

A constituição de competências na formação e na prática do enfermeiro em saúde mental

THE CONSTITUTION OF COMPETENCES IN MENTAL HEALTH NURSING EDUCATION AND PRACTICE

LA CONSTITUCIÓN DE COMPETENCIAS EN LA FORMACIÓN Y EN LA PRÁCTICA DEL ENFERMERO QUE ACTÚA EN EL ÁREA DE LA SALUD MENTAL

Roselma Lucchese¹, Sônia Barros²

RESUMO

Esta é uma pesquisa qualitativa que teve como proposta ampliar as discussões sobre constituição de competência na formação do enfermeiro para atuar em saúde mental. Objetivo: analisar a representação dos sujeitos da pesquisa sobre competência em saúde mental. Metodologia: modalidade da pesquisa qualitativa. Cenário: uma Escola de Enfermagem de universidade pública do Estado de São Paulo. Sujeitos: docentes e enfermeiros assistenciais, que compartilhassem o mesmo campo de atuação. A mobilização dos discursos foi por meio de grupo focal, prosseguido de análise do discurso. Constituir competência promovendo situações complexas no processo de aprendizagem do aluno foi discutido no grupo, e da análise do discurso identificou-se as seguintes categorias empíricas que compuseram os temas: *O conceito competência, O que é uma situação complexa, Quais os saberes para administrar situações complexas em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, Competência: saber administrar uma situação complexa.*

DESCRITORES

Educação em enfermagem.
Saúde mental.
Competência profissional.

ABSTRACT

This qualitative study had the purpose to increase the discussions about the constitution of competences in the education of nurses so that they can work in the mental healthcare area. Goals: to analyze the representations of the research subjects about mental healthcare competences. Method: qualitative research. Setting: The nursing department in a public university in the state of São Paulo. Subjects: Professors and healthcare nurses working in the same area. The mobilization of testimonies happened in focus groups, followed by discourse analysis. The building of competences and promotion of complex situations in the students' learning process were discussed, and the discourse analysis yielded the following empirical categories: *The concept of competence, What is a complex situation, Which knowledge is necessary to manage complex situations in psychiatric nursing and mental healthcare, Competence: knowing how to manage a complex situation.*

KEY WORDS

Education, nursing.
Mental health.
Professional competence.

RESUMEN

Se trata de una investigación cualitativa que tuvo como propuesta ampliar las discusiones sobre la constitución de competencia en la formación del enfermero para actuar en salud mental. Objetivo: analizar la representación de los sujetos de la investigación sobre competencia en salud mental. Metodología: modalidad de investigación cualitativa; Escenario: una Escuela de Enfermería de una universidad pública del Estado de San Pablo; Sujetos: docentes y enfermeros asistenciales, que compartían el mismo campo de actuación. La movilización de los discursos fue por medio de grupo focal, seguido del análisis del discurso. En el grupo se discutió la constitución de competencias promoviendo situaciones complejas en el proceso de aprendizaje del alumno. En el análisis del discurso se identificaron las siguientes categorías empíricas que compusieron los temas: *El concepto competencia, Qué es una situación compleja, Cuáles son los conocimientos para administrar situaciones complejas en enfermería psiquiátrica y salud mental, Competencia: es saber administrar una situación compleja.*

DESCRIPTORES

Educación en enfermería.
Salud mental.
Competencia profesional.

¹ Doutor em Enfermagem. Professor Adjunto da Universidade Federal de Mato Grosso. Cuiabá, MT, Brasil. roselmalucchese@hotmail.com ² Doutor em Enfermagem. Livre-docente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil. sobarros@usp.br

INTRODUÇÃO

Discutir competência é pertinente a todas as instâncias envolvidas no processo de formação profissional; embora muitos educadores neguem esta necessidade, são várias as situações acadêmicas que nos expõem a esta condição, como exemplo, as Diretrizes Curriculares dos cursos de graduação. Aborda-se competência numa concepção dialógica que aborda o desenvolvimento de capacidades ou atributos, sejam eles intelectuais, psicomotores e/ou afetivos que, quando articulados, resultam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional;

diferentes combinações podem responder aos padrões de excelência que regem essa prática profissional, permitindo que as pessoas desenvolvam um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais, familiares ou não familiares⁽¹⁾.

Desenvolver competência profissional requer uma instrumentalização de saberes e capacidades, porém, não se limita a essa instrumentalização; existem os recursos que podem ser internalizados como os saberes e habilidades, a serem mobilizados por um profissional em um determinado contexto, é *saber agir em situação*⁽²⁾. O profissional competente é aquele que sabe administrar uma situação complexa, uma situação-problema, real, organizada em torno de situações concretas, como obstáculos a serem superados por meio de formulação de hipóteses e conjecturas. Não se resume a estudos específicos, tão pouco a exemplos ilustrativos das situações clássicas de ensino⁽³⁾.

