

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ESCOLA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – DOUTORADO

**CONSULTA DE ENFERMAGEM AMPLIADA: POSSIBILIDADES DE
FORMAÇÃO PARA A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE**

Maria Luiza Paz Machado

Porto Alegre

2013

Maria Luiza Paz Machado

**CONSULTA DE ENFERMAGEM AMPLIADA: POSSIBILIDADES DE
FORMAÇÃO PARA A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira.

Linha de pesquisa: Promoção, educação e vigilância em saúde e enfermagem.

Porto Alegre

2013

CIP - Catalogação na Publicação

Machado, Maria Luiza Paz
Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades
de formação para a prática da integralidade em saúde
/ Maria Luiza Paz Machado. -- 2013.
133 f.

Orientadora: Dora Lúcia Leidens Corrêa Oliveira.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS, 2013.

1. Educação em enfermagem. 2. Educação em saúde. 3.
Currículo. 4. Assistência integral à saúde. 5.
Aprendizagem. I. Oliveira, Dora Lúcia Leidens
Corrêa, orient. II. Título

MARIA LUIZA PAZ MACHADO

Consulta de Enfermagem Ampliada:

possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 12 de agosto de 2013.

BANCA EXAMINADORA



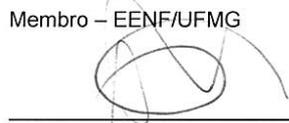
Profa. Dra. Dora Lúcia Leidens Correa de Oliveira

Presidente – PPGENF/UFRGS



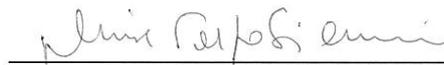
Profa. Dra. Kenia Lara Silva

Membro – EENF/UFRGS



Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Membro – EENF/UFRGS



Profa. Dra. Denise Tolfo Silveira

Membro – PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Lisiane Manganelli Girardi Paskulin

Membro – PPGENF/UFRGS

AGRADECIMENTOS

Em especial ao Régis e à Juliana. Na harmonia familiar encontrei as condições ideais para a escrita desta tese. Amo vocês!

Aos meus pais Ulisses e Enoema, *in memoriam*, pela formação humana que até hoje repercute em minhas ações profissionais.

À minha irmã Heidi, pela amizade e incentivo à minha formação permanente.

Aos meus queridos alunos, pela inestimável colaboração em participar desta pesquisa.

Aos usuários do ambulatório, pelo acolhimento aos alunos participantes da pesquisa.

À prof^a. Dora de Oliveira, mais que uma orientadora, uma amiga. Agradeço pela sua disponibilidade incondicional em partilhar saberes, os quais foram fundamentais para a construção deste trabalho.

Ao Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da UFRGS, pelo estímulo à minha qualificação.

Às colegas da disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, Denise, Beatriz, Vera, Sonia e Liana, pelo incentivo à minha qualificação e por concordarem com a realização deste estudo em concomitância às atividades da disciplina.

À colega Denise Tolfo, pelo acolhimento aos nossos alunos em minhas ausências.

Ao Grupo de Estudos em Promoção da Saúde, cujas reflexões coletivas me auxiliaram a superar paradigmas.

Às colegas do Serviço de Educação em Enfermagem do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Giovana, Liege, Myrna, Lucia, Rejane, Beth, Fernanda, Andréia, pelo companheirismo nos últimos quatro anos.

À Silvia, pelo auxílio em vários momentos da construção desta tese.

“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”.

Paulo Freire

RESUMO

Estudo qualitativo, do tipo participante, desenvolvido com oito alunos matriculados na disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulo II do currículo do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As informações foram coletadas por meio de grupo focal, diários de campo e análise documental. Abordam-se os limites que o ambulatório hospitalar apresenta para o ensino/prática da consulta de enfermagem (CE) na perspectiva da integralidade em saúde. Tais limites são de ordem temporal, ambiental e protocolar e estão relacionados aos modos como a instituição, cenário do estudo, se organiza para ofertar o cuidado em saúde. A metodologia propôs a diversificação do cenário de ensino/cuidado da CE tradicional, aí incluindo os espaços de vida dos usuários, denominando esta intervenção de *consulta de enfermagem ampliada*. A ampliação teve a finalidade de buscar superar os limites do contexto hospitalar, possibilitando exercícios de *praxis* com base no cotidiano dos usuários. O estudo objetivou “*analisar o potencial da consulta de enfermagem para a formação de enfermeiros para a prática da integralidade em saúde, considerando as experiências discentes em um cenário ampliado de cuidado*”. A análise evidenciou que os participantes percebem na formação vigente limites para o aprendizado da integralidade, destacando-se a relação professor/aluno e os modelos de ensino alicerçados na biomedicina e na educação tradicional. A vivência no cenário ampliado foi produtora de novos saberes e práticas como escuta, vínculo e protagonismo dos atores envolvidos na CE, configurando-se em aprendizados coerentes com a formação para integralidade. Conclui-se que, apesar de ter se confirmado uma experiência de integralidade do cuidado, inovadora no contexto do ensino da CE, mudanças em cenários de ensino não garantem mudanças na formação, uma vez que estas dependem, principalmente, de quem ensina. A pesquisa participante revelou-se importante dispositivo para o desenvolvimento de uma análise crítica sobre a prática docente, com potência para promover mudanças no modelo de ensino/atenção vigente.

Palavras-chave: Educação em Enfermagem. Educação em Saúde. Currículo. Assistência Integral à Saúde. Aprendizagem.

ABSTRACT

It is about a qualitative study of the participative type, carried out with eight students, enrolled in the Nursing in Adult Care II class, a subject that integrates the Nursing School curriculum of the Federal University of Rio Grande do Sul. Information was gathered by means of focus group, field diaries and document analyses. This paper approaches the limits of the outpatient clinic for teaching and practice of the nursing consultation (NC) from the perspective of the health integrality. Such limits are of time, environmental and protocol order and relate to the ways how the institution, which hosts this study setting, organizes itself to offer health care. The methodology proposes diversifying the teaching and care setting from the traditional NC by including, herein, the users' life spaces while it denominates such intervention *extended nursing consultation*. Such extension had the purpose of making efforts in order to overcome the limits of the hospital context and to provide praxis exercises based on the users' daily life. The objective of the study was "*analyzing the potential of the nursing consultation for the nurses' education aiming at the integrality practice in health, by taking the students' experiences within an extended care setting into consideration*". The analysis evidenced that the participants perceive limits in the current education regarding integrality learning and mainly as to the teacher-student relation and the teaching models founded on biomedicine and on traditional education. The experience in the extended setting provided new know-how and practices like listening, bond and protagonism of the actors involved in the NC who turned into learners coherent with the education for integrality. Although it has been confirmed to be an innovating experience of care integrality within the NC teaching context, the conclusion drawn is that changes of teaching settings do not guarantee education changes since these depend on who the teacher is. The study evidenced that the participative research is a significant device for the development of a critical analysis on the teaching practice with potential to foster changes in the teaching-care model in force.

Keywords: Nursing Education. Health Education. Curriculum. Comprehensive Health Care. Learning.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo del tipo participante, desarrollado con ocho alumnos matriculados en la disciplina Enfermería en el Cuidado al Adulto II, del plan de estudios del Curso de Enfermería de la Universidad Federal del Rio Grande do Sul. Las informaciones fueron recogidas por medio de grupo focal, diarios de campo y análisis documental. Se abordan los límites que el ambulatorio hospitalario presenta para la enseñanza y la práctica de la consulta de enfermería (CE) desde la perspectiva de la integralidad en salud. Tales límites son de orden temporal, ambiental y protocolar y se relacionan con los modos como la institución, el escenario de este estudio, se organiza para ofrecer servicios de salud. La metodología propuso la diversificación del escenario de enseñanza y atención de la CE tradicional, incluyendo, ahí, los espacios de vida de los usuarios, calificando esta intervención de *consulta de enfermería ampliada*. La ampliación tuvo la finalidad de buscar superar los límites del contexto hospitalario, posibilitando ejercicios de práctica con base en el cotidiano de los usuarios. El objetivo del estudio fue “*analizar el potencial de la consulta de enfermería para la formación de enfermeros para la práctica de la integralidad en salud, considerando las experiencias de los estudiantes en un escenario ampliado de cuidado*”. El análisis reveló que los participantes perciben, en la formación vigente, límites para el aprendizaje de la integralidad, destacándose la relación maestro/alumno y los modelos de enseñanza basados en la biomedicina y en la educación tradicional. La experiencia en el escenario ampliado produjo nuevos conocimientos y prácticas como escuchar, relacionarse y el protagonismo de los actores involucrados en la CE, y dio lugar a aprendizajes consistentes con la formación para la integralidad. Se concluye que, a pesar de confirmarse una experiencia de integralidad del cuidado, innovadora en el contexto de la enseñanza de la CE, cambios en escenarios de enseñanza no garantizan cambios en la formación, una vez que estas dependen, principalmente, de quien enseña. La pesquisa participante se reveló un importante dispositivo para el desarrollo de un análisis crítico sobre la práctica docente con potencia para promover cambios en el modelo de enseñanza/atención vigente.

Palabras clave: Educación en Enfermería. Educación en Salud. Curriculum. Atención Integral de Salud. Aprendizaje.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

DCN - Diretrizes Curriculares Nacionais

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

EENF - Escola de Enfermagem

GEPS - Grupo de Estudos em Promoção da Saúde

HCPA - Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IES - Instituições de Ensino Superior

LDB - Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PPP - Projeto Político Pedagógico

SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFRGS - Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO....	11
2 OBJETIVO E QUESTÕES NORTEADORAS	28
2.1 Objetivo	28
2.2 Questões norteadoras	28
3 REVISÃO DE LITERATURA	29
3.1 Alguns sentidos da integralidade	29
3.2 A proposta de reorientação do SUS e a formação do enfermeiro para a integralidade.....	32
4 CAMINHO METODOLÓGICO.....	39
4.1 Tipo de estudo.....	39
4.2 Cenário do estudo.....	40
4.3 Participantes do estudo.....	42
4.4 Coleta das informações.....	43
4.5 Análise das informações.....	48
4.6 Considerações éticas.....	48
5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	51
5.1 A formação vigente e as condições para aprender na perspectiva da integralidade.....	51
5.2 A aprendizagem da integralidade em saúde: ensino da consulta de enfermagem na interatividade de cenários de cuidado.....	69
5.2.1 A interatividade entre o cenário tradicional e o ampliado: limites e possibilidades para o aprendizado da Integralidade.....	70

5.2.2 Os saberes e as práticas gerados na experiência da interatividade dos cenários de cuidado.....	89
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	104
REFERÊNCIAS.....	111
APÊNDICE A – Perfil dos participantes da pesquisa.....	120
APÊNDICE B – Cronograma de Atividades da disciplina “Enfermagem no Cuidado ao Adulto II” – ENF01004 - 2011/2 – Grupo B – Prof^a. Maria Luiza Machado.....	122
APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	127
APÊNDICE D - Agenda dos grupos focais.....	128
ANEXO A - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.....	132
ANEXO B - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.....	133

1 INTRODUÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Este trabalho apresenta os resultados de uma pesquisa desenvolvida no Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Trata-se de um estudo que analisou uma intervenção no modo tradicional de ensinar a consulta de enfermagem, a qual recebeu a denominação de “consulta de enfermagem ampliada”.

Nesta seção, contextualizo a construção do objeto de investigação, buscando problematizar seus elementos constitutivos por meio de referencial teórico pertinente e de minhas vivências na docência no Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS. Abordo a formação na área da saúde, especificamente o ensino de graduação em enfermagem e destaco a consulta de enfermagem como cenário com potencial para o ensino da integralidade das ações em saúde. Para justificar o estudo, em um primeiro momento, trago questões relativas às políticas públicas para a formação na área da saúde, bem como o modelo vigente e suas repercussões no âmbito do ensino e da assistência. Dando continuidade, situo a consulta de enfermagem no contexto da profissão, do ensino, bem como minha vinculação com o tema e o interesse em conduzir uma investigação nesta área.

A formação nas profissões da área da saúde vem passando por um processo de reestruturação na tentativa de atender aos pressupostos estabelecidos pelo sistema de saúde vigente no país desde o final da década de 1980. Historicamente, tal formação, tem sido orientada, predominantemente, pelo paradigma biomédico, direcionamento que revela um viés tecnicista, uma compreensão fragmentada do corpo e uma concepção simplificada de saúde como ausência de doença. Como consequência, os serviços de saúde também têm se organizado com base neste modelo de atenção.

Uma importante conquista para a superação do modelo, ainda vigente, se refere à implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela Constituição Federal Brasileira de 1988, e regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 e nº 8.0142/90, Leis Orgânicas da Saúde, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, ao assegurar a saúde como um direito fundamental do ser humano, responsabilizando o Estado em prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício⁽¹⁾.

O reconhecimento da saúde como bem estar, satisfação, bem coletivo e direito, foi construído num processo de embates de concepções e de pressões dos movimentos sociais por estabelecer uma ruptura com as desigualdades e as iniquidades das relações sociais, numa perspectiva emancipatória⁽²⁾. Neste sentido, a mudança no sistema de saúde brasileiro foi fruto de um longo processo de luta, denominado de Movimento da Reforma Sanitária, conduzido por diversos atores, ligados às universidades, ao movimento dos trabalhadores da saúde, ao movimento estudantil e movimentos sociais, os quais se mobilizaram diante da crise do setor saúde que, na época, se expressava pela baixa eficácia da assistência médica, pelos altos custos do modelo médico hospitalar e pela baixa cobertura dos serviços de saúde, o que não atendia adequadamente às necessidades da população.

Esta realidade na saúde convivia com uma fragilidade política na década de 1970, resultante da crise da ditadura militar que já sofria com o decréscimo de legitimidade do autoritarismo, surgindo, assim, um espaço de luta para as forças progressistas⁽³⁾. Cabe ressaltar ainda que, no início das articulações, o movimento pela reforma sanitária não tinha uma denominação específica, uma vez que se constituía em um conjunto de pessoas com ideias comuns para o campo da saúde. O termo “reforma sanitária” foi utilizado, pela primeira vez, no Brasil, em função da reforma sanitária italiana, e ganhou força nos debates prévios à 8ª Conferência Nacional de Saúde, quando foi, então, utilizada para se referir ao conjunto de ideias que se tinha em relação às mudanças e transformações necessárias na área da saúde⁽⁴⁾.

Na área da saúde, os movimentos sociais dos anos pré-constituição, visavam a um novo paradigma; visavam a mudanças, com base na percepção da crise da saúde e da crise da legitimidade do Estado. Era necessário avançar para uma nova forma de considerar a questão da saúde da população coletiva e individualmente, como direito e como questão de todos, sobre a qual a participação dos sujeitos implicados corresponderia à nova articulação do poder com todos os envolvidos, na transformação dos atores passivos em sujeitos ativos, dos atores individuais em atores coletivos⁽²⁾.

No que diz respeito à educação brasileira, a Lei Orgânica nº 8.080 estabelece, como atribuição do SUS, a ordenação da formação de recursos humanos na área de saúde, com a organização de um sistema de formação em todos os níveis de ensino, inclusive de pós-graduação, além da elaboração de

programas de permanente aperfeiçoamento de pessoal⁽⁵⁾, com a finalidade de contemplar as mudanças no modelo de atenção à saúde conquistada pela reforma sanitária. Não seria coerente permanecer com o modelo tradicional de formação, centrado nos profissionais e na sua necessidade de deter o conhecimento técnico, sendo necessário pensar no mesmo a partir das necessidades de saúde⁽⁶⁾ da população, resultando em práticas centradas no usuário do sistema de saúde.

