisso com a qualidade hospitalar. **Rev. Adm. Saúde**, v. 11, n.44, jul-set, 2009.
48. GUIMARÃES, Ana Archangelo. O professor construtivista: desafios de um sujeito de aprende. **Nuances**, v.1, nº1, 1995.
49. GUIMARÃES, A.N.; BORBA, L.O.; LAROCCA, L.M.; MAFTUM, M.A. Tratamento em Saúde Mental no modelo manicomial (1960-2000): histórias narradas por profissionais de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2013, v.22, n.2, p.361-9.
50. INNOCENZO, M.D.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.C.K.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Rev Bras Enferm**, 2006 jan-fev; 59(1): 84-8.
51. JORGE, M.S.B.; PINTO, D.M.; QUINDERÉ, P.H.D; PINTO, A.G.A; SOUZA, F.S.P; CAVALCANTE, C.M. Promoção de Saúde Mental- tecnologias do cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(7):3051-3060, 2011.
52. KANTORSKI, L.P.; PINHO, L.B.; SAEKI, T.; SOUZA, M.C.B.M. Relacionamento terapêutico e ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental: tendência do estado de São Paulo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, 2005, v.3, n39, p.317-24.
53. LAVILLE, C.; DIDONE, J. **A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas**. 2ªed. Editora UFMG, 2003.
54. LEADEBAL, Oriana Deyse Correia Paiva; FONTES, Wilma Dias de; SILVA, César Cavalcanti da. Ensino do processo de enfermagem: planejamento e inserção em matrizes curriculares. **Rev. Esc. Enferm USP** 2010; 44(1):190-8.
55. LEMOS, P. M.; FREIRE, J. C. Os contornos tardos-modernos do sofrimento e do adoecimento psíquico: proposições éticas para o Centro de Atenção Psicossocial. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 17, n. 2, p. 303-321, ago. 2011.
56. LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa em Saúde**. 2ed. Florianópolis, UFSC, 2002.
57. LIBÂNEO, José Carlos. **Didática**. Editora Cortez. Coleção Magistério. Série formação do professor. São Paulo, 1994.
58. LIMA, Maria Auxiliadora da Cruz; CASSIANI, Silva Helena de Bortoli. Pensamento crítico: um enfoque na educação de enfermagem. **Rev. Latino Am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 1, p. 23-30, janeiro 2000.
59. LUCHESE, Roselma ; BARROS, Sônia. A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2009, vol.43, n.1, pp. 152-160.
60. LUCHESE, Roselma. **A Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental: a necessária construção de competências na formação e na prática do enfermeiro**. Tese de Doutorado- Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