Esta situação funcionaria como um *enigma a ser resolvido*, pois diante desta necessidade o aluno é estimulado a elaborar e apropriar-se coletivamente dos instrumentos intelectuais para construção de uma solução, devendo oferecer resistência suficiente, para que nela sejam investidos seus conhecimentos e representações anteriores disponíveis, de modo que ela leve a questionamentos e à elaboração de novas idéias. São atividades a serem acompanhadas por meios de avaliação que permita o reexame coletivo do caminho percorrido, proporcionando reflexão de caráter metacognitivo; o objetivo é auxiliar os alunos a conscientizarem-se, heurísticamente, das estratégias que executam e fixá-las em procedimentos disponíveis para novas situações-problema⁽³⁾.

Discutir a formação por competência nos remete a um processo pedagógico transformador, de significativa dimensão e pouco explorado na prática acadêmica. Assim, é pertinente promover o debate e divulgação do ensino baseado em competência, especificamente na formação de profissionais da saúde, buscando o desenvolvimento do senso crítico do contexto sócio-político da atenção à saúde, bem como, a efetivação das diretrizes do Sistema Único de Saú-

de – SUS⁽⁴⁾. Saberes essenciais para a formação do enfermeiro, que por sua vez, compõe as equipes de saúde em quase todos os cenários de serviços do SUS.

Transpor esta discussão para o âmbito da formação de enfermeiros para atuar na atenção à saúde mental, é somar a emergência de formar *recursos humanos capazes de superar o paradigma da tutela do louco e da loucura*⁽⁵⁾. Condição que requer mudança do modelo assistencial, da concepção de loucura, de sofrimento mental e das tecnologias terapêuticas. Dito em outras palavras, formar enfermeiros com competência para atuar na atenção psicossocial é contribuir para a efetivação do processo de Reforma Psiquiátrica; ciente de que este é um processo social complexo, entrelaçados pelas dimensões: teórico-conceitual, jurídico-político, técnico-assistencial e sociocultural⁽⁶⁾.

Assim, constituímos a *situação problema* (ou situação complexa) na formação de enfermeiros para atenção em saúde mental: formar profissionais com domínio do saber crítico-reflexivo, do saber/fazer quanto às diretrizes do SUS e com fundamentação teórico-prático, autonomia e criatividade para atenção psicossocial. Situação, indissociável das contradições da realidade, em que as atuais políticas de saúde mental priorizaram um novo e reformista enfoque de atenção à pessoa em sofrimento psíquico, mas, a prática de enfermagem, majoritariamente, ainda ocorre no âmbito hospitalar, reproduzindo o distanciamento entre o saber constituído nas escolas e o praticado nos serviços de atenção de atenção em saúde mental⁽⁶⁾. Muitos alunos de enfermagem não aplicam o conhecimento adquirido no processo ensino-aprendizagem de enfermagem em saúde mental na prática assistencial e, muitos, quando possível, evitam a escolha da área para atuar como profissionais⁽⁷⁻⁸⁾.

Considerando a complexidade de formar o enfermeiro para atenção psicossocial, certamente não serão os referenciais pedagógicos tradicionais que viabilizam as transformações necessárias, vista que, privilegiam a reprodução do conhecimento dominante, sustentado pelo modelo biomédico/psiquiátrico. Uma possibilidade para mudanças é discutir práticas educativas com estratégias de superação, adotando uma abordagem pedagógica diferenciada: a abordagem por competência⁽⁴⁾. Assim, realizamos este estudo, no sentido de avançar na constituição deste saber, provocando um diálogo ampliado, com reflexão da formação de enfermeiros para atuar na área de saúde mental.

OBJETIVO

Analisar a representação dos sujeitos da pesquisa (docentes e enfermeiros de campo) sobre competência na atenção em saúde mental, confrontando o referencial pedagógico dos mesmos com o referencial da pedagogia das competências.

MÉTODO

Esta pesquisa norteou-se pela abordagem qualitativa e foi aprovada pela Comissão de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (CEP/EEUSP), processo nº 327/2003. Os sujeitos leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O cenário foi uma Escola de Enfermagem de universidade pública do Estado de São Paulo, localizada na capital. Uma sala de reuniões foi usada como espaço físico para a coleta de dados. A escolha por esta instituição deu-se pelo seu caráter nacionalmente reconhecido, de compromisso com a formação de profissional enfermeiro crítico, reflexivo, demonstrando interesse e disponibilidade diante de novas estratégias de ensino, com o desenvolvimento de pesquisas e pós-graduação e, sobretudo, pela sua prática de enfermagem em saúde mental de graduação, que é toda desenvolvida em serviços substitutivos à hospitalização psiquiátrica.

Foram sujeitos da investigação: quatro docentes da Escola de diferentes titulações (mestre, doutores, livre-docentes), atuantes no mínimo há dois anos no ensino de enfermagem em saúde mental e, quatro enfermeiras com graduação em enfermagem e ou especialização em enfermagem saúde mental/psiquiátrica, atuantes há mais de um ano na área e em campos práticos utilizados pelos referidos docentes, no processo ensino-aprendizagem.