Neste estudo, utilizo a noção de “necessidades de saúde” conforme a perspectiva de Cecilio⁽⁶⁾, no sentido de que as mesmas podem ser apreendidas a partir de uma taxonomia que as organiza em quatro grandes conjuntos de necessidades: 1) a de se ter “boas condições de vida”, considerando as maneiras de se viver, as quais se traduzem em diferentes necessidades de saúde; 2) a de se ter “acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida”, assim “definida a partir da necessidade de cada pessoa, em cada singular momento de vida”; 3) a de “criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional, enquanto referência e relação de confiança”, sem se limitar à “simples adscrição a um serviço ou à inscrição formal a um programa, significando o estabelecimento de uma relação contínua no tempo, pessoal e intransferível”, produtora de subjetividades; 4) a de se ter “graus crescentes de autonomia no seu modo de andar a vida”, considerando que a “informação e a educação são apenas parte do processo de construção de tal autonomia”⁽⁶⁾.

Seguindo-se à regulamentação do SUS, outros eventos foram determinantes para se pensar uma nova forma de agir em saúde a partir da formação, com destaque para a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB); as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS).

A LDB, criada pela Lei nº 9.394 de 20 de dezembro de 1996, provocou inovações e mudanças na educação nacional, o que resultou em um movimento de reestruturação dos cursos de graduação, com a extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso⁽⁷⁻⁸⁾. Assim, entre 2001 e 2004, foram aprovadas as DCNs para os cursos de graduação em saúde, as quais afirmaram o compromisso com uma formação que contemplasse o sistema de saúde vigente no país, o trabalho em equipe e a atenção integral à saúde⁽⁹⁻¹⁰⁾.

As DCNs do curso de graduação em enfermagem, criadas pela Resolução CNE/CES nº 3, de 7 de novembro de 2001, apontam para a formação de um

profissional generalista, humanista, crítico, reflexivo e criativo, capaz de conhecer e intervir sobre os problemas/situações de saúde e doença mais prevalentes no perfil epidemiológico nacional, com ênfase na sua região de atuação, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes, capacitado a atuar como promotor da saúde integral do ser humano. Além disto, a formação do enfermeiro tem por objetivo capacitá-lo para reconhecer a saúde como direito e condições dignas de vida e atuar de forma a garantir a integralidade da assistência, a qualidade e a humanização do atendimento, tendo como base o SUS. Tais diretrizes preconizam, ainda, um projeto pedagógico centrado no aluno como sujeito da aprendizagem e apoiado no professor como facilitador e mediador deste processo. Nesta direção, enfatiza a problematização como uma das estratégias didáticas adequadas para que a aprendizagem seja interpretada como um caminho que possibilita, ao sujeito social, transformar-se e transformar seu contexto⁽¹¹⁾.

A PNEPS é instituída pelo Ministério da Saúde em 2004⁽¹²⁾ como estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor. Dentre os princípios orientadores da Política, destaca-se que a Educação Permanente caracteriza-se como aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho. Nesta direção, propõe que os processos de capacitação dos trabalhadores da saúde tomem, como referência, as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde, tendo como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho⁽¹²⁾. Em síntese, a educação permanente pode ser definida como a educação no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho nos diferentes serviços, cuja finalidade é melhorar a saúde da população⁽¹³⁾.

Tendo em conta o direcionamento dado, pela Constituição Brasileira, para o SUS e a definição dos princípios que norteiam o sistema, com destaque para a integralidade, tomo este princípio como orientador desta pesquisa, por acreditar que a mesma incorpora elementos com potencialidade para alavancar as necessárias transformações no modelo de atenção e no modelo de formação.

Neste estudo, argumento em favor da produção de rupturas no processo de formação de profissionais da saúde, em especial de enfermeiros, para enfrentar o desafio de superar o modelo de atenção vigente. Sabe-se que as mudanças na formação são importantes para mudar as práticas, mas é necessário reconhecer seus limites, uma vez que outros aspectos podem influenciar este contexto, com

destaque para o mercado de trabalho, o qual, nem sempre se encontra alinhado com as políticas públicas para a área da saúde e da educação. Por outro lado, não pode-se desconsiderar o seu papel neste processo de busca pelo modelo de saúde mais adequado às necessidades da população.

Assim, entendo que cabem, às instituições formadoras, algumas responsabilidades no sentido de alterar esta realidade, relacionadas à sua forma de funcionamento, não desconsiderando, neste contexto, os aspectos relacionais. O caminho para a transformação do modelo vigente via formação, passa pela conscientização sobre a importância de que a comunidade acadêmica, principalmente os docentes, acredite e coloque em prática esta forma ampliada de pensar e agir em saúde proposta pelo SUS.

Para reverter o contexto atual da formação, é fundamental investir na aprendizagem a partir de valores partilhados e desenvolver a capacidade de crítica, autoanálise e autogestão, tendo em vista construir outros modos de aprender, de aprender a aprender, de aprender no trabalho e de trabalhar na saúde⁽¹¹⁾. Para tanto, alguns elementos da formação devem ser repensados e transformados: 1) os cenários de aprendizagem, ou de práticas da integralidade, devem ser diversificados envolvendo a rede de serviços de saúde como um todo. 2) as metodologias de ensino não podem mais ser transmissivas, criando-se espaços de protagonismo para o estudante. 3) os conteúdos selecionados devem subsidiar a prática da integralidade em saúde e a avaliação precisa envolver recursos de autoavaliação. 4) a orientação ético-política dos cursos e os critérios, para sua revisão permanente, devem estar fundamentados na afirmação da vida pelo aporte das ciências da saúde, de modo a integrar conhecimentos biológicos, humanísticos e sociais⁽¹⁰⁾.

Reorganizar a formação, integrando todos estes elementos, significa desconstruir a forma como o ensino vem sendo ofertado no sentido de caminhar, mesmo com certa morosidade, para o desenvolvimento de práticas pedagógicas que levem os estudantes a refletir sobre o contexto de cuidado, a partir de situações concretas do cotidiano.

Vale apontar, também, a necessidade de investimentos em mudanças referentes à relação interpessoal entre docentes e estudantes. Seria interessante que os mesmos pressupostos, considerados pertinentes à prática da integralidade em saúde, pudessem ser exercidos nesta relação. Portanto, a aposta é que, para que o ensino se dê dentro do modelo preconizado, elementos, como trabalho em

equipe, escuta, cogestão, desenvolvimento de autonomia, responsabilização, entre outros, precisam fazer parte do contexto de ensino.

Embora se tenha argumentos suficientes para defender a necessidade de se investir em uma formação que dê conta da atenção em saúde proposta pelo SUS, é visível a dificuldade enfrentada pelas instituições formadoras para “fazer diferente”, superando as tradicionais diretrizes de um ensino desenhado conforme o modelo biomédico. Como consequência, este ainda persiste sendo o modelo norteador das práticas de saúde, bem como do ensino das profissões nesta área.

Biomedicina, aqui, refere-se à racionalidade dominante na medicina ocidental contemporânea, a qual apresenta forte vinculação com o conhecimento produzido por disciplinas científicas do campo da biologia. Nesta perspectiva, o corpo humano fragmenta-se em uma série de sistemas com funções bem definidas. A doença passa a ser a categoria central do saber e da prática médica enquanto que a saúde é definida como ausência de doença e a cura entendida como a eliminação dos sintomas⁽¹⁴⁾.

Tal modelo, fundamentado nesta racionalidade, teve e permanece tendo uma influência marcante nos modos de vida dos indivíduos, a ponto de determinar uma descrença na capacidade destes em agir de forma autônoma sobre as questões da própria saúde. Com o passar do tempo, criou-se uma dependência tal, em relação aos cuidados de saúde que, hoje, quase tudo tende a ser considerado um problema de saúde a ser tratado por um profissional especializado. Este fenômeno tem sido descrito como medicalização social ou medicalização da vida ou, simplesmente, medicalização⁽¹⁵⁾, que, de uma forma abrangente, pode ser definida como um processo em expansão progressiva do campo de intervenção da biomedicina por meio da redefinição de experiências e comportamentos humanos como se fossem problemas médicos⁽¹⁶⁾. Como consequência, as diversas práticas e saberes em saúde foram sendo progressivamente submetidos à medicina científica, resultando no privilegiamento do biológico na organização do conhecimento e das ações médicas⁽¹⁷⁾.

No que se refere à educação brasileira, o modelo biomédico que fundamentava a formação médica no Brasil, foi reforçado nos anos de 1940 com a introdução, no sistema de ensino, das recomendações do Relatório Flexner, o qual expandiu e universalizou esse modelo de formação. Publicado em 1910, teve como objetivo regulamentar a educação formal e tornar científicas as formações

superiores, incluindo, aqui, as da área da saúde. Segundo o relatório, uma educação científica das profissões de saúde teria uma base biológica, seria orientada pela especialização e pela pesquisa experimental e estaria centrada no hospital⁽¹⁰⁾.

Como consequência desta tradição, as instituições formadoras, ainda hoje, mostram dificuldade em superar este modelo e permanecem se organizando de forma fragmentada em sua estrutura e na adoção de currículos pouco integrados. Apesar de todo direcionamento dado pelas DCNs e mesmo tendo avançado nas discussões em relação às necessidades de mudança e no reconhecimento da importância de reestruturação em seus currículos, as escolas de ensino superior, ainda, revelam-se conservadoras na maneira como ensinam e articulam os conteúdos, prevalecendo, na maioria delas, uma ênfase na concepção do processo saúde-doença que se limita a abordar a enfermidade, a cura e a atenção individual e deixando os estudantes despreparados para mobilizar saberes na busca da integralidade⁽¹⁸⁾.

No que diz respeito à educação em enfermagem no Brasil, sua trajetória histórica revela sua atividade como uma profissão em que predomina a aprendizagem técnica e a assistência curativa, evidenciando, em seu currículo, o comprometimento com as especialidades médicas, com o conhecimento científico e com a tecnologia e, desta forma, delimitando o saber da enfermeira pelo saber biomédico^(8, 19).

É importante salientar que, nos anos que se seguiram à criação das DCNs e até os dias atuais, a educação superior em enfermagem vem realizando tentativas de adequar seus currículos a tais diretrizes, no sentido de torná-los mais abertos, com integração de conhecimentos, contrapondo-se à fragmentação e à minimização destes. Todavia, há uma preocupação em relação às possibilidades de múltiplas leituras que cada instituição de nível superior, cada docente ou cada discente tem sobre as concepções da formação apontada pelas DCNs, podendo ter como consequência um descompasso entre o currículo oficial e o que é ministrado no cotidiano dos cursos, situação em que o projeto pedagógico figura apenas como documento teórico e não um balizador das práticas pedagógicas⁽⁸⁾.

Considero de igual importância, para esta pesquisa, destacar a “Sistematização da Assistência de Enfermagem” (SAE), a principal ferramenta metodológica da enfermagem, independente do currículo adotado nas diferentes épocas, desde a origem da profissão no Brasil. A SAE é considerada o instrumento

de trabalho da enfermagem, sendo operacionalizada por meio do processo de enfermagem⁽²⁰⁾. Para sua realização, são utilizados protocolos para a coleta de dados (histórico de enfermagem) necessários à classificação de situações de saúde (diagnósticos de enfermagem), em sua maioria de ordem biológica, e um rol de possíveis cuidados na situação identificada (prescrição de enfermagem).

A vivência profissional na utilização do processo de enfermagem, tanto na atividade assistencial como na atividade docente, vem me provocando indagações acerca desta prática, a qual, no meu entendimento, pode aprisionar o cuidado em saúde em uma ação protocolar. Embora tenha propiciado certo avanço no sentido de atender aos anseios da profissão em se tornar científica, esta forma de sistematizar a atenção à saúde também trouxe importantes limitações para o ensino e para a prática profissional, na medida em que acabou limitando a capacidade inventiva do ato de cuidar, ao restringir o agir em saúde da enfermagem a condutas preestabelecidas.

A crítica, que faço em relação a tal metodologia, tem a ver tanto com o tempo que é necessário destinar para a execução de todas as etapas preconizadas, assim como o próprio modelo em que o processo de enfermagem está alicerçado.

Quanto ao tempo, sabe-se que as atividades do enfermeiro são organizadas com base em períodos pré-definidos. Durante este tempo, uma gama de ações administrativas e assistenciais deve ser realizada. Neste espaço temporal, as ações profissionais assistenciais orientadas pelo processo de enfermagem que, na minha percepção, é excessivamente longo, acabam resultando em uma abreviação do tempo que a enfermeira poderia destinar ao encontro com o sujeito de seus cuidados.

Quanto à lógica que fundamenta esta metodologia, fica evidente a influência do modelo biomédico vigente ao se constatar a utilização de etapas de operacionalização fragmentadas, as quais podem resultar em uma generalização das situações de saúde, contrariando os princípios da integralidade no sentido de uma abordagem ampla, singular e pluridimensional da saúde individual e coletiva⁽²¹⁾.

Neste modelo, a definição do diagnóstico, comumente, parte de um princípio universalizante, produzindo uma igualdade que é apenas parcialmente verdadeira, isto é, desconsidera que as pessoas não se limitam às expressões das doenças de que são portadoras. O reconhecimento das singularidades nos modos de adoecer é condição para a realização de intervenções também singulares⁽²²⁾.

Estes questionamentos fazem parte da minha história de formação e vida profissional. Graduei-me em enfermagem na metade da década de 1980, época em que o ensino era direcionado pelo paradigma da assistência às doenças, com predominância de procedimentos técnicos em detrimento aos aspectos de ordem social. Desta forma, as doenças eram ensinadas com base em uma divisão didática que compreendia o conceito, a fisiopatologia, os sinais e sintomas, o diagnóstico, o tratamento médico e a assistência de enfermagem, esta última adotada para os indivíduos em geral. Assim, me formei e adotei a lógica biomédica como a verdade que balizaria meus primeiros seis anos como enfermeira atuando na assistência hospitalar, permanecendo nesta crença até os primeiros anos de docência na universidade, já na década de 1990, ocasião em que fui docente em disciplinas da área médico-cirúrgica.

No final da década de 1990, ingressei no mestrado em enfermagem e, neste processo de formação, comecei, aos poucos, a vislumbrar novas possibilidades de exercer a docência, iniciando, então, uma transição paradigmática e pessoal no modo de pensar as questões de saúde, tomando consciência da responsabilidade que me cabia enquanto docente como referência de profissional aos meus alunos. Neste período, que também coincidiu com a última mudança curricular na Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), instituição em que atuo como docente foi extinta a disciplina em que eu atuava, pois a mesma preconizava o ensino em áreas hospitalares especializadas no cuidado aos adultos criticamente doentes, o que contrariava a tendência da época, que era de formar profissionais generalistas⁽⁸⁾.

Como consequência, passei a exercer minhas atividades docentes na disciplina denominada “Enfermagem no Cuidado ao Adulto II”, na qual ainda permaneço atuando. Esta tem como finalidade o ensino da metodologia da consulta de enfermagem dirigida a pessoas adultas portadoras de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT). O ensino é desenvolvido no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, instituição vinculada academicamente a UFRGS e que se caracteriza como importante espaço de realização de atividades práticas dos cursos da área da saúde desta Universidade.

A denominação “Consulta de Enfermagem” surgiu no Brasil na década de 60, apesar dela já existir desde a década de 20, quando era denominada de entrevista pós-clínica, por se tratar de um procedimento delegado pelo médico à enfermeira,

com a finalidade de complementar a consulta médica⁽²³⁾. Seu reconhecimento legal ocorreu a partir 1986, com a publicação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem⁽²⁴⁾.

Mais recentemente, em 1993, o Conselho Federal de Enfermagem⁽²⁵⁾, ao dispor sobre tal atividade, a definiu como aquela que utiliza componentes do método científico para identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para a promoção, prevenção, proteção da saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade, sendo uma prática que se operacionaliza a partir das mesmas etapas da metodologia do “processo de enfermagem”. A partir desta Resolução, tal atividade passa a ser definida como uma prática que possui como fundamento os princípios de universalidade, equidade, resolutividade e integralidade das ações de saúde, bem como se caracteriza como um processo da prática de enfermagem na perspectiva da concretização de um modelo assistencial adequado às necessidades de saúde da população⁽²⁵⁾. A Resolução só veio ratificar o modelo já adotado pela profissão desde sua regulamentação, porém traz elementos novos como a proposição de que a consulta de enfermagem seja desenvolvida com base nos princípios do SUS.