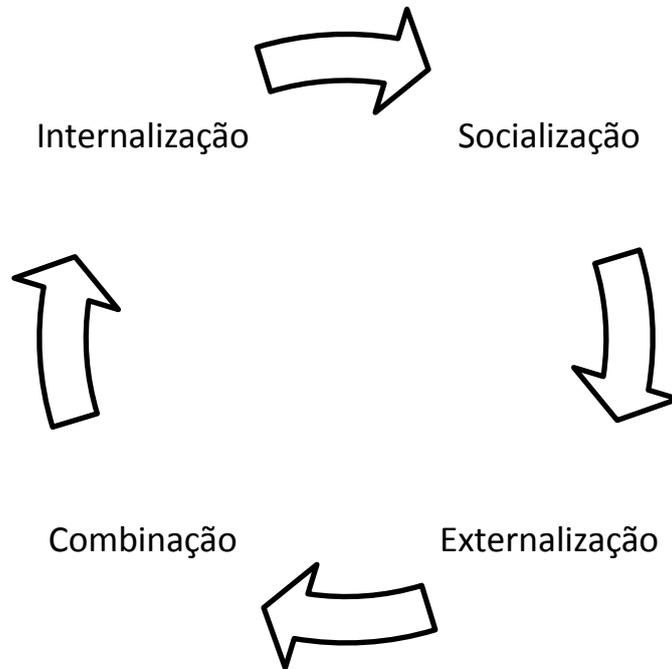
61. MAGNAGO, C.; TAVARES, C.M.M. O ensino de enfermagem psiquiátrica nas Universidades Públicas do Estado do Rio de Janeiro. **Rev. Eletr.Enf.**,2012, v.14, n.1, p. 50-8.
62. MENDES, T.H.; CASTRO, R.C.B.R. Conhecimento do enfermeiro e seu papel em psiquiatria. **Rev. Enferm. UNISA**, 2005, v.6, p.94-8.
63. MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. Cap.2,p.29-74.
64. MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa Social. Teoria, método e criatividade**. Coleção Temas Sociais. Editora Vozes. 26^oed, 2007.
65. MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. **Caminhos do Pensamento- epistemologia e método**. Coleção Criança Mulher e Saúde. Editora Fiocruz, 2^o reimpressão, 2008.
66. MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. PORTAL DO PROFESSOR. **Dicas para elaboração de aulas**. Brasília/DF. Disponível em: <http://portaldoprofessor.mec.gov.br/pdf/dicas_producao_aulas.pdf>
67. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conselho Nacional de Saúde. Resolução CONEP/CNS-MS 466/2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 de dezembro de 2012.
68. MIRANDA, Cristina Loyola. **O parentesco imaginário: história e representação social da loucura do espaço asilar**. Rio de Janeiro (RJ): Cortez/UFRJ; 1994.
69. MISSAGGIA, Juliana. A Hermenêutica em Heidegger e Gadamer: algumas confluências e divergências. **Griot- Revista de Filosofia**. v.6, n^o2, 2012.
70. MONTEIRO, Ana Ruth Macedo. Saúde Mental como tema transversal no currículo de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, 2003, v.56, n^o4, p.420-423.
71. NASSIF, Vânia Maria Jorge; HANASHIRO, Darcy Mitiko Mori; TORRES, Rosane Rivera. Fatores que influenciam na percepção das competências para o exercício da docência. **Rev. Bras. Educ.** [online]. 2010, vol.15, n.44, pp. 364-379.
72. NICOLAU, A.R.D.S.; CAMILLO, S.O.; MAIORINO, F.T.; NÓBREGA, M.P.S.S. O Cinema como recurso pedagógico na disciplina de Enfermagem Psiquiátrica. **R. Enferm. Cent. O. Min.** 2014 jan/abr; 4(1):983-992.
73. NONAKA, I; TAKEUCHI, H. **Criação de Conhecimento na empresa**. Como as empresas japonesas geram a dinâmica da inovação. Ed. Elsevier, 20^o edição, 1997.
74. NUNES, M.; JUCÁ, V.J.; VALENTIM, C.P.B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10):2375-2384, out, 2007.
75. OLIVEIRA, S.N.; PRADO, M.L; KEMPFER, S.S. Utilização da simulação no ensino da enfermagem: revisão integrativa. **Rev Min Enferm**. 2014 abr/jun; 18(2): 487-495.
76. OLIVEIRA, Rosane Mara Pontes. **Por uma clínica de enfermagem psiquiátrica: o intuir empático como uma proposta de modelo teórico da enfermeira psiquiatra**. Tese de Doutorado, UFRJ/EEAN, Rio de Janeiro, 2005.