Os discursos foram coletados em uma sessão de grupo focal, que é uma técnica de obtenção de dados qualitativos, utilizada para mobilizar discussão sobre um tema em particular, envolvendo sentimentos, emoções, opiniões e as relações dos atores envolvidos no processo. A discussão grupal foi estimulada pelo pesquisador em um momento pré-grupo, por 20 min, quando houve a discussão de conceitos relativos a competência (tema disparador), sua definição e saberes a serem desenvolvidos no profissional durante o processo de formação. Após, o pesquisador deu início às atividades grupais, com a seguinte questão norteadora: *Você pode narrar uma situação que, segundo seu ponto de vista, conseguiu mobilizar saberes e habilidades próprias (falando de si) ou nos alunos, para desenvolver competências?* A reunião contou com a participação dos oito sujeitos e do pesquisador, duração de 65 min, foi registrada por anotações do pesquisador e gravação em áudio. O registro possibilitou a constituição de uma crônica, que relatou as movimentações grupais (o acontecer grupal) e a transcrição na íntegra das falas dos sujeitos, para posterior análise.

Na análise dos discursos, utilizamos a técnica fundamentada na teoria da Geração de Sentido que permite a depreensão das frases temáticas⁽⁹⁾, assim operacionalizada: 1ª fase: organização do material, com leitura exaustiva e repetitiva do material transcrito, tornando possível apreender os temas subjacentes, momento, em que os temas e figuras foram grifados no próprio texto (figuras: palavras ou expressões referentes a algo existente no mundo natural; temas:

palavras ou expressões não correspondentes a algo existente no mundo natural); 2ª fase: o encadeamento e a articulação entre temas e figuras, buscando as congruências e ou ambigüidades nas falas dos sujeitos; 3ª fase: recomposição das frases temáticas que sintetizaram os temas e subtemas do discurso em sua totalidade (codificado no texto dos resultados com a letra T - frase temática), seguida por um número de ordem de surgimento no discurso e, entre parênteses, está a letra/número G1 – Grupo focal 1. Por último, ocorreu a decodificação dos discursos, promovida pelo agrupamento das frases temáticas, com a categorização, isto é, a identificação da categoria empírica.

Assim, os temas: *O conceito competência, O que é uma situação complexa, Quais os saberes para administrar situações complexas em enfermagem saúde mental e psiquiátrica*, compuseram a categoria empírica *Competência: saber administrar uma situação complexa*.

RESULTADOS

Competência: saber administrar uma situação complexa

O conceito de competência

Algumas frases temáticas desvelaram dois conceitos distintos de competência. Vejamos o primeiro:

Uma competência pode ser tratada como um instrumento burocrático, de caráter setorizado, no qual discrimina funções e rotinas de um profissional ou grupo T. 50 (G1).

As funções, normas e rotinas de um serviço em saúde mental devem ser construídas em conjunto com auxiliares de enfermagem e toda a equipe multiprofissional T. 44 (G1).

Os sujeitos falaram de uma competência que identificamos como competência burocrática; trouxeram uma concepção de funções, rotinas, normas estabelecidas em um determinado serviço. Esta concepção pode ser descrita como um modelo herdado do taylorismo e fordismo, no qual o sujeito é um operador com competência limitada a saber executar operações, de acordo com prescrições. Nesse modelo, a competência limita-se a um saber padronizado, esperado e observável, importante ferramenta do gerenciamento pelo controle⁽²⁾.

O controle é um saber/fazer muito valorizado pela instituição psiquiátrica, que revigora práticas como a tutela, disciplina, vigilância⁽¹⁰⁾, portanto, contraditório com a atenção psicossocial, que requer uma estrutura bastante flexível, para justamente, não se constituir um espaço burocratizado, que reproduz atitudes para lidar com doenças e não com pessoas⁽⁶⁾.

Esta necessidade de controle sobre o meio profissional, por meio do saber prescritivo, provocou no grupo reações opostas que revelaram a pouca resolução dessa competência diante de situações de trabalho. Concluíram que, ao descreverem normas e rotinas específicas de cada pro-

fissional, não estão constituindo saberes, não mobilizam habilidades e conhecimentos para o enfrentamento de situações reais na atenção em saúde mental

Não é uma competência burocrática, administrativa que vai resolver problemas de relacionamento numa equipe multiprofissional T.46 (G1).

Uma competência burocrática não mobiliza saberes e habilidades para resolver situações-problema, não condiz com o conceito de uma competência de abordagem pedagógica, de uma saber construído T.51 (G1).

Pensando assim, os sujeitos descreveram outro conceito de competência:

A definição de competência é ampla, inclui saber, informação, atitude, valor, e nos leva a questionar se é uma atribuição da academia ou da prática T.53 (G1).

Esta é uma concepção de competência condizente com a perspectiva da economia do saber. Nesta, o sujeito é considerado um ator, aquele que vai além do prescrito; o profissional sabe agir, tem iniciativa, é capaz de desencadear e conjugar recursos (saber, saber/fazer, outros) e ações, portanto, não haveria uma única maneira de ser competente, em um universo de condutas⁽²⁾. O gerenciamento caracteriza-se pela condução, proporcionando a emergência da competência no contexto profissional.