A consulta de enfermagem configura-se em uma atividade que congrega tanto ações de cuidado direto, relacionadas à necessidade de realização de procedimentos técnicos (curativo, medicamento, entre outros), quanto de educação em saúde. Reconheço, em tal atividade, um espaço privilegiado para o desenvolvimento de práticas educativas para a promoção da saúde, pautadas na concepção problematizadora da educação⁽²⁶⁾, no sentido de fazer, do diálogo e do compartilhamento de experiências entre os atores envolvidos no cuidado, o caminho que poderá possibilitar a aprendizagem de novos saberes implicados com a saúde.

Nesta perspectiva, situo a consulta de enfermagem como uma prática relacional, em que a gestão do cuidado em saúde se efetiva com base nas tecnologias leves e se materializa no ato do encontro entre usuário/profissional⁽²⁷⁾. O uso destas tecnologias, por serem porosas à produção de subjetividades, vínculos e autonomização, seriam, neste contexto, mobilizadoras de tecnologias leve-duras⁽²⁷⁾ no sentido de subsidiar ações cuidadoras articuladas às necessidades trazidas, pelo usuário, ao espaço da consulta.

No entanto, apesar da visível tentativa de ampliação da consulta de enfermagem a partir da sua articulação com as diretrizes do SUS, a prática da

consulta, tanto nos serviços de saúde, que a oferecem, como no contexto da formação, permanece restrita, dada a dificuldade em superar-se o modelo biomédico tradicional⁽²⁸⁾. É corrente, neste contexto, a utilização de modelos explicativos e estratégias de intervenção embasadas na psicologia comportamental, definindo-se, de forma vertical, quais as causas da doença e como fazer para alcançar melhores níveis de saúde. No espaço educativo da consulta, parte-se do princípio de que, ao ser informado sobre os riscos do adoecimento ou do seu agravamento, qualquer pessoa terá condições para se cuidar, adotando um estilo de vida mais saudável⁽²⁹⁾. Um problema que advém daí é a culpabilização do doente por sua doença, reduzindo-se, aos comportamentos individuais, a localização das causas de situações de adoecimento que são também sociais⁽³⁰⁾.

Além de destacar o formato atual da consulta de enfermagem, como passível de críticas, tomadas as diretrizes do SUS como referência, outro conjunto de questões podem ser levantadas considerando o local em que a mesma é realizada no contexto deste estudo - o ambulatório de uma instituição hospitalar.

Sabe-se das implicações que, até hoje, repercutem na formação profissional, de o hospital ter sido, historicamente, o contexto prioritário do ensino em saúde. Ao longo do tempo, as instituições hospitalares foram se transformando em locais de atenção terciária e quaternária, oferecendo, como consequência, limitadas oportunidades de aprendizagem relevantes para a formação geral na graduação⁽³¹⁾. Neste sentido, o hospital atual tem sido comparado a uma mescla de fábrica, laboratório e supermercado ao ofertar uma vasta gama de serviços fragmentados. Estes serviços reforçam a superespecialização, oferecendo um modelo ideológico implícito para a formação de profissionais e resultando no crescimento e internacionalização do denominado complexo médico industrial⁽³²⁾, alinhado à lógica hegemônica de atenção à saúde.

Neste cenário, é um desafio ensinar saúde de uma forma ampliada, uma vez que a formação sofre a influência do modelo que o estudante está vivenciando junto aos trabalhadores da instituição. Este modelo, de natureza multiprofissional, é dependente da conjugação do trabalho de vários profissionais, sendo o cuidado, recebido pelos usuários, caracterizado pelo “somatório de um grande número de pequenos cuidados parciais que vão se complementando”, resultando em uma maior ou menor integralidade da atenção recebida, dependendo da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores do hospital⁽³³⁾. Neste processo de cuidado,

quando se produz integralidade, esta é focalizada, uma vez que ocorre no âmbito delimitado do hospital⁽⁶⁾.

Como um dos espaços do hospital, o ambulatório configura-se, igualmente, como um espaço de trabalho multidisciplinar, em que a principal forma de atenção é a consulta, a qual é demandada de acordo com a necessidade do usuário e, quase sempre, é modelada pela oferta do serviço⁽⁶⁾ ou pela necessidade do profissional de encaminhá-lo a outro profissional que possa resolver questões consideradas fora de sua competência. Como consequência, o usuário segue uma trajetória dentro do ambulatório onde é atendido por vários profissionais que fazem perguntas semelhantes e onde poderá realizar procedimentos diversos, caracterizando uma atenção fragmentada, característica do cenário hospitalar.

Mesmo mostrando ineficiência em responder às necessidades de saúde de forma ampliada, este modelo de atenção, tem se traduzido na escolha de muitos usuários por garantir o acesso ao sistema de saúde, dado a dificuldade de garanti-lo nos demais serviços que compõe a rede básica. Além disto, as instituições hospitalares têm se mostrado incapazes de buscar uma maior interação com a rede de serviços que compõe o sistema de saúde, o que vem dificultando a continuidade do cuidado, em direção à integralidade ampliada⁽⁶⁾.

Por ser realizada em um ambulatório, localizado no contexto hospitalar, a consulta de enfermagem sofre efeitos do modo como a instituição vem ofertando o cuidado em saúde. Assim, apesar de reconhecê-la como cenário privilegiado para o ensino de práticas de promoção da integralidade, também reconheço as limitações que tal cenário impõe.

Os limites impostos pelo modo como o cuidado é organizado na instituição dizem respeito às regras adotadas pelo ambulatório como maneira de viabilizar o atendimento de sua clientela, tais como: tempo de espera para o agendamento ou para a realização de uma consulta; períodos longos (superiores há quatro meses) entre uma consulta e outra; espaços físicos pequenos e pouco arejados; tempo limitado para o atendimento; elementos ambientais do espaço da consulta que interferem na relação usuário/profissional como o uso de uniformes, divisão do espaço com mesa, necessidade de registro da consulta no prontuário eletrônico, entre outros. Em tais circunstâncias, fica difícil, aos usuários, a explicitação das suas necessidades e interesses, o que contradiz a finalidade da consulta, que é justamente atender estas necessidades.

Dentre estes problemas, destacam-se o tempo, destinado a cada encontro em uma consulta, e a própria sistemática de acompanhamento do doente crônico neste contexto. Estas características podem se constituir em importantes entraves para que se estabeleça o diálogo e a escuta mútua entre usuário e profissional, condições para que as necessidades de saúde das pessoas, atendidas na consulta, sejam conhecidas. Além disto, o período entre uma consulta e outra, que pode durar até quatro meses, não favorece o acompanhamento das várias situações de vida do usuário e das suas repercussões no andamento do plano terapêutico indicado para ser seguido, o qual poderá necessitar alterações, dependendo das circunstâncias.

Há que se considerar, ainda, os aspectos relativos às necessidades dos atores envolvidos na consulta. Na maioria das vezes, este espaço e as relações profissional/usuário, que nele se constituem, são permeados pelo poder dos enfermeiros, aos quais cabe utilizar este poder e os saberes que o legitimam para promover a saúde do usuário, agindo em conformidade com as possibilidades de ação definidas pelas regras institucionais. Este cenário acaba limitando a compreensão sobre as necessidades de saúde dos usuários que buscam o cuidado e, conseqüentemente, sobre o que se pode fazer para promovê-la. Assim, é possível que haja desencontro entre as expectativas, os interesses, os valores e as necessidades de ambos⁽³⁴⁾, o que poderá se traduzir em limitações para a elaboração compartilhada de um projeto terapêutico com potencial para alterar/melhorar as condições de saúde dos usuários.

Em síntese, os limites presentes neste tipo de cenário, aqui destacados, igualmente dificultam o desenvolvimento de um trabalho em equipe capaz de ofertar cuidados com base no pressuposto da integralidade. É possível que o esforço de cada profissional, isoladamente, possa estar resultando em ações mais próximas de uma integralidade focalizada⁽⁶⁾, porém desarticulada da lógica de funcionamento da instituição e com pouca potência para transformações do modelo de atenção vigente.

Especificamente, com relação às ações que são realizadas no contexto deste estudo, estas não se constituem apenas com a finalidade de cuidar, mas, também, de ensinar a cuidar. Pelo menos três conjuntos de interesses/necessidades estão aí presentes: os dos usuários, os dos docentes e os dos alunos.

Aos usuários, interessa encontrar resolutividade no atendimento das necessidades que eles consideram, naquele momento de sua vida, como prioritárias

para seguir realizando suas atividades diárias de forma autônoma, independente do grau de adoecimento presente. Aos docentes, interessa desenvolver práticas, tanto cuidadoras quanto pedagógicas, no sentido de proporcionar, aos alunos, oportunidades de aprendizado, mas, também, de responsabilização pela busca da satisfação das necessidades trazidas ao espaço da consulta pelos usuários. Aos alunos, interessa a ampliação de conhecimentos e de habilidades necessários para prestar os cuidados julgados como pertinentes àquela situação e, também, em situações futuras no desempenho da função de enfermeiro.

Cabe ressaltar que, neste espaço de cuidado, além dos interesses de cada um, estão presentes as mesmas limitações já descritas anteriormente (ambientais, temporais, protocolares), as quais poderão se constituir em barreiras para a satisfação das necessidades individuais deste conjunto de atores, tendo como consequência tanto a produção de um cuidado pouco efetivo como a geração de frustrações.

A respeito disso, considero importante destacar o caminho que tenho percorrido para realizar as tarefas de ensinar e realizar o cuidado por meio da consulta de enfermagem, o que, em certa medida, justifica meu interesse em realizar este estudo. No início de minhas atividades, dava demasiada importância às questões de ordem protocolar, exigindo dos alunos o cumprimento passo a passo de todas as etapas do processo de enfermagem, em detrimento da ação de cuidar. A utilização do processo de enfermagem sempre foi preconizada como metodologia para planejar e implementar os cuidados de enfermagem, tanto no currículo do curso de graduação em enfermagem, no qual atuo como docente, quanto no hospital que é cenário desse ensino. Desta forma, minha orientação era de que se fizessem todas as perguntas do roteiro do histórico de enfermagem para, somente após, fornecer orientações de saúde, com base nas atitudes dos usuários analisadas como “equivocadas”, segundo um ponto de vista técnico. Não era permitido, aos alunos, realizar qualquer tipo de orientação sem antes obter todos os dados necessários à análise do caso, sob o risco de que alguma informação, fornecida posteriormente pelo usuário, pudesse modificar o conselho a ser dado.

Quanto às orientações fornecidas, a ênfase residia na minha necessidade de não deixar faltar nenhuma informação considerada importante naquele momento da consulta. No meu entendimento, caso minhas necessidades de dar determinadas orientações não fossem supridas, haveria o risco de piora da doença que era alvo da

consulta. Desta forma, o cuidado ofertado ficava aprisionado ao poder e ao saber profissional, bem como às exigências protocolares, reduzindo-se seu potencial para promover benefícios à saúde do usuário.

Com o passar do tempo, ao agregar outras vivências à minha prática docente, como o mestrado, já mencionado, e a vinculação ao Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS), minha atuação, junto aos alunos e usuários, vem sofrendo transformações importantes no sentido do investimento em momentos cuidadores e pedagógicos que possam contemplar tanto os interesses dos usuários como dos alunos, além dos meus próprios enquanto docente. Tenho feito este investimento tendo em mente a necessidade e o potencial da consulta de enfermagem para a realização da integralidade do cuidado, buscando promover um diálogo poroso à troca, à escuta, ao acolhimento e à negociação entre todos os atores aí envolvidos.

Evidentemente, não rompi totalmente com o modo tradicional de fazer enfermagem, porém passei a focar mais no encontro e menos nos protocolos, fazendo deste último apenas um instrumento de auxílio para o cumprimento das regras institucionais. Também, passei a me sentir mais tranquila em relação às escolhas que as pessoas, sob meus cuidados, fazem para suas vidas, mesmo que, para mim, tais escolhas possam representar atitudes que venham a comprometer sua situação de saúde. Nesta direção, tenho investido em discussões com os alunos procurando apresentar as possibilidades de um modelo de atenção mais flexível, que procura respeitar a autonomia das pessoas, e que considera as limitações profissionais na relação de cuidado. Esta tarefa, porém, não tem sido de fácil execução, uma vez que o modelo tradicional de educação em saúde⁽²⁸⁾, fortemente atrelado à biomedicina, continua indicando, aos estudantes, o modelo de atenção a ser seguido. Tal constatação mostrou-me a necessidade de avançar na proposição de romper com este modelo, já que somente a mudança na minha maneira de ensinar a cuidar neste ambiente restrito, possivelmente, não teria a repercussão necessária para a transformação desejada no ensino.

Assim, apesar de reconhecer os limites do ensino da consulta de enfermagem com enfoque na integralidade, num contexto hierarquizado e permeado de regras pouco flexíveis, como é o caso de instituições hospitalares, apostei, neste estudo, em uma ampliação dos espaços de ensino-aprendizagem e de cuidado a partir da

consulta tradicional no ambulatório hospitalar, para os contextos de vida dos usuários, identificando este alargamento como “consulta de enfermagem ampliada”.

A ideia de criar um processo de ensino que possibilitasse a ampliação da consulta de enfermagem e dos saberes, nela envolvidos, tem a ver com a crítica que se pode fazer aos limites das abordagens de promoção da saúde, tradicionalmente aí realizadas, as quais aprisionam o cuidado em saúde ao saber/poder profissional. Estas práticas vêm colocando a doença como elemento central no processo de cuidar e educar, relegando, a uma posição externa e secundária, todas as outras dimensões existenciais do usuário, tendo como consequência ações pouco efetivas e distantes da prática da integralidade⁽³⁵⁾.

Nesta perspectiva, a presente pesquisa se desenvolveu tendo, como estratégia de intervenção, a diversificação do cenário tradicional de aprendizagem, constituído pela consulta de enfermagem realizada num ambulatório hospitalar, a qual se configura em atividade prática da disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, integrante do currículo do Curso de Enfermagem da UFRGS.

A diversificação se deu no sentido de oferecer, aos discentes, oportunidades de conhecer situações do cotidiano de vida de usuários, com a finalidade de buscar superar os limites do contexto hospitalar para a prática da integralidade, possibilitando exercícios de reflexão, de crítica e de problematização sobre os elementos deste cotidiano implicados no processo saúde-doença. Nesta perspectiva, o protagonismo e a relação dialógica entre os atores envolvidos na produção do cuidado passaram a ocupar um lugar central na construção/reconstrução dos saberes gerados nesta relação^(26, 36).

Ampliar o espaço da consulta a partir do encontro usuário/professor/aluno na consulta ambulatorial tradicional, estendendo as oportunidades de interação com o usuário e seu contexto de vida e permitindo a escuta de seu cotidiano, se constituiu num investimento na promoção de oportunidades para uma melhor compreensão das suas singularidades e necessidades, viabilizando a construção compartilhada de projetos terapêuticos capazes de promover a autonomia para o cuidado.

Neste estudo, inspirados na concepção de “Projeto Terapêutico Singular”, os projetos terapêuticos receberam a denominação de “compartilhados” ou “negociados”, uma vez que foram viabilizados a partir da negociação de ações de cuidado propostas com base nas singularidades dos usuários. Como referido na literatura, o sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos

e os interesses, assim como também o trabalho, a cultura, a família e a rede social⁽³⁷⁾.