77. OLIVEIRA, Renata Marques de e FUREGATO, Antônia Regina Ferreira. **Relação de ajuda com paciente psiquiátrico: além do paradigma médico.** *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog. (Ed. port.)* [online]. 2012, vol.8, n.2, pp. 87-93.
78. PACHECO, A.S.V.; FERREIRA, J.M.C.; RISSI, M. NAKAYAMA, M.K.; PACHECO, A.S.V.; FREIRE, P.D.S. **Dimensionamento do Sistema de Transferência de conhecimento científico e tecnológico do Socius/ISEG.** Universidade Técnica de Lisboa para a sociedade organizada. X Coloquio Internacional sobre Gestão Universitária na América do Sul, dez 2010.
79. PEREIRA, E.C.; ROSA, A.C. Problematizando a Reforma Psiquiátrica na Atualidade: a saúde mental como campo da práxis. **Saúde Soc.** São Paulo, 2012, v.21, n.4, p.1035-1043.
80. PERES, Maria Angélica Almeida. Relações Institucionais Escola Ana Nery (EAN)/Instituto de Psiquiatria da Universidade do Brasil (IPUB) (1957-1963). Rio de Janeiro. **Dissertação de Mestrado** da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2004.
81. PERES, M.A.A.; BARREIRA, I.A. Uma nova Enfermagem Psiquiátrica na Universidade do Brasil nos anos 60 do século XX. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, 2008, v.12, n.1, p.108-14.
82. PERRENOUD, Phillipe. **A prática reflexiva no ofício de professor. Profissionalização e razão pedagógica.** Editora Artmed, 2002.
83. PIAGET, J. **Seis estudos de Psicologia.** Rio de Janeiro: Forense Universitária Ltda, 24º Ed, 1999.
84. POLIT, D. F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** Avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7º edição, Editora artmed, 2011.
85. PORTO, Isaura Setenta. História da Experiência de mudança curricular na Graduação da Escola de Enfermagem Anna Nery: 1976 a 1982. Rio de Janeiro. **Tese de Doutorado** da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1997.
86. RAMIN, C.S.A.; CESARINO, C.B.; RIBEIRO, R.C.H.M.; BRANDÃO, V.Z. **A música como elemento facilitador na interação docente-aluno.** Docentes do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, 2002.
87. RAMOS, Marise. **Trabalho, educação e correntes pedagógicas no Brasil: um estudo a partir da formação de trabalhadores técnicos da saúde.** Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Fiocruz, UFRJ, 2010.
88. RODRIGUES, J. PINHO, L.B.; SPRICIGO, J.S.; SANTOS, S.M.A. Uso da criatividade e da tecnologia no ensino da crise em enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **SMAD- Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, 2010.
89. RODRIGUES, J.; SANTOS, S.M.A.; SPRICIGO, J.S. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental através do discurso docente. **Texto contexto-enferm**, 2012, v.21, n.3, p.616-624.
90. RODRIGUES, J.; SANTOS, S.M.A.; SPRICIGO, J.S. Ensino do cuidado de enfermagem em saúde mental na graduação em enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.25, nº6, 2012, p.844-851.