O que é uma situação complexa.

No esforço em relatar uma situação real de mobilização dos saberes e habilidades, elegeram o campo prático como cenário promissor para verificação e validação da construção de competência:

Pensar em formar competências nos remete às cenas que vivenciamos na prática T.1 (G1).

Cenas que descreveram situações reais vivenciadas no espaço da prática

Situações complexas são: Estar diante da agressividade do paciente; Estar diante de usuários que já passaram por vários tipos de tratamento sem sucesso; Estar diante da angústia, ansiedade de quem sofre mentalmente; Estar diante do choro, da dor, do abandono da pessoa T.5 (G1).

O paciente psiquiátrico percebe o medo e a insegurança dos alunos de enfermagem T.19 (G1).

São situações desafiadoras aos alunos e profissionais, como a agressividade, lidar com o usuário crônico que é desacreditado pelos serviços de saúde, instrumentalizar-se para o enfrentamento das emoções que ficam à flor da pele naquele que sofre diante do transtorno mental e da indiferença social. Relataram que o contato com a área e com a pessoa em sofrimento psíquico teve uma dimensão emocional significativa na aprendizagem do aluno, perceptível até pelo paciente. Em um primeiro momento, o medo e a ansiedade nessas situações de ensino, causaram um efeito potencialmente negativo⁽¹¹⁾.

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

Uma situação-problema é uma situação didática que propõe uma tarefa, para o qual o sujeito mobiliza recursos, ativa esquemas (hábitos, organização de vida, que pautam nossa conduta) e toma decisões, diferente a uma máquina, que soluciona um problema de forma acrítica, uniforme e pré-programada⁽¹²⁾. Assim, o ser humano é colocado diante de uma situação que o desafia para uma realização, formula julgamentos, compromete-se com a resposta e decide. Para tanto, são mobilizados valores, estabelecidos raciocínios, enfrentamento de dilemas, julgamento do melhor e do mais justo, diante do acerto ou erro e, realizam.

Buscando compreender a complexidade da experiência do estudante de enfermagem no processo ensino-aprendizagem em saúde mental, um estudo confirmou o sentimento de medo do aluno em cursar a disciplina, em razão das representações que possuem a respeito do doente mental, pois, acreditam que o paciente é o indivíduo que o senso comum caracteriza como agressivo, violento, incapaz de discernir entre certo e errado. Mas, ao longo do processo, os sentimentos vão sendo transformados, emergindo uma mudança do pensamento e da atitude, à medida que adquire-se habilidades e técnicas para cuidar do paciente⁽¹¹⁾.

As disciplinas da área de saúde mental, geralmente, são conduzidas à responsabilidade em abordar e discutir as dimensões das relações intra e interpessoal, vista que, sua própria dinâmica favorece o contato pessoal, a auto-reflexão, o conhecimento de si mesmo e, sobretudo, a expressão de sentimentos⁽¹³⁾. Para tanto, é esperado que a dimensão emocional da aprendizagem encontre espaço para manifestar-se nesses momentos, cabendo ao docente, sensibilidade suficiente para conduzi-la no sentido de superação⁽¹¹⁾, desenvolvendo postura empática e humanizada⁽¹³⁾.

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

O profissional deve saber não somente executar o que é prescrito, mas deve saber ir além do prescrito⁽²⁾. É necessário ser competente para realizar o que está prescrito, mas também é preciso agir diante do imprevisto e das contingências. O profissional tomará decisões, terá iniciativa, negociará, fará escolhas, proverá recursos, assumirá riscos e preverá incidente. Sob a ótica desse saber, os sujeitos do estudo relataram uma realidade preocupante: alunos de enfermagem não têm claro o que fazer e como avançar neste fazer diante de situações cotidianas, limitam-se a uma prática prescritiva ou buscam uma forma preestabelecida:

Diante de situações reais, o aluno não sabe o que fazer e solicita uma fórmula para agir T.3 (G1).

O aluno de enfermagem busca um saber pronto, descrito em uma cartilha que siga prescrições médicas. Essa necessidade, também, é refletida na vida profissional T.29 (G1).

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

Os alunos de enfermagem têm dificuldades de serem confiáveis na relação com o doente mental por sentirem medo de serem referência para o paciente T.27 (G1).

A enfermagem vem perdendo suas funções dentro de uma equipe, justamente por delimitá-la e não posicionar-se: [...] *se não tomarmos cuidado, vamos acabar carregando a comadre* [...] T.39 (G1).

Na opinião dos sujeitos, não é o saber agir com pertinência que está sendo trabalhado na formação do enfermeiro. Forma-se para uma competência burocrática:

A formação do enfermeiro é trincada, tutelar, compromete a autonomia do aluno que é ensinado a seguir ordens médicas T.31 (G1).

A formação do enfermeiro não respalda atitudes corajosas de colocar-se hábil e responsável nas relações T.30 (G1).

O ensino de enfermagem reproduz o ensino médio e fundamental, uma vez que prioriza um imenso conteúdo T.35 (G1).