Na mesma direção, a consulta de enfermagem ampliada alicerçou-se nos seguintes pressupostos da clínica ampliada:

- a) o deslocamento da ênfase das ações de cuidar/educar na doença para centrá-la no usuário e sua existência concreta, considerando a doença como parte dessa existência e de um contexto singular de vida⁽³⁵⁾;
- b) a crença de que o profissional de saúde pode auxiliar a desenvolver, nas pessoas, a capacidade de equilibrar o cuidado à doença com a produção de vida⁽²²⁾;
- c) o reconhecimento de que os limites da doença não se configuram em impeditivo para que outros aspectos da vida possam ser vividos⁽²²⁾.

Neste sentido, o estudo se configurou em um processo crítico-reflexivo, indicando caminhos para a aprendizagem de saberes que pudessem dar conta de uma formação para a integralidade, sem que esta se configurasse em mais um protocolo a seguir, mas, fundamentalmente, que se aprendesse a valorizá-la como caminho para a produção de saúde.

2 OBJETIVO E QUESTÕES NORTEADORAS

2.1 Objetivo

Este estudo tem como objetivo *“analisar o potencial da consulta de enfermagem para a formação de enfermeiros para a prática da integralidade em saúde, considerando as experiências discentes em um cenário ampliado de cuidado”*.

2.2 Questões norteadoras

O estudo foi orientado pelas seguintes questões norteadoras:

- a) Qual a percepção dos participantes da pesquisa sobre a formação em enfermagem de que são sujeitos, considerando a necessidade de aprendizagem para a prática da integralidade?
- b) Em que medida a vivência na interatividade entre um cenário tradicional e um cenário ampliado de ensino do cuidado de enfermagem pôde facilitar aprendizagens na direção da integralidade em saúde?
- c) Que saberes puderam ser atualizados/construídos neste processo de interatividade?
- d) Como a ampliação do encontro/diálogo com o usuário e o protagonismo discente pôde contribuir com estas aprendizagens?

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Alguns sentidos da integralidade

A integralidade tem sido tema de debates em fóruns, seminários, congressos, bem como em publicações acadêmicas, dada a importância e a credibilidade que a mesma carrega no sentido do modelo de atenção à saúde que se deseja construir/transformar. Observa-se, no entanto, que a integralidade envolve um conceito polissêmico, no sentido de que vários são os sentidos que lhe são atribuídos.

A mesma foi descrita, no texto constitucional, como “atendimento integral”⁽¹⁾. Posteriormente a Lei 8.080⁽⁵⁾ a define como “integralidade da assistência”, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema. Observa-se, a partir disso, que o conceito tem sofrido transformações nas duas décadas que decorreram desde a criação do SUS e, neste processo, a integralidade tem sido abordada como *uma noção, um sentido, um atributo*, cabendo, aqui, uma breve revisão da literatura como forma de registrar alguns destes sentidos.

O princípio da integralidade pode ser descrito a partir de três grandes conjuntos de sentidos⁽³⁸⁻³⁹⁾, sendo o primeiro relacionado à abrangência das respostas governamentais a problemas de saúde, na direção de articular ações de alcance preventivo, sem descuidar da assistência, assegurando, mediante políticas públicas, acesso universal e igualitário à população, incluindo possibilidades de promoção, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação em todos os níveis de atenção, quais sejam municipais, estaduais e federais.

O conceito de integralidade, considerando o exposto acima, remete, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população⁽⁴⁰⁾.

Um segundo sentido, atribuído à integralidade, é relativo a aspectos da organização dos serviços de saúde e se refere à capacidade destes de transformação de sua visão em relação à saúde, buscando apreender, de forma

ampliada, as percepções das necessidades dos grupos, adotando as melhores formas possíveis para responder às mesmas⁽³⁸⁻³⁹⁾. O terceiro sentido da integralidade está voltado para atributos das práticas de saúde adotadas pelos profissionais nos diversos cenários dos serviços de saúde. Neste contexto de atenção, não basta que, simplesmente, se desenvolvam protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas pelos usuários que procuram o serviço de saúde, o que configura a necessidade de uma ação a partir do conhecimento dos profissionais. Desta forma, para oferecer uma ação com base na integralidade, é necessário compreender o contexto específico de cada encontro entre a equipe de saúde e as pessoas. Neste cenário, o princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender, de forma ampliada, as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro⁽³⁸⁻³⁹⁾.

De outra forma, pode-se dizer que a integralidade, mais do que uma temática ou um conceito, assume o papel de uma lente que amplia o olhar sobre o planejamento do sistema de saúde, a estruturação dos serviços e a organização de suas práticas. Por outro lado, ela baliza este olhar sobre a realidade por estar, em essência, referenciada nos princípios políticos e ideológicos relacionados à cidadania em suas prerrogativas como a universalidade e equidade do acesso e da atenção⁽⁴¹⁾.

A integralidade também tem sido referida como um ideal regulador, um devir, impossível de ser plenamente atingido, mas a qual se busca permanentemente alcançar sendo, nesta perspectiva, ao mesmo tempo inalcançável e indispensável. Ela se dá como parte de um complexo processo de negociação, que vai da formulação de políticas macro, a partir do Estado, à produção de cuidados de saúde em práticas de e entre indivíduos⁽¹⁴⁾. Na mesma direção, a integralidade também pode ser definida com uma bandeira de luta, a qual parte de uma imagem-objetivo, que possui o propósito principal de distinguir o que se almeja construir do que já existe e tenta indicar a direção que se quer imprimir à transformação da realidade. Toda imagem-objetivo é polissêmica, ou seja, tem vários sentidos, permitindo que vários atores, cada qual com suas indignações e críticas ao que existe, comunguem nessas críticas⁽⁴²⁾.

Em outra perspectiva, o senso comum do uso institucional e profissional do termo integralidade remete a uma diretriz orientadora da ação dos serviços e de

seus profissionais no sentido de prestar uma atenção à saúde de boa qualidade, que considere as múltiplas dimensões do ser humano e que dê conta das várias complexidades dos problemas de saúde. Nesta direção, a integralidade seria um atributo, qualificador de uma ação de cuidado, a qual possa dar conta das muitas dimensões dos adoecimentos e da vida dos doentes, tanto do ponto de vista destes como do saber especializado⁽²¹⁾.

Considerada a abrangência que a integralidade da atenção possa alcançar, é possível adotar a ideia de que a mesma pode ser trabalhada em várias dimensões, dada a necessidade de que ela seja alcançada da forma mais completa possível. Assim, numa primeira dimensão, a integralidade seria o resultado do esforço e confluência de saberes de vários profissionais, trabalhado em um espaço bem delimitado de um serviço de saúde, sendo denominada de “integralidade focalizada”. A segunda dimensão estaria relacionada à articulação de cada serviço de saúde a uma rede mais complexa, composta por outros serviços de saúde, e a outras instituições, que não da saúde, mas que podem ser complementares na atenção à saúde. Tal dimensão, denominada de “integralidade ampliada”, deveria ser pensada no macro e parte da compreensão de que o cuidado não ocorre em um só lugar, sendo que as várias tecnologias em saúde para melhorar e prolongar a vida das pessoas estaria distribuído em uma ampla gama de serviços, necessitando um esforço intersetorial para oferecer melhores condições de vida⁽⁶⁾.

A este respeito, observa-se, na literatura, uma preocupação quanto aos limites de oferecer uma atenção integral, questionando-se se é possível, ou mesmo desejável, um tipo de atenção que se dirija à totalidade das necessidades de um ser humano, uma vez que, nessa perspectiva, corre-se o risco de uma medicalização também integral. A questão que se coloca a partir desta reflexão é que indivíduos isolados ou até mesmo categorias profissionais inteiras são limitados para dar conta do espectro de demandas apresentadas pelos sujeitos. Nesta perspectiva, a literatura destaca a relação entre integralidade e interdisciplinaridade e atuação multiprofissional, sugerindo estas últimas como condições para a primeira⁽⁴³⁾.

Neste mesmo sentido, há o entendimento de que é necessário pensar estratégias a fim de minimizar os obstáculos à proposta da integralidade através do trabalho multiprofissional e em equipe, no qual os profissionais devem evitar a expertise e buscar uma compreensão abrangente dos problemas de saúde, sem fragmentá-los. Tornar as ações de cuidado mais integradoras significa acolher os

usuários, ouvir suas demandas, formar vínculo que permita a construção de uma relação de cumplicidade e de compreensão ampla dos problemas e das possibilidades de resolutividade destes, fortalecendo, dessa forma, a autonomia dos sujeitos e sua capacidade de levar uma vida saudável⁽⁴⁴⁾.

Tomando como referência a atenção hospitalar, a integralidade pode ser compreendida a partir de dois ângulos: a integralidade da atenção olhada **no** hospital, que é a integralidade tendo como referência o atendimento no ambiente hospitalar em si, e **a partir do** hospital, que é a integralidade tendo como referência sua inserção no sistema de saúde⁽³³⁾. Particularizando o trabalho intra-hospitalar, pode-se dizer que a atenção integral ao paciente seria o esforço de uma abordagem holística, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde, em um período determinado de sua vida. A atenção, neste sentido, implicaria em garantir o consumo das melhores terapêuticas disponíveis para melhorar e prolongar a vida aliada à promoção de um ambiente que resultasse em conforto e segurança para a pessoa hospitalizada⁽³³⁾. Neste sentido, o cuidado integral, ocorreria a partir da combinação flexível de tecnologias leves, leve-duras e duras⁽²⁷⁾ tendo o paciente e suas necessidades singulares como ponto de partida para qualquer intervenção hospitalar⁽³³⁾.

Por outro lado, sabe-se que a integralidade só pode ser efetivada se obtida em rede, configurando as linhas de cuidado, por meio da articulação de diferentes serviços de saúde, cada qual operando distintas tecnologias. Neste contexto, o hospital seria uma das estações que os usuários percorrem para obterem a integralidade de que necessitam. O desafio posto é pensar a integralidade desde o hospital, superando a lógica vigente de sua autosuficiência e de sua desresponsabilização no momento da alta⁽³¹⁾.

3.2 A proposta de reorientação do SUS e a formação do enfermeiro para a integralidade

O pressuposto da integralidade vem ganhando destaque desde a criação das DCNs para o curso de enfermagem, como um importante norteador para a reorientação do ensino no sentido de promover mudanças capazes de superar o modelo de atenção e de formação vigente.

Com a finalidade de conhecer como a enfermagem vem tratando desta temática, no âmbito da formação superior, esta seção registra os resultados de uma análise realizada na literatura acadêmica de estudos desenvolvidos a partir da publicação das DCNs. Procuo evidenciar, com isto, em que medida tais Diretrizes vêm sendo promotoras das mudanças preconizadas para a formação em enfermagem. Na mesma direção, situo como a consulta de enfermagem tem sido destacada como cenário de ensino para a formação de trabalhadores para o SUS nesta perspectiva.

Em decorrência da necessidade de uma contextualização teórica sobre o tema em estudo, foram revisados resultados de pesquisas que tiveram como escopo analisar de que modo a formação do enfermeiro vem sendo desenvolvida a partir da reorientação proposta pelo SUS de tomar a integralidade como diretriz das mudanças necessárias nos currículos e nas práticas pedagógicas dos cursos de enfermagem. De forma geral, tais estudos tiveram como sujeitos de pesquisa docentes, discentes e enfermeiros egressos vinculados a algum serviço de saúde.

Um dos estudos, cujo foco foi a prática docente, teve como objetivo analisar as concepções de integralidade do cuidado presentes nos discursos de docentes de três instituições de ensino superior (IES), bem como nos planos de ensino e as estratégias de ensino utilizadas para a apreensão da integralidade pelos discentes⁽⁴⁵⁾. Os resultados expressam que os docentes possuem como concepções de integralidade: um princípio do SUS, em que o cuidado é prestado ao ser humano como um todo, inserido em sua realidade social, respeitando as subjetividades, abrangendo um cuidado além do fazer técnico. Além disto, o estudo sugere que, nos discursos dos docentes, a concepção de integralidade do cuidado aproxima-se de uma definição ampliada de saúde a partir das necessidades dos usuários. Quanto às estratégias de ensino, a pesquisa indica que os docentes consideram a problematização como a mais importante delas, na medida em que o docente passa ser o mediador do processo e não mais o “repassador” de informações. Os mesmos referem que problematizar aproxima o estudante da realidade que o cerca e promove transformações concretas no seu aprender e no aprender do usuário⁽⁴⁵⁾.

Pesquisa semelhante foi realizada com o objetivo de analisar as concepções teóricas e práticas de docentes no cuidado à saúde da mulher a partir da ideia de integralidade e discutir as estratégias utilizadas por eles para inserir o conteúdo da integralidade no ensino desta disciplina⁽⁴⁶⁾. Os resultados demonstraram que existe

uma preocupação em assistir a mulher em todo seu ciclo vital e não apenas no seu ciclo gravídico-puerperal, considerando-a dentro do seu contexto social, político e econômico. Neste sentido, concluiu-se que, neste cenário, a integralidade é sustentada por um cuidado multidimensional, que abrange os diversos contextos de vida e fases da vida da mulher.

O estudo constatou, também, que, na maioria das escolas, a formação profissional ainda está pautada no processo saúde-doença, limitando-se a abordar a enfermidade, a cura e a atenção individual, que não capacita os estudantes a mobilizar os saberes na busca da integralidade no cuidado à saúde da mulher. As estratégias utilizadas para inserir a integralidade no ensino vêm sendo pensadas a partir de mudanças curriculares em que a mesma se configuraria como eixo horizontal do currículo, cuja transversalidade permitiria indicar e viabilizar uma práxis educativa coerente com a mudança de modelo de ensino e de atenção à saúde⁽⁴⁶⁾.

Em outro estudo, conduzido com a intenção de compreender a formação do enfermeiro para a integralidade do cuidado na saúde, uma das conclusões foi a de que a abordagem da integralidade requer uma construção coletiva entre os atores envolvidos em tal formação. O estudo sugere que assumir a finalidade de formar para a integralidade implica revisitar o pensar e o fazer pedagógicos revelados a partir de concepções de educação que determinam a práxis da enfermagem. Nesta perspectiva, é apontada a necessidade da adoção de práticas pedagógicas também integrais e multidisciplinares, com base em referenciais crítico-reflexivos que permitam a aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir voltado para o ser humano na sua subjetividade⁽¹⁸⁾. Conclui-se no estudo que, no curso de enfermagem que foi objeto de análise, o PPP assume tal referencial ao adotar o conceito de homem na sua integralidade biopsicossocial, política e espiritual, em sua dimensão individual e coletiva. Entretanto, identifica-se uma contradição entre o referencial e a forma como o currículo se organiza, fragmentado em disciplinas do ciclo básico e ciclo profissional, em dois blocos distintos e descontextualizados, apresentando limites na capacitação do estudante em busca da integralidade⁽¹⁸⁾.

Contribuindo para isso, foi igualmente identificada a fragmentação da estrutura organizacional em departamentos, configurando-se como um entrave à integralidade das ações pedagógicas. Ademais, o ambiente gerado pelas discussões acerca das mudanças curriculares foi reconhecido como propício à reflexão sobre a

integralidade, porém, segundo os pesquisadores, esse não tem sido assumido como eixo estratégico para mudança⁽¹⁸⁾.

Em outro artigo publicado pelas mesmas autoras do estudo anterior, argumenta-se que, quanto às concepções sobre os sentidos da integralidade, há a compreensão, por parte dos atores envolvidos na formação, de que se trata de um modelo de atenção que tem como direcionalidade o cuidado centrado no usuário, pautado no reconhecimento das necessidades e subjetividades individuais e coletivas. Neste sentido, as autoras argumentam que mudanças na graduação sob o eixo da integralidade implicam a compreensão da dimensão ampliada da saúde e a articulação de saberes e práticas multiprofissionais e interdisciplinares de modo a promover a inovação destas em todos os cenários de atenção à saúde e da formação profissional⁽⁴⁷⁾.