91. ROSSETTI, A.; PACHECO, A.P.R.; SALES, B.; GARCIA, M.; SANTOS, N. A organização baseada no conhecimento: novas estruturas, estratégias e redes de relacionamento. **Ci. Inf.**, Brasília, 2008, v.37, n.1, jan/abr, p.61-72.
92. SALLES, Eliane Brandão; BARREIRA, Ieda de Alencar. Formação da comunidade científica de Enfermagem no Brasil. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2010 Jan-Mar; 19(1): 137-46.
93. SANTOS, Claudia Regina Gonçalves Couto. **O ensino do aluno de graduação em enfermagem- componentes ideológicos da pedagogia histórico-crítica: o caso da Escola de Enfermagem Anna Nery**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Tese de Doutorado, 2007.
94. SANTOS, Neiva Maria Picinini. Uma Estratégia de Ensino-Aprendizagem no Curso de Graduação da EEAN/UFRJ: A História do Seniorato (1982-1989). Rio de Janeiro. **Tese de Doutorado** da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2000.
95. SILVA, Claudiene Diniz. O uso do datashow na docência do Ensino Superior. **Texto livre- linguagem e tecnologia**, v.6, nº1, 2013.
96. SOARES, A.M.M. A lógica do método: uma breve exposição sobre as etapas do desenvolvimento do trabalho científico. In: SOARES, A.M.M. et al. **Conhecimento e sociedade II: reflexões transversais**. Rio de Janeiro: Editora Real Engenho, 2012, p. 45-75.
97. SPADINI, Luciene Simões; BUENO, Sônia Maria Villela. Análise da conduta educativa do enfermeiro psiquiátrico e saúde mental e a educação problematizadora. **Acta Sci. Health Sci**. Maringá, v. 27, n. 1, p. 1-7, 2005.
98. TELLES, Eleny Alves de Brito. Da Prática Educativa do Seniorato à prática assistencial da enfermeira psiquiatra: contribuições de uma estratégia de ensino-aprendizagem. Rio de Janeiro. **Dissertação de Mestrado** da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.
99. VALENTE, G.S.; VIANA, L.de O. O pensamento crítico-reflexivo no ensinar da pesquisa em Enfermagem: um desafio para o professor. **Revista Eletrônica Semestral de Enfermaria- Enfermería Global**, nº 10, Mayo 2007.
100. VASCONCELOS, Maria Lucia M. Carvalho. A formação do professor de terceiro grau. São Paulo: Pioneira, 1996.
101. VIERA, Matheus Machado. Educação e Novas Tecnologias: o papel do professor nesse cenário de inovações. **Revista Espaço Acadêmico**, nº129, 2012.
102. VILLELA, Sueli de Carvalho; SCATENA, Maria Cecília Moraes. A Enfermagem e o cuidar na área de Saúde Mental. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 nov/dez;57(6):738-41.
103. YIN, Robert K. **Estudo de caso. Planejamento e Métodos**. Tradução: Daniel Grassi. Editora Bookman, 3ª edição, 2005.

APÊNDICES

Esquema de disseminação do conhecimento:



Fonte: Nonaka e Takeuchi (in Pacheco 2010) 1997.

1º Passo: Socialização: O conhecimento tácito em forma de informação é passado em sala de aula e na prática pelo professor para o aluno através a observação e anotação.

2º Passo: Externalização: O aluno cria estratégias e modelos de expressar em forma de conceitos aquilo que lhe foi passado, desenvolvendo um conhecimento explícito.

3º Passo: Combinação: Ocorre a discussão e compartilhamento de informações entre os alunos e entre alunos e professores.

4º Passo: Internalização: O aluno interioriza o conhecimento explícito em sua mente e torna-se capaz de disseminá-lo, ou seja, transformando-o em tácito.

Diário de Campo:

Quadro 5: Diário de campo a partir da observação não participante das aulas ministradas pelos docentes ao longo da disciplina:

Docente	Aulas	Didáticas propostas	Didáticas utilizadas	Dificuldades	Temáticas abordadas
Doc. 3	Projeto Terapêutico Singular + Clínica Ampliada + Rede de Atenção Psicossocial.	Debate Discussão Relato de experiências	Textos para discussão grupal. Data show. Diálogo.	Nenhuma.	O que é Projeto Terapêutico? Suas etapas. Objetivos, território e objetos de trabalho de uma Clínica Ampliada, Interdisciplinaridade, Ferramentas de intervenção, Portaria 3088/11.
	Dependência Química.		Oralizada.	Datashow não funciona. Deficiência de recurso audiovisual.	Política de redução de danos. Drogas lícitas e ilícitas. Dependência física, química e psíquica.
	Distúrbios Comportamentais na Infância e Adolescência.		Datashow		Retardo Mental, autismo, transtorno de aprendizagem, transtorno de Rett.