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

As teorias da educação que mais se manifestaram na história do ensino de enfermagem, foram as pedagogias da Escola Tradicional, da Tecnicista e da Escola Crítica, sendo as duas primeiras, as de maior força. É difícil determinar o aparecimento de uma ou de outra numa linha têmporo-espacial, mas observa-se que estas teorias podem coexistir e coabitar um mesmo sistema educacional, com traços que perduram⁽¹⁴⁾.

A pedagogia tradicional prioriza a transmissão de conteúdo, por meio de disciplinas normativas, com atividades centradas no professor, ao aluno cabe o papel de receptor da matéria, de decorá-la e reproduzi-la. A relação aluno-professor é baseada na hierarquia do saber soberano do educador que está sempre em um nível superior, destaque para a autoridade do mesmo⁽¹⁵⁾. Esse modelo de formação prioriza os procedimentos técnicos, por meio de um ensino fracionado, contrapondo-se a um processo de formação integral do enfermeiro⁽¹³⁾, essencial para a atenção psicossocial.

No ensino da enfermagem, as influências da pedagogia tecnicista vieram das exigências do período histórico-político pela qual a sociedade brasileira passou após 1964, quando foi imposto à educação adaptar-se às diretrizes do Estado, durante o militarismo. As escolas de enfermagem foram responsabilizadas pela formação de mão-de-obra de baixa qualidade e submetidas a uma reforma curricular que privilegiou uma visão biologicista, mecanicista do processo saúde-doença, focalizando o indivíduo hospitalizado⁽¹⁴⁾.

Ensinar a seguir prescrições médicas não faz parte do discurso das disciplinas e das escolas de enfermagem, mas na prática é isso que é observado T.65 (G1).

As abordagens pedagógicas tradicionais e tecnicistas são visíveis ainda hoje no ensino de enfermagem, às vezes, com outras vestes, provocando uma dissociação entre os discursos⁽¹⁴⁾.

Os alunos de enfermagem são ensinados a seguir prescrições médicas e quando passam pela disciplina de enfermagem saúde mental sofrem um impacto porque não encontram a mesma abordagem de ensino T.64 (G1).

Temos convicção na formação de sujeitos partícipes do processo de transformação social e da enfermagem, contrário ao ensino prescritivo. É o momento do educador em enfermagem buscar novas estratégias de ensino que proporcionem uma situação de aprendizagem, mediante ações transformadoras. É necessário desenvolver o pensamento crítico e questionador, estimular a liderança, explorar as potencialidades de *ser humano* em cada aluno, empregando estratégias problematizadoras, deixando de lado o ensino tradicional⁽¹⁶⁾.

Do que analisamos até o momento e, pela própria concepção de constituição de competência dos sujeitos, concluímos que o ensino de enfermagem tem muito a superar:

Pensar em construir competências, é pensar no ensino e na prática de um cuidar ampliado, voltado para pessoas que, muitas vezes têm dificuldades de serem ouvidas, de relacionarem-se com os outros ou de estabelecerem uma ação T.49 (G1).

É necessário ensinar menos conteúdos e voltar o ensino para o que seja necessário para mobilização de responsabilização, de tomar para si alguma coisa, e não o que o outro tenha decidido na terapêutica T.36 (G1).

No entanto, encontramos aqui duas visões de currículo que, por sua vez provocaram e provocam dilemas em torno da discussão sobre *cabeças bem-feitas ou cabeças bem-cheias*⁽¹⁷⁾. O conhecimento e competência são complementares, a causa de conflito foi a prioridade estabelecida a um ou outro, sobretudo na divisão do tempo de trabalho na aula.

Uma visão de currículo consistiu em percorrer o campo amplo de conhecimentos, sem haver preocupação na mobilização destes, confiando à formação profissionalizante ou à vida a garantia de constituição de competências; esta

forma é historicamente dominante e constante do sistema escolar. A outra visão curricular limitou drasticamente a quantidade de conhecimentos ensinados e exigidos, para dedicar-se de modo intenso à mobilização destes em situações complexas⁽¹⁸⁾.

Os recursos que os depoentes foram desenvolvendo e que deram sustentação ao saber agir do profissional, atribuíram-lhes autonomia e foram apreendidos no cotidiano do serviço:

Partimos de um conjunto de saber e conhecimento, de nossos sentidos para que possamos intervir sem pedir autorização para tanto T.61 (G1).

Aplicar na prática as teorias e técnicas de comunicação terapêutica e de relacionamento só é possível por meio da disponibilidade de aprender a fazer experimentando T.6 (G1).

É saber extrair ensinamento das experiências⁽²⁾. É fazendo de sua prática uma oportunidade de criação de saber, que o profissional transforma sua ação em experiência e auto-aprendizado e auto-realização. Não há dúvida de que todo esse processo só será possível quando acompanhado de reflexão sobre a ação, conduzindo a uma nova postura profissional⁽¹⁹⁾.