Outro estudo, que buscou analisar o papel da integralidade na formação do enfermeiro, foi revelador das dificuldades de efetivá-la na prática curricular da enfermagem, uma vez que os sujeitos, docentes e discentes de um curso de enfermagem, identificaram que a qualidade do cuidado prestado aos usuários pela enfermagem é influenciada pelo pouco tempo, pela alta demanda e pela supervalorização da técnica. Além disso, ficou evidenciada, também, uma desvalorização do trabalho em equipe, à medida que cada profissional oferece a sua assistência dentro do campo de conhecimento que possui. Os resultados demonstraram, ainda, que as noções de integralidade trazidas pelos informantes são bem restritas, havendo uma valorização dos aspectos legais do SUS em detrimento de seus princípios e formas práticas e possíveis de aplicação em situações cotidianas. Como conclusão, o estudo sugere a revisão das práticas pedagógicas que vêm sendo utilizadas na formação profissional, uma vez que as mesmas têm se dado de maneira tradicional e desarticulada do contexto social com poucas possibilidades de formar sujeitos críticos capazes de transformar o modelo de atenção vigente⁽⁴⁸⁾.

Promover a integralidade do cuidado à saúde pode ser identificado na literatura como uma competência educativa do enfermeiro, sendo fundamental que a mesma possa ser desenvolvida desde a formação inicial em enfermagem. A dimensão educativa do enfermeiro expressa-se em atividades como: o ensino em nível técnico e universitário, na educação permanente da equipe de enfermagem,

nas ações educativas desenvolvidas na assistência de enfermagem aos usuários dos serviços de saúde, individualmente ou em grupos⁽⁴⁹⁾.

No mesmo estudo, apesar de ter sido constatado o reconhecimento do papel do enfermeiro na promoção da integralidade em saúde, verificou-se também que a prática educativa, por ele desenvolvida no cotidiano da assistência, tem enfatizado a transmissão de informações e a mudança dos comportamentos individuais, com ênfase no conhecimento técnico-científico especializado e fundamentado em um modelo de atenção voltado para a doença. Como resultado, observa-se um distanciamento entre os projetos educativos desenvolvidos pelos enfermeiros nos serviços de saúde e as necessidades de cuidado da população⁽⁴⁹⁾.

Os quatro pilares da educação, definidos como *aprender a conhecer ou a aprender, aprender a fazer, aprender a conviver e aprender a ser*, constituem as competências a serem alcançadas na disciplina *Integralidade no cuidado à saúde*, a qual faz parte do currículo integrado e orientado por competências adotado por um curso de enfermagem de uma IES da região sudeste. Assim, o estudo objetivou avaliar se os quatro pilares estavam contemplados, a partir da análise das narrativas dos estudantes nos portfólios por eles construídos na disciplina. Os resultados sugerem que as competências esperadas parecem ter sido atingidas. Apesar do resultado positivo, foi também constatado, nos registros referentes aos momentos de avaliação de cada ciclo pedagógico da disciplina, ausência de indícios de que tais competências foram discutidas entre alunos e docentes, o que, na visão dos autores, prejudica a avaliação deste modelo de currículo, configurando-se, ainda, em desafio para o ensino na perspectiva da integralidade⁽⁵⁰⁾.

As temáticas relacionadas à religiosidade e à espiritualidade também foram objeto de uma pesquisa por serem identificadas como conteúdos importantes a serem contemplados no ensino de enfermagem para que a formação seja desenvolvida na perspectiva da integralidade. Assim, o estudo teve como escopo descrever o entendimento dos acadêmicos sobre oportunidades de discussões, reflexões e ações acerca de tais temáticas no ensino teórico e prático, com vistas à integralidade do cuidado⁽⁵¹⁾.

Os principais resultados da referida pesquisa apontaram que a maioria dos alunos identificou, em 25% das disciplinas teóricas, abordagens sobre as temáticas da religiosidade e espiritualidade, em especial por meio do respeito aos clientes, respeito aos direitos do cidadão, atitudes do enfermeiro e do cuidado de

enfermagem. Em relação aos momentos práticos, pouco mais da metade dos alunos identificou e exemplificou a religiosidade e a espiritualidade em 66,7% das disciplinas práticas. As mesmas permearam conflitos éticos, com foco no respeito ao direito do paciente. Argumenta-se no estudo que a aliança entre religiosidade, espiritualidade e o cuidado de enfermagem pode ser percebida ao se utilizar delas para promover segurança, conforto e reduzir a ansiedade dos clientes. Como conclusão, sugere-se maior discussão sobre estas temáticas na formação do enfermeiro para contribuir com a integralidade do cuidado⁽⁵¹⁾.

A análise das percepções de estudantes de enfermagem quanto à sua formação para a integralidade também foi tema de um estudo que objetivou identificar como os alunos percebem a integralidade do cuidado da criança no seu processo de aprendizagem. Grande parte dos alunos considera que a integralidade do cuidado seja um olhar voltado aos aspectos bio-psico-socio-cultural-espiritual da criança e de sua família, evidenciando uma concepção de cuidado para além da doença, considerando o meio em que a criança vive e sua relação com o mesmo⁽⁵²⁾.

Quanto ao ensino, os alunos, que participaram da pesquisa, percebem que o tema da integralidade perpassa todo o currículo, tanto em atividades teóricas quanto práticas. Neste sentido, os alunos sugerem que o curso estimula o aluno a prestar o cuidado integral estimulando-o a relacionar conteúdos teóricos na prática assistencial. Como limite para a prática da integralidade, o estudo evidenciou que os alunos encontram dificuldade para implementar o cuidado aprendido em cenários de prática mais tradicionais, nos quais existe uma priorização do biológico nas ações de saúde desenvolvidas⁽⁵²⁾.

Já a relação professor/aluno foi tema de um estudo desenvolvido com a finalidade de identificar e analisar a percepção e sentimentos de acadêmicos de enfermagem relativos à sua formação como pessoa e profissional. Partiu-se da observação de que, apesar da busca da integralidade do ser humano, a formação do enfermeiro enfatiza a dimensão técnica e pouco possibilita o crescimento interno do profissional, reforçando o paradigma biomédico vigente. Neste sentido, conclui-se que o movimento de mudança para um modelo de atenção, que valorize a humanização da assistência, necessita iniciar pela humanização do ensino, a partir de relacionamentos estabelecidos durante o processo de formação⁽⁵³⁾.

Como principais resultados, o estudo concluiu que os professores falam muito em “holismo”, porém este enfoque não é evidenciado pelo aluno ao longo de sua

formação, em relação ao professor vê-lo como um todo, ficando esta abordagem restrita ao ensino de como cuidar dos pacientes. Também há a percepção de que as emoções dos alunos não são trabalhadas durante o curso. Como consequência, os mesmos tendem a resolver, por si só, suas sensações, fato muitas vezes incentivado pelo professor que, ao assumir tal atitude, coloca, no aluno, a responsabilidade pela busca e satisfação das suas necessidades, permanecendo fora do processo. Conclui-se, também, que a formação acadêmica vem acontecendo de maneira fragmentada, resultando em um distanciamento entre o que é ensinado e o que é vivenciado pelos alunos, podendo resultar em práticas profissionais dicotomizadas e pouco humanizadas⁽⁵³⁾.

A revisão da literatura proposta mostrou que a produção científica com ênfase no ensino da enfermagem, tendo o pressuposto da integralidade como objeto de análise, ainda é escassa, haja vista o tempo decorrido desde a publicação das DCNs. De uma forma geral, os estudos abordam as concepções de docentes e discentes em relação à integralidade, bem como se propõem a identificar as estratégias docentes utilizadas para alavancar mudanças no ensino, coerentes com as propostas do SUS.

Não foram encontrados estudos que abordassem questões relativas ao ensino da consulta de enfermagem na perspectiva da integralidade, fato que evidencia uma lacuna na produção de conhecimento em relação a esta temática. Por este motivo, o presente estudo poderá colaborar para promover reflexões no sentido de alavancar outras experiências que contribuam com as transformações necessárias na formação, utilizando a consulta de enfermagem como estratégia para o ensino na perspectiva da integralidade.

4 CAMINHO METODOLÓGICO

Nesta seção, são descritos os procedimentos adotados no desenvolvimento desta pesquisa no que diz respeito à opção pelo tipo de estudo, o cenário investigado, os participantes do estudo, a forma como as informações foram obtidas, o processo de análise a que as informações foram submetidas, bem como os aspectos éticos da pesquisa.

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo qualitativo e de caráter exploratório-descritivo, o qual buscou analisar o potencial da consulta de enfermagem para a formação de enfermeiros para a prática da integralidade em saúde, considerando as experiências discentes em um cenário ampliado de cuidado. A pesquisa exploratória possui como característica iniciar com alguns fenômenos de interesse, porém, mais do que simplesmente observar e descrever o fenômeno, investiga a sua natureza complexa e outros fatores com os quais ele está relacionado. Estudos exploratórios são especialmente úteis para o entendimento de fenômenos novos ou pouco conhecidos e objetivam desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos subjacentes⁽⁵⁴⁾. Tais estudos têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o fenômeno em estudo, com vistas a torná-lo mais explícito ou a constituir hipóteses⁽⁵⁵⁾.

O caráter exploratório do estudo em questão se justifica pela intencionalidade de investigar elementos presentes num cotidiano de ensino da enfermagem em nível de graduação, e seus desdobramentos, advindos de relações sociais que ocorrem nas diversas aproximações entre os atores envolvidos nas práticas de saúde. Mesmo sendo este um cenário conhecido por mim, uma vez relacionado às minhas atividades docentes, foi minha pretensão que o estudo pudesse gerar novos conhecimentos a partir de um olhar interessado, agora na posição de docente pesquisadora.

A opção pela abordagem qualitativa resultou da intenção de compreender os significados atribuídos, pelos participantes do estudo, às vivências no ensino do cuidado de enfermagem, tendo como cenário a consulta de enfermagem. Para tanto, foi incentivado o estabelecimento de um processo dialógico, de partilha e construção

coletiva de saberes e, considerados os determinantes culturais, históricos e sociais que influenciam os valores individuais e do grupo⁽⁵⁶⁾.

A escolha da pesquisa participante como método, para orientar o processo de investigação, foi embasada na sua adequação à proposta de estudar um cotidiano que se caracteriza, tanto como de cuidado à saúde, como de ensino. Neste sentido, para que tal cotidiano fosse indagado com vistas à transformação, era necessário que todos os sujeitos envolvidos, participantes e pesquisadora, fossem protagonistas, como partícipes e aprendizes, em todo o processo da pesquisa⁽⁵⁷⁾. Considerando esta diretriz, todas as fases do estudo (elaboração da proposta de pesquisa, coleta de dados, análise, planejamento e intervenção na realidade) foram discutidas pelo grupo, a partir de uma proposta inicial da pesquisadora, sendo que foram previstas alterações desta proposta durante o andamento da pesquisa, tendo em conta as vivências e interesses do grupo⁽⁵⁸⁻⁵⁹⁾. A opção pela pesquisa participante se deu, também, em função da intenção de conferir, ao processo de investigação, um caráter pedagógico⁽⁵⁸⁾, na medida das suas possibilidades de se constituir em espaço para a análise crítica, não só do processo de cuidado desenvolvido no contexto do ensino, mas, também, do ensino que orienta este processo.

4.2 Cenário do estudo

A pesquisa foi desenvolvida de modo concomitante às atividades da disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, integrante do currículo do Curso de Enfermagem (EENF) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tal atividade ocorre na etapa seis do curso, com carga horária de 10h semanais, distribuídas em dois dias da semana (quinta e sexta-feira), sendo cinco horas destinadas ao desenvolvimento de seminários nas dependências da EENF (quinta-feira) e cinco horas de atividades práticas no ambulatório (sexta-feira).

O estudo teve como cenário de investigação o contexto da consulta de enfermagem a qual é desenvolvida para atender usuários adultos, portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), vinculados ao ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O local é utilizado como campo de prática da disciplina anteriormente referida.

O HCPA é um hospital de grande porte, público, geral e universitário, vinculado ao Ministério da Educação e, academicamente, à UFRGS. Sua clientela é formada, prioritariamente, por pacientes do SUS, os quais recebem assistência por meio de, aproximadamente, 60 especialidades. Possui uma capacidade instalada de 795 leitos distribuídos em unidades de internação, centros de tratamento intensivo e unidades de emergência. Além disso, conta com um ambulatório de especialidades, sendo as consultas realizadas em uma área composta de 139 consultórios⁽⁶⁰⁾. As agendas de consultas de enfermagem são vinculadas ao Serviço de Enfermagem em Saúde Pública (SESP) e realizadas por enfermeiros contratados pela instituição e por docentes do curso de graduação em enfermagem da UFRGS.

O SESP, existente há 40 anos, foi pioneiro na implantação, em 1972, da consulta de enfermagem ambulatorial⁽⁶¹⁾. Atualmente, o Serviço é estruturado em 15 zonas ambulatoriais, contando com o trabalho de uma equipe composta de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, mantendo o gerenciamento por professores da EENF/UFRGS e por enfermeiros chefes de unidade do quadro do HCPA⁽⁶²⁾. Suas ações estão direcionadas para o nível secundário e terciário de atenção à saúde, integrado à referência e contra-referência do SUS. Além da consulta de enfermagem, outras atividades assistenciais são desenvolvidas como grupos educativos, visitas domiciliares e procedimentos diversos⁽⁶²⁾.

Especificamente em relação às atividades práticas da disciplina cenário deste estudo, as agendas¹ de atendimento são de responsabilidade de seis docentes enfermeiros, sendo mantidas regularmente, mesmo em período não letivo. Nesta disciplina, além da atenção às DCNT, também são desenvolvidas consultas para adultos com dor crônica e para adultos com doenças ocupacionais, porém esta pesquisa foi realizada somente com o grupo de alunos que desenvolve atividades junto aos portadores de DCNT, o qual permaneceu com a pesquisadora ao longo das 15 semanas letivas, pois não é previsto rodízio dos grupos nas agendas.

Este processo de ensino do cuidado, desenvolvido na consulta de enfermagem, ocorre, tradicionalmente, somente no ambulatório da instituição hospitalar. Neste estudo, propus a ampliação deste cenário, para além dos limites do

¹ Nesta instituição, *agenda* se constitui de períodos de horários pré-definidos, de responsabilidade dos profissionais, destinados ao atendimento em consultório de determinado número de usuários em diversas especialidades.

consultório e da instituição hospitalar, denominando-o, como já referido anteriormente, de *consulta de enfermagem ampliada*. Foi considerado como ponto inicial desta ampliação, o encontro entre usuários/professor/alunos que se efetivou na consulta ambulatorial tradicional.

A ideia foi proporcionar a diversificação dos cenários de aprendizagem de forma que os estudantes pudessem conhecer o cotidiano dos usuários, considerando os variados espaços que os mesmos ocupam no seu contexto de vida. Neste sentido, os locais em que ocorreram os encontros entre alunos e usuários foram previamente pactuados entre ambos.

O cenário de ensino e de cuidado se constituiu na interatividade entre a consulta ambulatorial tradicional e a consulta ampliada. Esta última foi constituída pela ampliação das oportunidades de interação com os usuários e com o seu contexto de vida, facilitando a compreensão de como a articulação entre os diversos componentes deste contexto está implicada, não só, com a produção das suas necessidades de saúde, mas, também, com as condições para que estas necessidades sejam satisfeitas.

No encontro ampliado com o usuário e na escuta qualificada das suas necessidades que tal encontro teve potência de propiciar, foram produzidos projetos terapêuticos compartilhados, mais alinhados com as expectativas daqueles que buscam o cuidado no espaço da consulta.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo, oito estudantes matriculados na disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto II do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS, no segundo semestre letivo de 2011, o que caracteriza uma amostra intencional. Como sistemática de matrícula, a Universidade adota atualmente a modalidade *on line*, em que os estudantes optam, com base em seus interesses e ordenamento no curso, pelo docente e respectivo local de prática ao qual se vincularão. Por este motivo, realizei contato, no semestre anterior ao da realização do trabalho de campo, com a totalidade da turma, ocasião em que apresentei o projeto de pesquisa e procedi ao convite para participação na pesquisa. Aqueles estudantes, que tivessem interesse em participar do estudo, foram orientados a se matricularem no semestre seguinte no grupo que seria acompanhado por mim. .