Docente	Aulas	Didáticas propostas	Didáticas utilizadas	Dificuldades	Temáticas abordadas
Doc. 2	Políticas Públicas de Saúde Mental.	Audiovisuais Roda de conversa Dinâmica corporal	Vídeo Datashow Dinâmica de grupo- formação de uma base corporal.	Interrupção constante por outro docente. Caixa de som não funciona bem.	Lei 8080/90, Lei10216/01, Legislações sobre os CAPS.
	Transtorno de Personalidade.		Datashow	Nenhuma.	Tipos de Transtornos.

Docente	Aulas	Didáticas propostas	Didáticas utilizadas	Dificuldades	Temáticas abordadas
Doc. 4	Psicopatologia + Entrevista Psiquiátrica.	Testemunhos Práticos Empatia e simpatia	Exemplos práticos Datashow	Atraso dos alunos.	Conceitos relacionados a consciência, memória, orientação, afetividade, pensamento, sensopercepção e discurso. Delírio x Alucinação. Etapas da entrevista psiquiátrica e exame psicopatológico.

Docente	Aulas	Didáticas propostas	Didáticas utilizadas	Dificuldades	Temáticas abordadas
Doc. 1	Relacionamento/ Ambiente Terapêutico.	Audiovisual Dinâmicas Artigos	Datashow Dinâmica de grupo- teatro.	Atraso dos alunos, excesso de clareza em sala de aula.	Processo de comunicação, teorias do relacionamento terapêutico, papel do enfermeiro.

Docente	Aulas	Didáticas propostas	Didáticas utilizadas	Dificuldades	Temáticas abordadas
Doc. 5	Estrutura Psíquica.	Aula dialogada	Datashow	Atraso para o início da aula.	Teorias psíquicas, estruturas clínicas.
	Modalidades Terapêuticas.	Audiovisuais Musica Filmes Aula externa Artigos	Seniores Datashow	Nenhuma.	Histórico da psiquiatria. Reforma Psiquiátrica. Terapias cognitivas. Residências Terapêuticas.
	Transtorno de Humor.		Seniores Datashow	Nenhuma.	Depressão x Mania. Papel e cuidados de enfermagem.
	Bases Teóricas da Enfermagem para Assistência em Saúde Mental.		Datashow Dinâmica de grupo e leitura de artigos	Atraso para o início da aula.	Teorias de Enfermagem e suas utilidades.

Docente	Aulas	Didáticas propostas	Didáticas utilizadas	Dificuldades	Temáticas abordadas
Doc. 6	Psicopatologias/Entrevista psiquiátrica	Ensino em serviço.	Exemplos do campo prático. Diálogo. Datashow.	Problemas com a rede elétrica.	O que pode ou não fazer? Cliente x paciente x usuário. Súmula psicopatológica Funções psíquicas.

Roteiros de entrevista:

Docentes:

1. Tempo de docência na disciplina de Cuidados de Enfermagem a pessoas em processo de reabilitação I?
2. Qual o tipo de formação e/ou especialização que possui? Onde e quando cursou?
3. O que pretende produzir no aluno (como pessoa e conhecimento) com o conteúdo ministrado?
4. Quais os objetivos do conteúdo ministrado? Foram alcançados?
5. No seu trabalho docente, quais as estratégias de ensino-aprendizagem são utilizadas? Por que optou por essas estratégias? O que você quer atingir com a escolha dessa dinâmica?
6. Como você compartilha os conteúdos mais complexos com seus alunos?
7. Como o conhecimento adquirido em sala de aula poderá ajudar o aluno em sua vida profissional?
8. Você tem conhecimento sobre a ementa curricular do Programa Curricular Interdepartamental X?
9. Você faz plano de aula? Se sim, o mesmo encontra-se de acordo com a ementa curricular do PCI X (matriz curricular)?