Na prática de enfermagem psiquiátrica/saúde mental, não existe um *objeto intermediário* concreto, como uma bandeja, material para curativo ou para administração de um injetável. O *objeto intermediário* é a própria pessoa na relação profissional/paciente T.32 (G1).

As relações terapêuticas aplicadas na prática, muitas vezes são atribuídas a características pessoais, quando, na verdade, são tecnologias que se aprende e se desenvolve T.33 (G1).

A escola não dá conta de todos os elementos para o desenvolvimento da tecnologia para a atenção à pessoa com transtorno mental, é preciso buscar um aprimoramento contínuo na terapia, na vida, no dia-a-dia T.34 (G1).

Na prática da relação, aprenderam que os recursos a serem instrumentalizados são muito mais do âmbito pessoal do que material. Estes recursos que tiveram um caráter formativo, passível de ser investido como uma tecnologia, que é apreendida e desenvolvida no aprimoramento contínuo, na compreensão de si mesmo e das próprias relações, no cotidiano da vida pessoal e profissional:

O profissionalismo é um produto da história do profissional e de seu percurso biográfico, quer trate-se de sua vida pessoal, social ou profissional. Esta é uma das importantes fontes da confiança que lhe é concedida. O cliente do profissional se fia mais na sua experiência do que em seus diplomas⁽²⁾.

Nos casos em que se encontram enfermeiros atuando de forma inovadora nos serviços de atenção psicossocial ou ambulatorial ao enfermo, constatamos que este fazer diferenciado foi adquirido na prática, não, na academia⁽⁷⁾.

Outro caminho percorrido pelo profissional revestiu-se da capacidade em articular seu posicionamento à sua criatividade, em ir além do que esteve prescrito, fazer algo mais do que esteve estabelecido:

Na saúde mental, o responsabilizar-se está vinculado à capacidade pessoal de posicionar-se, pois não existe uma cartilha contendo os passos a serem seguidos nas relações T.48 (G1).

Lutar contra as limitações do enfermeiro numa equipe é buscar saber, disponibilizar-se a aprender continuamente, especializar-se, investir tempo e recursos financeiros T.58 (G1).

Existe um contexto de uso da competência e, os sujeitos da pesquisa delinearão alguns desses ambientes: aquele que traduz a realidade em que se esteve inserido, exige do enfermeiro a mobilização da capacidade de se adequar, pois o saber agir em um contexto profissional inclui avaliá-lo e adaptar-se a esse. *A plasticidade está no coração da competência*⁽²⁾. A própria competência tem seu aspecto variante, não se caracteriza como uma constante.

Ser competente em enfermagem saúde mental/psiquiátrica é: Adequar as ações à realidade local; Estar junto da pessoa que tem um transtorno mental, acompanhá-la; Saber ouvir atentamente; Usar terapêuticamente o silêncio; Envolver-se, responsabilizar-se pelo relacionamento terapêutico; Discutir o sentimento de medo T.4 (G1).

São redes de relações entre os sujeitos, *sujeitos que escutam e cuidam*, fundamental para saúde mental e atenção psicossocial. Traduz-se na *expressão* responsabilizar-se *pelas pessoas que estão sendo cuidadas*, pela prática do acolhimento, da estruturação de vínculos afetivos e de compromisso no processo de ajuda à pessoa em sofrimento psíquico e família⁽⁶⁾.

Ações efetivas de enfermagem inclui a comunicação não-verbal no olhar e posicionamento, o verbal no diálogo e no ouvir, e o toque do pegar na mão e fazer massagem T.17 (G1).

Para resolver um problema complexo, contamos com alguns capitais culturais que nos permite o fazer. Contamos com nossa história, com nossos saberes e habilidades e nossa cultura T.63 (G1).

Delinearam os espaços em que aprenderam a aprender agir em saúde mental:

As discussões grupais são momentos ricos para aprendizagem e interação entre professores e alunos, enfermeiros e equipe T.11 (G1).

Construir coletivamente o saber/fazer em enfermagem psiquiátrica e saúde mental é uma via possível para desenvolver autonomia profissional T.12 (G1).

Na saúde mental, muitas vezes, nos deparamos com o não saber/fazer diante de situações reais. Um não saber/fazer que nos coloca em contato com a situação e convida a construção coletiva de novas possibilidades T.14 (G1).

Aprendizagem do saber/fazer por meio das experiências coletivas. O saber aprender viver juntos, vivendo juntos, representou um pressuposto para superação do individualismo. A descoberta do outro encontra ressonância em uma prática real educativa que contenha a empatia, o reconhecimento, a capacidade de abertura à alteridade, ao questionamento⁽¹⁸⁾. Aprender a viver junto é promovido pela participação, desde cedo, em projetos de cooperação nas mais diversas áreas como em ações comunitárias, auxílio aos desfavorecidos, movimentos de solidariedade, entre outros. Assim é o campo da saúde mental, constituído de uma complexa rede de saberes, que se entrecruzam, de forma rica e polissêmica, dificultando, inclusive, o estabelecimento de suas fronteiras⁽⁶⁾.