Tendo em conta o foco no ensino, os usuários, atendidos pelos estudantes durante o trabalho de campo, não foram considerados participantes do estudo, o que não influenciou o atendimento prestado nas consultas de enfermagem.

O perfil dos participantes do estudo, considerando a idade, tempo de curso, formação e experiência prévia por ocasião da coleta de dados, é apresentado no Apêndice A.

4.4 Coleta das informações

A coleta das informações ocorreu no período de agosto a novembro de 2011, compreendendo o segundo período letivo do ano (um total de 15 semanas), em acordo com o calendário da UFRGS.

Antecedendo este período, durante o primeiro semestre letivo, realizei algumas ações relativas ao preparo do campo com o intuito de possibilitar as condições necessárias para o desenvolvimento do estudo. Nesta ocasião, procedi a um levantamento do perfil dos usuários vinculados à agenda de consultas sob minha responsabilidade. Este diagnóstico teve a finalidade de selecionar e incluir na agenda das consultas a serem realizadas pelos alunos participantes da pesquisa, usuários que residissem, preferencialmente, em Porto Alegre, cidade sede do estudo o que facilitaria o encontro dos alunos com os mesmos.

Durante a fase de coleta de dados, os seguintes procedimentos foram realizados: atividades de prática da consulta de enfermagem (tradicional e ampliada) e o desenvolvimento de estratégias de pesquisa complementares às atividades práticas (capacitação/preparo dos participantes, observação participante, grupos focais e análise documental), com vistas à produção de informações no sentido de atender aos objetivos da pesquisa. Tais estratégias possibilitaram a partilha e a construção/reconstrução coletiva dos saberes produzidos na intersecção entre o processo de ensino e o de pesquisa.

Pelo fato de se tratar de uma investigação conduzida em concomitância às atividades planejadas pela disciplina “Enfermagem no Cuidado ao Adulto II” do curso de graduação, o cronograma de atividades do grupo de alunos, que participaram da pesquisa (APÊNDICE B), foi elaborado de forma a contemplar também as atividades previstas no cronograma do estudo.

No primeiro mês do semestre letivo, foram priorizadas ações preparatórias para a realização da pesquisa. Com a finalidade de preparar os participantes para as atividades planejadas, foram promovidas discussões de textos contemplando temáticas relacionadas a modelos de educação em saúde, necessidades de saúde e integralidade da atenção em saúde. Estes momentos tiveram a finalidade de aproximar os participantes dos referenciais teóricos que fundamentam o presente estudo, possibilitando o melhor entendimento de seus objetivos.

Dando continuidade a este processo, apresentei a proposta do estudo e disponibilizei a mesma no Ambiente Moodle Institucional, para que todos pudessem acessá-la durante o estudo. Justifiquei a opção pela pesquisa participante, flexibilizando a possibilidade de alterações na proposta com base nas vivências do grupo ao longo do estudo. Neste mesmo dia, forneci, a cada participante, um caderno destinado ao registro de reflexões advindas das vivências no processo de pesquisa, destacando que tais registros seriam utilizados como material para a fase de análise.

Também fez parte, deste momento inicial, a leitura e detalhamento do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C), bem como a solicitação, aos participantes, da assinatura do mesmo em duas vias, formalizando, assim, o compromisso ético entre os atores integrantes da pesquisa.

A partir do segundo mês, iniciou-se um processo de preparo para o início das atividades práticas previstas na pesquisa. Tal processo foi composto de dois momentos: discussão de um roteiro de entrevista base a fim de subsidiar os alunos em seus encontros com os usuários e convite, a estes, para a realização de encontros externos ao hospital.

No primeiro momento, os alunos foram convidados a participar de um processo de reflexão/criação de possibilidades de aproximação da consulta de enfermagem aos interesses e necessidades de saúde dos usuários nela atendidos. Como resultado, foi elaborado, coletivamente, um roteiro de entrevista contemplando elementos que dificilmente são abordados em uma consulta tradicional, pelos limites já mencionados neste estudo, e que considero fundamentais para possibilitar a apreensão das necessidades de saúde dos usuários, o que não se pode prescindir quando a pretensão é desenvolver práticas de saúde na perspectiva da integralidade. Neste sentido, após ampla discussão, ficou acordado no grupo que,

além de aspectos de cunho biológico, relacionados ao adoecimento, os usuários seriam indagados sobre as seguintes questões:

- a) O que o(a) Sr(a) entende por ter saúde?
- b) O que o(a) Sr(a) entende por ter boas condições de vida?
- c) Qual a repercussão que uma doença crônica tem em sua vida (incluindo papel da família, trabalho, autoimagem, entre outros)?
- d) O que o(a) Sr(a) conhece sobre sua doença e de que maneira se cuida?
- e) Quais os limites/possibilidades para controlar sua doença?
- f) Que importância o(a) Sr(a) atribui ao seu tratamento?
- g) Em sua opinião, existe diferença entre a consulta tradicional (no ambulatório) e esta modalidade de consulta?

O segundo momento, qual seja, o convite aos usuários, teve como cenário a consulta ambulatorial tradicional.

Na dinâmica usual da disciplina, cada aluno tem a oportunidade de realizar consultas no ambulatório a cada duas semanas (duas sextas-feiras mensais), sendo que as demais semanas são destinadas à elaboração de trabalhos (seminários e estudo clínico). O projeto da presente pesquisa previa que os alunos utilizassem os dias, em que não estivessem em atividade, no ambulatório para realizar as visitas pactuadas com os usuários, porém nem sempre foi possível seguir esta estratégia, uma vez que o dia dos encontros dependeu da disponibilidade ofertada pelos mesmos em receber os alunos.

Foi adotada a sistemática de realização das visitas aos usuários em duplas de alunos (ao todo, quatro duplas), o que teve como finalidade aumentar sua segurança, bem como oportunizar que a vivência pudesse ser compartilhada e analisada coletivamente. É importante salientar que houve expressiva dificuldade em obter o número de usuários previstos no planejamento do estudo, principalmente pelas suas frequentes ausências às consultas, fato bastante comum na instituição em que se realizou o estudo. Além disso, o fato de os alunos irem somente a cada 15 dias no ambulatório, também contribuiu negativamente no que tange às oportunidades de contato com os usuários.

Como resultado, cinco usuários foram visitados, dos quais quatro residentes em Porto Alegre e um na região metropolitana de Porto Alegre, residente em cidade distante 13,5km, totalizando dez visitas. Do total de visitas, quatro foram realizadas

no domicílio, quatro em um parque e duas em um *shopping center*. Os encontros tiveram duração mínima de duas horas e máxima de quatro horas.

Cada usuário recebeu duas visitas de uma mesma dupla de alunos, sendo que o primeiro encontro foi destinado a conhecê-lo em suas vivências na condição de ser portador de doença crônica, tendo sido utilizado o roteiro de questões, consensuado entre os participantes da pesquisa como um facilitador do diálogo. O segundo encontro teve a finalidade de discutir, com o usuário, um plano terapêutico elaborado com base nas informações obtidas na consulta ambulatorial e no encontro anterior.

O conjunto de oportunidades de encontros com cada usuário (uma consulta ambulatorial e duas consultas ampliadas) possibilitou, aos alunos, vivências de aprendizagem entre um modelo de consulta e outro (tradicional e ampliada), facilitando a reflexão, a análise e a problematização das experiências vividas. Da mesma forma, tais vivências foram produtoras dos elementos necessários para responder as questões que nortearam este estudo, quais sejam: a) qual a percepção dos participantes da pesquisa sobre a formação em enfermagem de que são sujeitos, considerando a necessidade de aprendizagem para a prática da integralidade? b) em que medida a vivência na interatividade entre um cenário tradicional e um cenário ampliado de ensino do cuidado de enfermagem pôde facilitar aprendizagens na direção da integralidade em saúde? c) que saberes puderam ser atualizados/construídos neste processo de interatividade? d) como a ampliação do encontro/diálogo com o usuário e o protagonismo discente pôde contribuir com estas aprendizagens?

Dando seguimento às atividades relacionadas à coleta de dados, no terceiro e quarto mês do semestre letivo ocorreram os grupos focais, sendo que os mesmos só foram iniciados depois que todos os alunos tiveram oportunidade de vivenciar pelo menos um encontro com o usuário em consulta de enfermagem ampliada.

O grupo focal⁽⁵⁶⁾ foi utilizado como espaço compartilhado de análise, discussão e reflexão dos alunos participantes da pesquisa sobre a realidade apreendida no contato com o contexto de vida dos usuários e suas necessidades de saúde. Neste espaço, foram propostas e costuradas, coletivamente, possíveis transformações nos modos de cuidar até então praticados na consulta de enfermagem tradicional. Dado o caráter interativo do grupo focal, esta opção

metodológica contemplou a perspectiva participativa da pesquisa ao promover o protagonismo dos participantes⁽⁵⁸⁾.

Foram realizados quatro encontros de grupo focal com a participação dos oito alunos em três encontros e sete alunos no quarto encontro. Esta atividade contou com a colaboração de uma aluna bolsista de iniciação científica, vinculada ao projeto de pesquisa, a qual registrou as falas em mp3, com posterior transcrição em arquivo. A gravação totalizou 262 minutos, sendo que os três primeiros encontros do grupo tiveram a duração média de 1h30 e o último grupo de 35 minutos.

Tal atividade foi desenvolvida em acordo com uma agenda (APENDICE D) previamente planejada para cada encontro. Esta agenda contemplou o objetivo de cada encontro, bem como um rol de atividades previstas para o dia, com o tempo previsto para cada uma. No segundo e terceiro encontro do grupo focal, as informações, obtidas no encontro anterior, foram sintetizadas e apresentadas aos participantes a fim de validá-las coletivamente. Os dados do último encontro foram enviados por meio eletrônico e validados pela totalidade dos participantes.

É importante destacar que, embora as questões focais fossem delimitadas para cada encontro, sendo esta informação explicitada aos participantes previamente, nem sempre o grupo conseguiu manter o foco nas questões planejadas para aquele dia. Isto resultou, em alguns momentos, de discussão de temas os quais estavam planejados para encontros posteriores. De qualquer forma, as discussões foram muito ricas e, mesmo tendo avançado precocemente, não foram interrompidas. Por este motivo, o último encontro do grupo ocorreu em tempo bem menor que os demais, sendo constatada uma saturação nas informações⁽⁵⁶⁾, o que definiu o término do grupo focal.

Além da observação participante e do grupo focal, a técnica de análise documental foi utilizada na medida em que foram necessárias informações complementares no decorrer do estudo. Para tanto, foram analisados documentos como o Projeto Político Pedagógico do curso de graduação em enfermagem da UFRGS, bem como os planos de ensino das disciplinas profissionalizantes.

O conjunto de procedimentos, utilizados para a coleta de dados, teve a finalidade de construir uma série de possibilidades que permitissem triangular informações sobre o fenômeno em estudo, favorecendo a qualidade e a profundidade das análises.

4.5 Análise das informações

A interpretação das informações obtidas foi orientada pela análise de conteúdo temática⁽⁵⁶⁾, na medida em que tais informações foram examinadas com a finalidade de descobrir os núcleos de sentido presentes, cuja presença ou frequência tivesse significado para atender aos objetivos do estudo. A análise temática⁽⁵⁶⁾, operacionalmente, desdobrou-se em três etapas:

- a) A etapa de pré-análise consistiu, em um primeiro momento, na escuta atenta das gravações dos grupos focais, com a finalidade de elaborar uma síntese de cada encontro, a qual foi validada pelos participantes da pesquisa. Em um segundo momento, este processo de escuta, aliado à leitura exaustiva das transcrições geradas nos grupos focais e dos registros originados pelos diários de campo, possibilitou a escolha dos materiais a serem analisados em acordo com os objetivos iniciais do estudo, de modo a atender os critérios de validação dos temas emergentes: representatividade, exaustividade, homogeneidade e pertinência;
- b) A etapa de exploração do material consistiu, basicamente, na operacionalização do processo de categorização, ocasião em que houve a identificação do que emergiu como mais relevante sobre o tema em foco. Esta fase da análise foi desenvolvida com o auxílio do software QSR NVivo7, facilitando a compilação e organização do material obtido, por meio das ferramentas de codificação e armazenamento de textos em categorias específicas. Em decorrência desta etapa, emergiram duas categorias descritivas, sendo que a segunda foi desdobrada em duas subcategorias a fim de facilitar o processo de análise e de apresentação dos resultados;
- c) Na etapa final de análise, foram buscadas respostas para os objetivos da pesquisa, por meio da compreensão e interpretação dos dados e do diálogo entre os achados da pesquisa e o referencial teórico que a fundamenta.

4.6 Considerações éticas

Este estudo foi conduzido em acordo com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo os seres humanos, descritas na

Resolução 196, do Conselho Nacional de Saúde. Tal resolução incorpora, sob a ótica dos indivíduos e das coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica e aos sujeitos da pesquisa⁽⁶³⁾.

O projeto foi aprovado na Comissão de Pesquisa e Ética em Saúde do HCPA (ANEXO A) e na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO B). Além disso, a proposta de estudo foi apresentada aos docentes da Disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, uma vez que a mesma foi desenvolvida em concomitância com a referida disciplina, recebendo parecer favorável do grupo.

Somente após aprovação no Comitê e assinatura pelos participantes do TCLE, iniciou-se a etapa de coleta de dados.

De acordo com o TCLE, ficou assegurado aos participantes que os dados gerados, na pesquisa, serão mantidos em confidencialidade e anonimato, sendo guardados por até cinco anos e, após, destruídos. Também ficou garantido que, se, no decorrer do estudo, o participante viesse a manifestar sua vontade de interromper sua participação e/ou solicitar que o conteúdo não fosse divulgado, sua vontade seria atendida. Como forma de manter o anonimato dos participantes, os mesmos foram nomeados com a letra P (participante), numerados de 1 a 8 (P1 a P8).

Em relação à segurança dos estudantes participantes da pesquisa, quando em situação de visita fora da instituição em que são realizadas as atividades práticas previstas no currículo do curso, foram realizados alguns procedimentos para a escolha dos locais a serem visitados, descritos no item referente à coleta das informações.

Na mesma direção, houve a preocupação quanto aos usuários que foram atendidos pelos estudantes nas visitas citadas anteriormente. Portanto, o estudo assegurou que os mesmos fossem beneficiados em suas necessidades, na medida do possível, no que tange aos cuidados previstos na lei do exercício profissional. Ainda tendo em conta os aspectos éticos do estudo, ficou assegurado que as informações fornecidas pelos usuários não fossem utilizadas como fonte de análise desta pesquisa.

Importante salientar, também, que este estudo teve a preocupação com a relevância social dos resultados, tanto para o ensino em saúde quanto para a

qualificação dos serviços. Assim, aponto como benefícios à reflexão sobre a realidade, a qual pode gerar, durante o andamento da pesquisa, práticas coletivas porosas à aprendizagem. Também, por se tratar de uma intervenção no cotidiano de ensino, foi possível identificar estratégias que poderão auxiliar nas mudanças tão necessárias no cenário atual da formação em saúde, em especial no campo da enfermagem.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta seção é dedicada à apresentação e discussão dos resultados do estudo obtidos por meio da análise empreendida a partir dos grupos focais, dos registros efetuados nos diários de campo, bem como de documentos oficiais (Projeto Político Pedagógico e Planos de Ensino das Disciplinas) do curso de enfermagem ao qual os participantes da pesquisa são vinculados.