Discentes (grupo focal):

1. Quais são as suas expectativas com a disciplina?
2. Como você avalia as aulas com uma nota?
3. Quais as técnicas didáticas prendem mais sua atenção e auxiliam com mais eficácia no seu aprendizado?
4. Você reconheceu alguma técnica didática utilizada pelo docente?
5. Como você reafirma/apreende os conteúdos de enfermagem psiquiátrica ensinados em sala de aula?
6. Como os conteúdos apreendidos em enfermagem psiquiátrica podem enriquecer e/ou contribuir para sua prática profissional?
7. Quais mudanças no seu eu ou na sua percepção do portador de sofrimento psíquico após a disciplina?

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA EEAN/HESFA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 466/12 – CNS/MS

Sr(a) foi selecionado(a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **O processo de transferência do conhecimento: uma questão sobre o ensino de enfermagem psiquiátrica e de Saúde Mental**, que tem como **objetivos**: Identificar as estratégias utilizadas pelos docentes para compartilhar os conteúdos de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental diante do novo paradigma do cuidado em saúde mental; descrever as etapas do compartilhamento de saberes à luz do processo de transferência do conhecimento e analisar a aplicação do processo de transferência para viabilizar a inserção do saber e fazer em saúde mental.

Esta pesquisa, que terá duração de dois anos com o término previsto para o início do segundo semestre de 2015, é baseada em uma abordagem qualitativa e faz parte de uma dissertação de mestrado.

Suas informações serão tratadas de forma **anônima**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória por codinomes. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados serão divulgados em eventos e revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar e **retirar seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual você trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em responder as perguntas a serem realizadas sob a forma de entrevista. A gravação será guardada por cinco (05) anos e destruída após esse período.

O(a) sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras. Não vão existir riscos adicionais** relacionados à sua participação, porém caso surja algum durante o andamento da pesquisa, os benefícios serão maiores do que os riscos. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem, de modo especial para a Enfermagem Psiquiátrica.

O(a) sr(a) receberá uma cópia deste termo no qual consta o celular e o e-mail do pesquisador responsável, e da orientanda, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Nome do Orientador
Rosane Mara P. Oliveira
Cel: 964036988
e-mail: romapope@gmail.com

Nome do Orientando
Pesquisador principal: Laís de Mello Santos
Cel: 96256618
e-mail: laismellos@yahoo.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa EEAN/HESFA: (21) 2293-8148/ramal 228

Rio de Janeiro, de de 2015.

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Participante da Pesquisa: _____

ANEXOS

CARTA DE ANUÊNCIA PARA AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA

Ilmo Sr. Prof. Dr. Lilian Hortale de Oliveira Moreira
Chefia DEMC

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada "O processo de transferência de conhecimento: uma questão sobre o ensino de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental", a ser realizada no Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC), pela aluna de mestrado Laís de Mello Santos, sob orientação do Prof(a). Dr(a) Rosane Mara Pontes de Oliveira com o(s) seguinte(s) objetivo(s): *identificar as estratégias utilizadas pelos docentes para apresentar os conteúdos de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental; descrever as etapas do compartilhamento de saberes à luz do processo de transferência do conhecimento e analisar a aplicação do processo de transferência para viabilizar a inserção do saber e fazer em saúde mental*, necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem coletados através de entrevistas com os docentes e a realização de um Grupo Focal com os alunos da instituição. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome desta instituição possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados sejam utilizados tão somente para realização deste estudo.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Chefia, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessária.

Rio de Janeiro, 21 de julho de 2014.

Prof(a). Dr(a) Rosane Mara Pontes de Oliveira
Pesquisador(a) Laís de Mello Santos

Concordamos com a solicitação Não concordamos com a solicitação

Profª Drª Lilian Hortale de O. Moreira
Substituta Eventual da Chefia do DEMC/EEAN
CPF: 1297187

Prof(a). Dr(a) Lilian Hortale de Oliveira Moreira



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O processo de transferência de conhecimento: uma questão sobre o ensino de Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental.