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

Quando um serviço não tem um projeto institucional que respalde e sustente as ações dos profissionais, causa angústia nos enfermeiros de campo T.66 (G1).

Pensar em um projeto institucional é pensar no bem-comum, é abordar o coletivo T.69 (G1).

Há necessidade de um projeto institucional elaborado coletivamente, pois este respalda o saber/fazer da equipe e sustenta as mudanças, numa concepção convergente com a descrita pela Portaria nº 147, de 25 de agosto de 1994.

[...] definido como o conjunto de objetos e ações, estabelecidos e executados pela equipe multiprofissional, voltados para a recuperação do paciente, desde a admissão até a alta. Incluindo o desenvolvimento de programas específicos e interdisciplinares, adequados à característica da clientela, compatibilizando a proposta de tratamento com a necessidade de cada usuário e de sua família... Representa, enfim, a existência de uma filosofia que norteia e permeia todo o trabalho institucional, imprimindo qualidade à assistência prestada⁽²⁰⁾.

Uma reflexão atual sobre a prática da enfermagem em saúde mental:

Atualmente, a enfermagem em saúde mental passa por um período de transição, está em reforma, enfrenta mudanças no saber e na técnica T.56 (G1).

Os profissionais tomam para si a atual situação de mudança enfrentada pelos serviços em saúde mental, o processo de Reforma Psiquiátrica já perdura por duas décadas no contexto nacional, um período marcado por avanços e retrocessos. Um processo social complexo, em movimento e permanente transformação, entrelaçado de dimensões simultâneas que, tanto se retroalimentam quanto entram em conflito⁽⁶⁾.

Comungamos com a afirmativa de que uma dos grandes desafios para o sistema de saúde coletiva é formar profissionais para atuarem na atenção à saúde mental, sobretudo, com competência para atuarem nos serviços substitu-

tivos à hospitalização psiquiátrica. Desafio somado a dados epidemiológicos, referentes ao ano de 2003, que contabiliza número restrito de psiquiatras, enfermeiros psiquiatras e técnicos de enfermagem psiquiátrica atuantes no sistema de saúde, ressaltando os enfermeiros especialistas que representam 0,38/100 mil habitantes⁽²¹⁾.

Consideramos que, além de ampliar o quantitativo de enfermeiros especialistas, existem algumas incitações, inerentes ao processo de Reforma Psiquiátrica, que devem conduzir a formação do profissional e, dizem respeito a acessibilidade e equidade, com a necessidade: de uma rede de cuidados densa, variada e efetiva, para atenção à pessoa com transtornos severos e persistentes; a necessidade de serviços direcionados às pessoas que precisam de cuidados em saúde mental, porém, não sofre de transtornos graves; redimensionamento de recursos, pois perdura a existência de serviços concentrador de recurso e baixa cobertura (hospitais e ambulatórios); em articular e ampliar a atenção à saúde mental na atenção primária; da articulação intersetorial na atenção aos dependentes químicos, sobretudo, àqueles em condição de co-morbidade; de capacitação, supervisão e formação profissional, principalmente, daqueles em localidades distantes de instituições formadoras e de pesquisa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tema constituição de competência na formação do enfermeiro é polêmico, amplo e dinâmico, portanto, não foi pretensão explorar todas as vertentes deste fenômeno, mas sim, ampliar as discussões e visualizar caminhos. Na verdade, o que sentimos é o descompasso entre a prática e o ensino em enfermagem em saúde mental, a dificuldade do aprendiz em articular e mobilizar recursos próprios e aprendidos no ensino formal, quando vivencia uma situação real no ensino; isto é o que realmente nos inquieta.

Para romper com a situação, é preciso que o educador em enfermagem tenha clareza, quanto ao momento histórico e social em que se encontra e quais são os paradigmas contemporâneos que devem ajustar sua prática educativa, transformando a dimensão técnica do ensinar. Em relação à formação do enfermeiro para atenção psicossocial em saúde mental, há um longo caminho a percorrer. Em princípio, desconstruir os espaços burocráticos, controladores e excluídos, de estruturas rígidas, onde espera-se do profissional atitudes fragmentadas e desarticuladas, que apenas revigoram as práticas psiquiátricas. Não basta mudarmos o cenário, isto é, transferir o serviço de atenção à pessoa em sofrimento psíquico e família do hospital psiquiátrico para os dispositivos comunitários, se continuamos (nós, profissionais da saúde) reproduzindo um saber/fazer de controle total, de relação vertical, hierarquizada, domínio e dependência.

Um dos impedimentos desta desconstrução concentra-se na prática do ensino tradicional, ainda presente na

formação do enfermeiro, vista que, prioriza a *transmissão do conhecimento* médico psiquiátrico, não possibilitando ao aprendiz ser criativo, inovador e, tão pouco, a responsabilizar-se pelo próprio processo de aprendizagem. Assim, não exercita-se a autonomia do aluno, então, como incentivar autonomia na relação com o outro (daquele que cuidamos)?