A análise resultou em duas categorias, sendo que, da segunda, derivaram duas subcategorias, conforme apresentação abaixo:

- **A formação vigente e as condições para aprender na perspectiva da integralidade.**
- **A aprendizagem da integralidade em saúde: ensino da consulta de enfermagem na interatividade de cenários de cuidado.**
 - A interatividade entre o cenário tradicional e o ampliado: limites e possibilidades para o aprendizado da integralidade.
 - Os saberes e as práticas gerados na experiência da interatividade dos cenários de cuidado.

5.1 A formação vigente e as condições para aprender na perspectiva da integralidade

A análise do conteúdo da presente categoria irá destacar as percepções dos alunos acerca da formação de que são sujeitos, considerando a necessidade de aprendizagem para a prática da integralidade. A discussão em torno deste tema teve a intenção de aproximar os participantes da pesquisa da intervenção proposta em um momento anterior à sua implementação. Os principais aspectos, trazidos pelos alunos, dizem respeito à relação professor/aluno, aos modelos de ensino/educação, aos campos de prática e ao mercado de trabalho.

O ingresso no curso de enfermagem é permeado por expectativas, as quais parecem estar relacionadas, em um primeiro momento, ao imaginário sobre o curso e a profissão de enfermeiro.

Imaginário, aqui, significa o estado de espírito de um grupo, sendo algo que ultrapassa o indivíduo, que impregna o coletivo e que estabelece vínculo; é, portanto, cimento social, funciona pela interação. O imaginário coletivo repercute no indivíduo de maneira particular, mesmo que cada sujeito esteja apto a interpretá-lo com certa autonomia. Porém, quando se examina o que está em questão, vê-se que o imaginário de um indivíduo é muito pouco individual, mas, sobretudo grupal, comunitário. Partilha-se uma filosofia de vida, uma ideia de mundo, uma visão das coisas. Mesmo sendo de difícil definição, apresenta, além de um elemento racional, também outros parâmetros, como o lúdico, a fantasia, o imaginativo, o afetivo, o não racional, os sonhos, enfim, as construções mentais potencializadoras de práticas⁽⁶⁴⁾. O imaginário opõe-se ao real, na medida em que, pela imaginação, representa este real, distorcendo-o, idealizando-o, formatando-o simbolicamente⁽⁶⁵⁾.

A construção da identidade profissional ocorre, comumente, no término da fase adolescente, coincidindo com o processo de identificação juvenil, o qual sofre influências de questões familiares e políticas, estando fortemente vinculado ao poder da mídia. Os sonhos de conquistar o mundo e eliminar as desigualdades têm se mostrado critérios importantes para que o jovem se engaje em uma profissão de caráter social, como a enfermagem, possibilitando a realização pessoal⁽⁶⁶⁾. Outras vezes, a escolha pode ser motivada por se tratar de um curso menos concorrido, mais acessível, considerando as chances de colocação no mercado de trabalho, sendo, neste caso, utilizado um critério de escolha relacionado mais ao fator econômico do que à realização pessoal⁽⁶⁷⁾.

As expectativas na graduação são diversas, havendo, inicialmente, um motivo maior que justifique a opção por determinado curso, mas, ao longo da vivência acadêmica, os critérios de escolha para o ingresso na universidade são reelaborados. Tal vivência poderá ajudar na construção de um perfil *ideal* para o estudante, que seja compatível com suas expectativas profissionais⁽⁶⁸⁾.

O trecho de discussão, apresentado a seguir, sugere que os participantes deste estudo ingressaram na universidade com uma visão idealizada da profissão, com desejos de promover mudanças e imbuídos do objetivo de ajudar a melhorar a sociedade e o mundo. Por outro lado, são depositadas, na figura dos docentes, expectativas superdimensionadas de que, destes, dependerá o maior ou menor grau de satisfação do discente em ter optado por esta profissão.

P1: [...] eu fazia cursinho e tinha essa ideia de que na UFRGS tem o aluno que sabe associar, aquele aluno que sabe juntar todos os conhecimentos com o objetivo de mudar, de melhorar o mundo, a sociedade, a comunidade onde ele está inserido [...].

P8: Então quando a gente entra na faculdade tem toda uma expectativa [...] todo aquele sentimento que tu tem está naquele professor que vai te passar aquele conhecimento. [...] eles [os alunos] vem já com uma idealização de como é a profissão, e a vontade de mudar e querer fazer diferente [...].

P4: [...] é, a gente entra no primeiro semestre, “ah, enfermagem é linda, tudo lindo, os pacientes são maravilhosos, é tudo muito fácil [...] é essa visão que a gente tem, uma visão muito pouco realista, muito mitificada”.

P3: Sim, os alunos entram com uma visão muito utópica do que eles vão encontrar na enfermagem.

P6: [...] aquela coisa totalmente utópica, aquele professor do primeiro semestre falando e a gente “aaah, nossa é tudo lindo”.

À medida que o tempo de curso avança, surgem frustrações, resultantes, principalmente, da qualidade das relações interpessoais. No primeiro semestre do curso, as expectativas iniciais vão sendo substituídas, gradativamente, por sentimentos negativos carregados de decepção, mostrando um precoce desencantamento pela profissão atribuído, principalmente, ao relacionamento com os docentes.

Estudo realizado com egressos de um curso de enfermagem apresentou resultados semelhantes, ao evidenciar que o sonho da realização profissional esteve, muitas vezes, ameaçado de desmoronar pela falta de liberdade de expressão e pela submissão a um sistema hierarquicamente dominante e repressivo na relação professor-aluno⁽⁶⁶⁾. De forma análoga, outros estudos, tendo como sujeitos os discentes do curso, evidenciaram que a verticalidade na relação professor-aluno, no sentido de o professor se colocar como superior ao aluno por possuir um conhecimento teórico pregresso, tem apresentado, como consequência, a falta de autonomia e silenciamento dos alunos, prejudicando a humanização no processo ensino-aprendizagem. Neste sentido, os estudos evidenciam que os alunos desejam ser tratados, pelos professores, como seres humanos que são, com suas singularidades, com diferentes histórias e conhecimentos prévios e não como folhas em branco em que o professor escreverá⁽⁶⁹⁻⁷⁰⁾.

Os problemas de relacionamento foram considerados, pelo grupo de participantes do presente estudo, como um entrave para o aprendizado da

integralidade, uma vez que contradiz alguns de seus elementos como escuta, acolhimento, compreensão das individualidades e necessidades dos discentes com capacidade para a construção de vínculos e responsabilização⁽⁷¹⁾.

A sequência de depoimentos retrata algumas situações vividas por eles, as quais foram identificadas como geradoras de frustrações:

P3: [...] não adianta a senhora vir aqui e passar tudo de integralidade [...] e ser um professor completamente "não estou nem aí para o aluno" [...] "que integralidade é essa?"

P2: Pois é [...] o próprio professor não age assim com os próprios alunos [...] nós não somos só alunos, a gente tem [...] todo um contexto e que o próprio professor não leva em consideração, então eu acho que isso também é um limite para a integralidade

P8: [...] e conforme o curso vai passando e a vivência que tu vai tendo, aquilo vai te decepcionando [...] no final isso vai influenciar como tu vai ser no teu futuro profissional.

P7: [...] ainda nessa questão da integralidade, o aluno não é valorizado na integralidade, porque o que interessa é a nota [...] eles não avaliam o teu processo de como tu iniciou o semestre e como tu está no final, se nisso tu houve um crescimento [...].

Em oposição ao padrão de professor descrito acima, o qual limitaria o aprendizado de práticas coerentes com um modelo ampliado de atenção, o fragmento de discussão, a seguir, idealiza uma relação professor/aluno com potência para desenvolver, nos discentes, competências para a construção de um agir profissional na perspectiva da integralidade.

P6: Ele podendo te atender de uma forma integral [...] mostrando segurança, se colocando no mesmo nível que a gente, tu já vais mais preparado para prestar um cuidado integral [...] e tu vai conseguir [...] ver mais a pessoa não como um objeto ali, mas como um ser humano que tem uma história [...].

P3: [...] é o professor mostrar para o aluno que [...] ele faz a integralidade, então entender uma dificuldade do aluno [...] ele já estará demonstrando que acredita na integralidade. [...] o profissional que atende bem é o profissional que está bem.

P5: [...] porque a graduação é uma educação também, assim como tu reflete aquilo que teus pais te ensinaram, tu vai refletir para a teu paciente, para tua equipe aquilo que os professores te ensinaram [...].

Sugerindo certa relativização da importância dos aspectos pessoais implicados na relação professor-aluno na formação em enfermagem, poucos são os estudos que enfocam a escuta das necessidades individuais dos discentes, as quais

poderão ser geradoras de atitudes mais ou menos condizentes com o perfil profissional desejado pela instituição formadora. Pesquisa, realizada em uma escola de enfermagem da região sudeste, evidenciou que as emoções dos discentes não são trabalhadas durante o curso. Os resultados do estudo indicam que os alunos tendem a lidar com suas emoções elaborando-as racionalmente, atitude que é motivada pelo docente, ao colocar a responsabilidade no aluno pela busca e satisfação das suas necessidades pessoais, permanecendo fora do processo⁽⁵³⁾.

As experiências dos alunos, que participaram da pesquisa, revelam contradições entre o que o Projeto Político Pedagógico (PPP) do curso em estudo⁽⁷²⁾ preconiza e o que se concretiza no cotidiano de ensino. Esta discordância entre o que é proposto e o que é realizado pode ter origem no desconhecimento, por parte dos docentes, em relação ao conteúdo do PPP, como também no baixo investimento na formação pedagógica por parte da instituição formadora, no sentido de promover discussões acerca deste documento e de sua finalidade. Este contexto pode ter, como consequência, o desenvolvimento de práticas docentes coerentes com um currículo oculto em que os docentes, ao não seguirem o currículo que está explícito, produzem a própria prática, de acordo com suas concepções, a qual pode ser distinta do que é recomendado.

Entende-se, por currículo, o conjunto de experiências escolares que se desdobram em torno do conhecimento e em meio às relações sociais, contribuindo para a construção das identidades dos estudantes por meio de um conjunto de esforços pedagógicos idealizadas pelas instituições formadoras e desenvolvidos com intenções educativas. A noção de currículo oculto, por sua vez, tem a ver com as atitudes e valores transmitidos, subliminarmente, pelas relações sociais e pelas rotinas do cotidiano de ensino, tendo o docente como um dos grandes artífices da construção do currículo que se materializa na instituição e nos ambientes de ensino⁽⁷³⁾.

O PPP, que orienta o currículo do curso de enfermagem em questão, toma como referência as DCNs, as quais apostam no investimento da aprendizagem em valores éticos e humanísticos. As DCNs para os cursos de graduação em enfermagem propõem que o docente seja responsável por desenvolver a capacidade de crítica, autoanálise e autogestão nos estudantes, por meio da utilização de estratégias pedagógicas que articulem o saber, o saber fazer e o saber conviver, tendo como finalidade aprender a aprender, aprender a ser e aprender a

viver juntos. Estes são atributos considerados como indispensáveis à formação do enfermeiro para dar conta de um novo modelo de atenção à saúde⁽¹¹⁾, tomados como referência os princípios do SUS.

O PPP⁽⁷²⁾ do curso de enfermagem, cenário deste estudo, ratifica as premissas acima, atribuindo, ao professor, o papel de facilitador neste processo de ensino aprendizagem, definindo-o como interativo e multidimensional. O PPP explicita, ainda, que a aprendizagem é entendida como a construção do conhecimento e o comportamento, como formação pessoal e global. Além disso, reforça a premissa de que a prática pedagógica deve acontecer considerando as experiências, interesses e motivações do grupo de alunos, tendo o respeito e a valorização das características individuais como norteadores deste processo.

O cuidado humano é um conceito central no referencial teórico que fundamenta o referido PPP, sendo entendido como um processo relacional que ocorre entre o cuidador e o ser cuidado e que é influenciado por fatores internos de ambos, como vontade, disponibilidade, conhecimento e competência. Destaca-se, neste processo de cuidar, o conhecimento do outro e a capacidade de identificar e entender suas necessidades e responder adequadamente a elas⁽⁷²⁾.

Mesmo que tais diretrizes digam respeito, especificamente, à relação desejada entre profissional e paciente, os mesmos elementos indispensáveis para que se preste um cuidado de qualidade, necessita estar presente na relação pedagógica. É preciso considerar que o aprendizado se dá, também, por meio de vivências concretas e, neste caso, a atitude do docente perante seus alunos poderá influenciar os modos de cuidar e de produzir saúde do futuro profissional. Para que a aprendizagem resulte na aquisição de competências e habilidades que assegurem um agir voltado para as singularidades do ser humano e suas conseqüentes necessidades específicas, é preciso construir, nos processos de formação em saúde, práticas pedagógicas que permitam a compreensão da integralidade como um valor que deve orientar a postura dos atores que circulam neste cenário, aí incluídos os professores e seus alunos⁽⁴⁷⁾.

Dando continuidade à análise, também foi possível verificar nas discussões dos grupos focais, que os alunos percebem um conflito de papéis entre os docentes da instituição formadora, relacionado ao modelo de atenção à saúde que deveria nortear suas ações pedagógicas no ensino das práticas de saúde. É importante destacar que, por ocasião desta pesquisa, já havia um intenso movimento de

mudança na instituição, no sentido da construção coletiva de uma matriz curricular capaz de dar conta da formação de trabalhadores com potencial para promover transformações nas práticas de saúde, mais condizentes com aquelas preconizadas pelo sistema de saúde brasileiro.

Os depoimentos dos participantes deste estudo, descritos abaixo, sugerem que, embora exista um desejo de mudança institucional, a mesma nem sempre provoca resultados imediatos no modelo de formação, coexistindo uma contradição entre o discurso e a prática docente, observada em atitudes e discursos ambíguos.

Abaixo, são destacadas algumas situações que evidenciam as percepções dos participantes em relação a esta temática:

P2: *Existem professores que pregam determinada linha biomédica, focada na doença [...] e esse mesmo professor é o mesmo que alguém disse pra ele, não sei se orientador da cadeira, regente [...] tu tens que falar [...] da integralidade. Então fica aquela coisa forçada que tu vêes que aquele profissional não faz aquilo, mas ele tem que falar sobre aquilo [...].*

P7: *[...] então vai da gente, com o tempo, saber filtrar o que vai nos servir, que tipo de profissional a gente quer ser. [...] na teoria é muito bonita essa questão da humanização, da igualdade, mas na prática, realmente é bem difícil de implementar.*

P3: *[...] é, não adianta vir aqui e dar uma aula de humanização e ser um professor frio, um professor distante que não olha no olho do aluno, acho que é complicado, acho que daí o discurso vai contra a prática e daí não vai ter credibilidade.*

Estes depoimentos também sugerem que existe uma dificuldade, por parte dos docentes do curso de enfermagem da instituição em estudo, para incorporar, em seu cotidiano, novos modos de ensinar o cuidado em saúde, principalmente quando o movimento de mudança curricular propõe rupturas paradigmáticas profundas, como é o caso de tentativas de superação do modelo biomédico. Realizar mudanças curriculares sempre se conformou como uma tarefa de difícil execução.

Desde a criação das DCNs para os cursos da área da saúde, as instituições formadoras vêm tentando se adequar às suas diretrizes, no sentido de propor a ampliação de seus currículos a fim de torná-los menos fragmentados e fragmentadores. A intenção desse tipo de mudança é a de possibilitar uma resignificação no processo de formação em saúde, priorizando a interdisciplinaridade e a transversalidade dos conteúdos, com a valorização, além dos aspectos biológicos, de referenciais das ciências humanas e sociais com

potência para promover aprendizado das diversas dimensões da relação indivíduo/sociedade e “contribuindo para a compreensão dos determinantes sociais, culturais, comportamentais, psicológicos, éticos e legais, nos níveis individuais e coletivos, do processo saúde-doença”⁽¹¹⁾.