Pesquisador: Laís de Mello Santos

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 34946014.3.0000.5238

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem Anna Nery

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 824.821

Data da Relatoria: 27/10/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo qualitativo, cujo objeto é o processo de transferência de conhecimento em Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica entre docentes e universitários. Para tanto, a pesquisadora define o conhecimento como algo inerente ao ser humano, regido pela ação, individual e mutável. Tal conhecimento pode ser derivado a partir da forma explícita ou tácita, uma mais simples e outra mais complexa, respectivamente. O processo de conversão do conhecimento é regido pelas etapas da SECI: socialização, externalização, combinação e internalização. Os participantes serão docentes e discentes da Escola de Enfermagem Anna Nery, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que ministram e cursam (respectivamente) o programa de saúde mental e enfermagem psiquiátrica do 7º período, onde ocorre à 4ª etapa curricular, denominado Programa Curricular Interdepartamental X (PCIX). A coleta de dados será feita através de entrevistas com docentes, onde será abordado o processo de ensino-aprendizagem. Em concomitância será realizado um diário de campo a partir da observação não participante das aulas ministradas pelos docentes. Com os discentes será realizado um grupo focal onde se deseja obter o entendimento e opinião dos discentes a cerca do conteúdo ministrados pelos docentes, através de uma atividade coletiva e voluntária. Os dados serão organizados e categorizados a partir do software Alceste 4.5 e a análise do discurso será feita considerando a interpretação do

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 824.821

contexto de cada indivíduo.

Objetivo da Pesquisa:

- Identificar as estratégias utilizadas pelos docentes para apresentar os conteúdos de Enfermagem Psiquiátrica e Saúde Mental diante do novo paradigma do cuidado em saúde mental;
- Descrever as etapas do compartilhamento de saberes à luz do processo de transferência do conhecimento;
- Analisar a aplicação do processo de transferência para viabilizar a inserção do saber e fazer em saúde mental.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Não haverá riscos adicionais, porém caso surja algum durante o andamento da pesquisa, os benefícios serão maiores do que os riscos.

Benefícios: A partir dos resultados da pesquisa referentes às características dos métodos utilizados pelos docentes, que atuam no campo do ensino em Enfermagem Psiquiátrica, pode-se gerar uma contribuição para a melhoria da qualidade da assistência e consequentemente do cuidado, prestado aos indivíduos com algum tipo de sofrimento psíquico, visto que o modelo de transferência de conhecimento ainda não foi utilizado na saúde. Esperamos também demonstrar a importância do processo de transferência de conhecimento e sua aplicabilidade no ensino-aprendizagem em saúde mental, em vista de prestar um cuidado mais solidário, acolhedor e criativo.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para o ensino relacionado à Enfermagem Psiquiátrica e de Saúde Mental.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: adequado
- 2) Projeto de Pesquisa: adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: adequado
- 5) Cronograma: adequado
- 6) Concordância da chefia do DEMC: adequada
- 7) Instrumentos de coleta de dados: apresentados

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeanhesfa@gmail.com



ESCOLA DE ENFERMAGEM
ANNA NERY - EEAN/ UFRJ -
HOSPITAL ESCOLA SÃO



Continuação do Parecer: 824.821

Recomendações:

Sem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa da EEAN/HESFA atendendo o previsto na Resolução 466/12 do CNS/MS APROVOU o referido projeto na reunião ocorrida em 30 de setembro de 2014. Caso o(a) pesquisador(a) altere a pesquisa é necessário que o projeto retorne ao Sistema Plataforma Brasil para uma futura avaliação e emissão de novo parecer. Lembramos que o(a) pesquisador(a) deverá encaminhar o relatório da pesquisa após a sua conclusão, como um compromisso junto a esta instituição e o Sistema Plataforma Brasil.

RIO DE JANEIRO, 08 de Outubro de 2014

Assinado por:
Maria Aparecida Vasconcelos Moura
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 275

Bairro: Cidade Nova

CEP: 20.211-110

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2293-8148

E-mail: cepeeanhesfa@gmail.com