O processo de formação do profissional é descontínuo, tutelar com valorização do conteúdo e pouco aproveitamento das situações reais vivenciadas pelo aluno, sobretudo nos campos práticos, que representam espaços dinâmicos para o desenvolvimento de competências. A aula prática em saúde mental mobiliza recursos diversos nos educandos e educadores, incluindo os emocionais, constituindo-se em situações complexas, atribuindo ao docente a responsabilidade de administrar esse momento *privilegiado* para a construção do saber/fazer que supere o modelo psiquiátrico. Como? Fomentando a reflexão-na-ação, a elaboração de projetos de atenção (projetos terapêuticos) com estratégias, operacionalização e avaliação, permitindo atitudes de autonomia e criatividade do aprendiz.

Os discursos revelaram a pobreza de espaços para discussão dos acontecimentos cotidianos comuns ao ensino e

à assistência; pela ausência de um projeto político-pedagógico e terapêutico comum, envolvendo os sujeitos: docente, enfermeiro de campo, instituição formadora, instituição assistencial, aluno e usuário do serviço assistencial (cada um tem seu próprio projeto e aborda sua restrita realidade); e a ausência de um entrelace entre os paradigmas da pedagogia transformadora e da Reforma Psiquiátrica. Existe, ainda, um caminho a percorrer para a assunção da *práxis* transformadora e, o pouco que se conseguiu avançar na construção de um saber/fazer no modelo psicossocial, foi construído de forma empírica, no cotidiano dos serviços de atenção à saúde mental.

Finalizando, consideramos que o ensino não pode negar a prática e, vice-versa na construção do conhecimentos em atenção psicossocial, que muito deverá avançar na constituição do saber/fazer: responsabilizar-se pela pessoa e família que se cuida; viver juntos e fortalecer as interações entre trabalhadores/gestores/usuários; acolhimento da pessoa que sofre mentalmente, em espaços que cuidem do sujeito; e sobretudo, no ser autônomo e responsável pela formação continuada.

REFERÊNCIAS

1. Lima VV. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. *Interface Comunic Saúde Educ.* 2005;9(17):369-79.
2. Le Boterf G. *Desenvolvendo a competência dos profissionais.* 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2003.
3. Perrenoud P. *Dez novas competências para ensinar: convite à viagem.* Porto Alegre: Artmed; 2000.
4. Silva CC, Egry EY. Constituição de competências para intervenção no processo saúde-doença da população: desafio ao educador de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP.* 2003;37(2):11-6.
5. Delgado PGG, Schectman A, Weber R, Amstalden AF, Bonavigo E, Cordeiro F, et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Conferência regional de reforma dos serviços de saúde mental: 15 anos depois de Caracas. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. *Epidemiologia da saúde mental no Brasil.* Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 39-79.
6. Amarantes P. *Saúde mental e atenção psicossocial.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
7. Barros S, Egry EY. *O louco, a loucura e a alienação institucional: o ensino de enfermagem Sub Judice.* São Paulo: Cabral; 2001.
8. Colvero LA. *O significado do "ser enfermeiro" em ambulatório de saúde mental [dissertação].* São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1994.
9. Car MR, Bertolozzi MR. O procedimento da análise de discurso. In: Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn). *A classificação internacional das práticas de enfermagem.* Brasília; 1999. p. 348-55.
10. Lancetti A, Amarantes P. Saúde mental e saúde coletiva. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM, organizadores. *Tratado de saúde coletiva.* São Paulo: Hucitec; 2006. p. 615-34.
11. Vaie S. *A vivência do estudante de enfermagem cursando a disciplina enfermagem psiquiátrica: "divisor de águas" [dissertação].* São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2002.
12. Macedo L. *Situação-problema: forma e recurso de avaliação, desenvolvimento de competências e aprendizagem escolar.* In: Perrenoud P, Thurler MG, Macedo L, Machado NJ, Allessandrini CD. *As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação.* Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 113-35.
13. Esperidião E, Munari DB. *Holismo só na teoria: a trama de sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação.* *Rev Esc Enferm USP.* 2004;38(1):341-9.
14. Nietzsche EA. *As teorias da educação e o ensino da enfermagem no Brasil.* In: Saupé R, organizador. *Educação em enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção.* Florianópolis: UFSC; 1998. p. 119-61.

-
15. Libâneo JC. Didática. São Paulo: Cortez; 1990.
 16. Stacciarini JMR, Esperidião E. Repensando estratégias de ensino no processo de aprendizagem. Rev Lat Am Enferm. 1999;7(5):59-66.
 17. Perrenoud P. Construindo as competências desde a escola. Porto Alegre: Artmed; 1999.
 18. Plantamura V. Presença histórica, competências e inovação em educação. Petrópolis: Vozes; 2003.
 19. Damasceno RN. Relacionamento aluno-paciente: do senso comum a uma compreensão crítica. Rio de Janeiro: Renovar; 1991.
 20. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Legislação em saúde mental. Brasília; 2000.
 21. Andreoli SB. Serviços de saúde mental no Brasil. In: Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. Epidemiologia da saúde mental no Brasil. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 85-100.