Minha vivência na docência, integrante de uma instituição que se ocupou, nos últimos dois anos, em promover encontros sistemáticos com vistas à mudança curricular, tornou evidente os limites que emergem deste tipo de empreendimento. Um primeiro limite diz respeito a pouca participação da comunidade acadêmica, principalmente da categoria dos discentes, mas também de alguns docentes. Outro limite está relacionado à ausência de discussão e à definição de conceitos chave que deveriam ser considerados como pontos de partida de qualquer proposta de formação em saúde. É o caso das concepções de educação e de saúde, há algum tempo renovadas no seu sentido num âmbito mais acadêmico, mas, ainda, com dificuldades para, de fato, informarem as práticas.

Embora se reconheça que a definição do referencial teórico seja o alicerce do currículo, não é incomum que as discussões, ao longo do seu processo de construção, se restrinjam a consensuar a melhor etapa para oferecer determinada disciplina, carga horária, horários, dias da semana e outros aspectos de ordem estrutural. Essa fragilidade teórica traz, como consequência, limites que impossibilitam transformações, abreviando as chances de construir alternativas inovadoras, que façam rupturas paradigmáticas profundas com capacidade para promover as mudanças necessárias no modelo vigente de formação⁽⁷⁴⁾.

Esta realidade tem evidenciado que, apesar da relevância atribuída às necessidades de mudanças na formação em saúde, a resistência docente a modificações tem sido apontada pela literatura como um dos principais fatores limitadores para este avanço⁽⁷⁵⁻⁷⁶⁾. Os professores universitários têm uma forte tendência a construir sua identidade e a desenvolver seu trabalho de forma individual, representando importante obstáculo para iniciativas que propiciem o rompimento desta inércia institucional⁽⁷⁶⁾, incluindo aí as tentativas de investimentos na formação docente. O individualismo, a fragmentação curricular e a autonomia docente (ideológica, científica e didática) criaram uma cultura favorável ao deslocamento das atividades para uma espécie de território privado⁽⁷⁶⁾.

Ademais, esta situação, segundo a literatura, tem sido historicamente reforçada pela estrutura organizacional das universidades que tendem a legitimar,

por meio de sucessivas subdivisões internas, essa fragilidade e o isolamento dos seus trabalhadores, provocando uma forte disseminação das estruturas de poder e o predomínio da ação individual sobre a coletiva⁽⁷⁶⁾.

Os depoimentos dos participantes corroboram com as análises críticas sobre a formação em saúde já apresentadas pela literatura⁽⁷⁷⁻⁷⁹⁾. As profissões da área da saúde, entre elas a enfermagem, permanecem conservadoras em seus modos de ensinar, com visíveis dificuldades em superar as tradicionais diretrizes de um ensino desenhado conforme o modelo biomédico. Estas dificuldades limitam o necessário avanço para uma lógica que amplie a atenção em saúde e que considere, além dos aspectos biológicos, as múltiplas dimensões do ser humano em seu processo de viver, incluindo as situações de adoecimento.

P6: [...] o modelo que a gente está usando [...] é muito engessado. [...] a minha evolução, que eu faço hoje e a evolução de alguém do semestre passado, não vai variar muito, naquilo “Como é que tu estás? o que tu comeu? [...] tu acabas fazendo para todos a mesma coisa [...]. Na verdade a gente conversa aqui de pensar um paciente, de ver qual é a necessidade dele, mas tu acaba fazendo pra todos a mesma coisa [...].

P7: [...] e aí tem também a questão dos diagnósticos de enfermagem. [...] tu tens que colocar o diagnóstico de acordo com o teu professor [...]. [...] se tu colocas no sistema alguma coisa tipo baixa autoestima, risco para ansiedade [...] vão te dar zero [...] tu tens que colocar um negócio bem científico, porque senão tu não fizeste nada.

A racionalidade biomédica pode ser observada no currículo do curso, que é cenário deste estudo⁽⁸⁰⁾, pela sua clara divisão em disciplinas de cunho biológico, tidas como “básicas”, alocadas, predominantemente, nas primeiras etapas do curso, seguidas das “profissionalizantes”. Esta forma de estruturar o ensino compromete-se com a lógica de que as questões de ordem biológica são a base para o aprendizado da profissão. Outro problema, que advém daí e que reforça esta fragmentação, é a forma como a instituição formadora se divide em departamentos conforme a área de conhecimento, o que se configura como barreira para a interação entre os docentes de diferentes áreas, dificultando, também, uma maior integração entre os conteúdos abordados pelas disciplinas.

Como consequência, a formação em saúde, desenvolvida neste cenário, tende a se constituir numa justaposição de informações, resultantes de um processo transmissivo de conhecimentos fragmentados, acumuladas ao longo do processo formativo. É esperado que, ao final do curso, o aluno tenha a capacidade de

transformar estas informações em um conhecimento capaz de dar conta das demandas da profissão⁽¹⁰⁾.

Nesta lógica, o ensino pode ser descrito a partir da metáfora do quebra-cabeça, onde aprender significa unir pequenas peças de conhecimentos e habilidades até construir uma aprendizagem mais complexa, a qual vai se formando por aproximações sucessivas aos assuntos a serem assimilados ou aos objetivos a serem alcançados. Parte-se da ideia de que qualquer aprendizagem ou habilidade complexa é formada por estruturas simples que o sujeito deve ir assimilando progressivamente até alcançar o domínio de todo o conjunto⁽⁷⁶⁾.

A valorização dos aspectos científicos no ensino, por parte dos docentes, em detrimento das dimensões subjetivas do adoecimento também pode ser evidenciada no presente estudo quando um dos participantes refere que, em relação aos diagnósticos de enfermagem, “*tu tens que colocar um negócio bem científico, porque senão tu não fizestes nada*”. Em contradição a este contexto de ensino, o mesmo depoimento, destacado anteriormente, indica que os discentes valorizam tais dimensões, as quais, possivelmente, são trazidas à academia como resultado de suas vivências em sociedade, fruto do senso comum e do saber leigo.

Desde o surgimento da biomedicina, o saber e a prática médicas vêm sendo alicerçadas pelo modelo das ciências naturais. Como consequência, a medicina faz sua opção pela naturalização de seu objeto por meio de processos de objetivação no entendimento da doença e, por conseguinte, as decisões terapêuticas são fundamentadas em generalidades, excluindo a subjetividade deste contexto⁽⁸¹⁾.

Assim, há uma supervalorização dos aspectos objetiváveis traduzidos em doença, deixando de lado o universo subjetivo de sofrer, com privilégio da doença e não do doente, evidenciando a existência de um paradigma clínico-epidemiológico, que condiciona a percepção do profissional ao modelo da teoria das doenças. Os sintomas subjetivos não são levados em conta, na maioria das vezes, ou mesmo, não se sabe como dar conta deles⁽⁸²⁾.

A impregnação dos modos de cuidar da enfermagem pelo referencial biomédico vem condicionando as práticas a uma pretensa neutralidade nas relações entre quem cuida e é cuidado, bem como a objetivação dos sujeitos, dos problemas e das necessidades de saúde, impondo limitações nas possíveis intervenções elaboradas no sentido de atendê-las⁽⁸³⁾. O ensino alicerçado nestes pressupostos poderá, ao longo da formação, resultar em uma lógica hegemônica que suplante

iniciativas discentes com potência para transformações no modelo tecnoassistencial vigente.

Guardando coerência com um ensino modulado a partir da racionalidade biomédica, algumas práticas pedagógicas fundamentadas no modelo tradicional de educação também foram destacadas pelos participantes da pesquisa como um limite para a formação para a integralidade. O “*ensino bancário*”, expressão retirada da fala de um dos participantes, apresenta-se como um modelo contraditório às propostas de reorientação da formação em saúde preconizadas pelo SUS e ratificadas pelas DCNs dos cursos da área da saúde.

P2: Eu vejo muitos professores agindo assim [...] eu estou ensinando e vai ser assim, e é daqui de cima aí para baixo. [...] é bem aquela coisa [...] do ensino bancário, que chega para ti, abre a tua cabeça e soca um monte de coisa e fecha. [...] Tem professores que entram ali, apagam a luz, ligam o troço [multimídia] e deu, essa foi a aula e vai embora.

P5: É o que o aluno espera do professor é que ele se abra e conte o máximo de experiências, e esteja pronto para estar falando tudo para aquele aluno. Tem professores que parecem que tem que guardar as coisas para ele, meio estranho, ele é o professor, sabe...[...].

P7: É, para o professor, tu [...] sempre tem que estar sabendo tudo [...] porque o que interessa é a nota, é o conceito, é a prova, é o trabalho, eles não avaliam o teu processo de como tu iniciou o semestre e como tu estás no final, se nisso houve um crescimento [...].

As DCNs do curso de enfermagem apontam para a formação de um profissional crítico, reflexivo e criativo, posicionando o aluno como sujeito da aprendizagem e tendo o professor como facilitador e mediador deste processo. Nesta direção, enfatiza a problematização como uma das estratégias didáticas adequadas para que a aprendizagem seja interpretada como um caminho que possibilita, ao sujeito social, transformar-se e transformar seu contexto⁽¹¹⁾. A concepção bancária de ensino, ao contrário, ao priorizar a pedagogia transmissiva, vertical e antidialógica “educa” para a passividade, limitando o exercício da crítica e da reflexão e, por isso, diverge da educação que pretende educar para a autonomia⁽²⁶⁾.

O PPP⁽⁷²⁾ do curso em estudo é orientador de uma prática pedagógica que privilegia a relação interativa entre professor e aluno, permeado por metodologias de ensino que estimulem o crescimento do aluno tanto do ponto de vista acadêmico como pessoal, utilizando um conjunto de estratégias, ao longo do currículo, que visem à reflexão crítica do saber e subsidiem o aprender a aprender⁽⁷²⁾. Porém os

resultados desta pesquisa demonstram que os discentes do curso não reconhecem, no fazer docente, o modelo de ensino preconizado pelo PPP.

Em um contexto de ensino com estas características, podem ser observadas práticas pedagógicas docente-centradas. Estas situam o professor como o sujeito do processo de ensino e aprendizagem, uma vez que os investimentos no ensino são alicerçados prioritariamente no saber e na visão de mundo do docente, desconsiderando-se as necessidades dos discentes e colocando-os, assim, à margem do processo educativo. Como consequência, o espaço para o desvelamento de conflitos e contradições fica reduzido. Da mesma forma, o compartilhamento das diversas situações que se apresentam nos cenários de aprendizagem é limitado, diminuindo as possibilidades de aprendizagem de saberes coerentes com uma prática ampliada em saúde.

A análise, desenvolvida até aqui, sugere que os discentes identificam, no cotidiano de ensino, práticas docentes coerentes com um modelo tradicional de ensino/cuidado, limitador de aprendizados em direção à integralidade. Contudo, como indica o trecho de discussão apresentado abaixo, foi possível também constatar contradições nos posicionamentos de alguns participantes, uma vez que, ao mesmo tempo em que são tecidas críticas em relação ao modelo vigente, há, por outro lado, uma valorização do conhecimento científico como o meio mais adequado para orientar suas práticas enquanto aluno ou como futuro profissional. A opção por esta lógica parece oferecer, ao aluno, segurança e sensação de estar realizando um cuidado mais correto e, portanto, efetivo, ao passo que a adoção de práticas que valorizem aspectos relacionais no processo de cuidar parece provocar a sensação de “*não estar fazendo nada de útil*”, de ser “*um aluno enrolão*”.

P6: *Um limite que a gente tem é aquela falta de conhecimento, é aquela insegurança. [...] quem sabe se a gente tivesse mais experiência ou mais conhecimento científico [...] mas como a gente não tem [...] acaba se agarrando a esse modelo mais tradicional.*

P2: *Então eu acho que isso é uma dificuldade dos alunos [...] ou tu te puxa muito e sabe tudo sobre a teoria, ou tu tentas entender o paciente e daí [...] parece um aluno enrolão [...] porque ele não está dando aquelas orientações, de caminhar três vezes por semana [...] parece que ele não está sabendo nada [...]*

P4: *[...] mas eu acho que o modelo biomédico também tem coisas boas; eu acho que falta muito conhecimento para o enfermeiro. O enfermeiro tem que estar lá cuidando, e “ai queridinho” e tudo, mas o enfermeiro também tem que saber as coisas.*

Outros participantes reconhecem que a necessidade de deter o conhecimento científico por parte dos profissionais, caracterizando relações de poder verticalizadas com os usuários, diminuem as possibilidades para que o cuidado aconteça com resolutividade. Este tipo de conduta profissional também é visto pelos alunos como indutora de práticas inseguras, que, além de não serem resolutivas, poderão ser iatrogênicas.

P5: *Às vezes o paciente faz uma pergunta simples e tu acha que tem que responder cientificamente para ele; eu acho que às vezes é orgulho do profissional [...] a gente acha que tem que saber tudo e que vai perder o poder frente ao paciente [...].*

P1: *Só para completar o que o P5 falou [...] desse pedestal que muitos profissionais se colocam e que acaba afastando e muitas vezes até prejudicando ou atrasando um cuidado com o paciente [...] às vezes é só uma questão de boa vontade de descer desse pedestal, de pedir uma ajuda [...].*

P3: *[...] eu acho que a gente não é obrigada a saber tudo e dar resposta na hora, e nessa ânsia de querer dar resposta na hora a gente vê muito enfermeiros, técnicos e auxiliares falando um monte de porcaria [...] tu dizer que não te lembra não é nenhum demérito, não te desqualifica como profissional.*

Além do modelo de ensino, os cenários, ofertados pela instituição de ensino para o desenvolvimento das atividades práticas do curso, também foram alvo de intensa discussão entre os discentes. Na percepção destes, a concentração das práticas hospitalares em apenas uma instituição se configura como limitador para o aprendizado da integralidade, restringindo a vivência de outras realidades que se concretizam no cotidiano dos diferentes serviços que integram o sistema de saúde.

O trecho abaixo ilustra este debate:

P5: *Outro limite [para a integralidade] são os tipos de campos de estágio, principalmente os hospitalares [...] de não sair do Clínicas [hospital], porque se tu quer que o aluno esteja preparado pra encarar várias situações, tu tens que dar várias situações para ele, e não é num contexto só que tu vai ter várias situações [...].*

P2: *Até porque o Clínicas [...] é totalmente fora daquilo que a gente tem como SUS [...]. [...] tu entra no Clínicas [...] e acha que o SUS é maravilhoso [...] isso para nós é um limitador, então ao invés de tu teres aquela vivência, que nem o P5 falou, de várias realidades [...] tu confina o aluno naquilo ali [...] e ele sai da faculdade achando que qualquer hospital vai funcionar assim [...].*

P4: *Eu nunca tinha entrado no Clínicas [...] antes da faculdade, e é tudo lindo, maravilhoso [...] aí quando eu entrei lá [...] eu pensava “o SUS é maravilhoso, é tudo lindo” [...].*

P2: [...] não é que tenha que colocar a cara do aluno lá na desgraça [...] mas tem que dizer que não é bem assim, que não é todo mundo que nem o Clínicas [...].

P4: Só que a gente vê muito pouco. [...] falta um pouco a capacidade [dos professores] de crítica e de mostrar para gente. [...] a gente não se dá conta disso quando está entrando na faculdade.

A respeito das atividades práticas, o PPP do curso cita em apenas um parágrafo que os locais de campo de estágios são decididos pelos objetivos específicos de cada disciplina, previstos nos planos de ensino⁽⁷²⁾, não havendo nenhuma diretriz *a priori* que possa nortear tais decisões por parte dos docentes. Esta ausência de orientação é problemática, uma vez que os campos de prática se constituem em importante cenário de aprendizagem por contribuírem sobremaneira para a reflexão sobre o modo como se efetiva a interseção entre o mundo do ensino e o mundo do trabalho. A definição e os pressupostos de seleção dos cenários de aprendizagem impactam de modo singular na formação dos profissionais de saúde e no seu aprendizado sobre práticas de cuidado, de gestão e de políticas no exercício da profissão⁽⁸⁴⁾.

Observa-se nos planos de ensino⁽⁸⁵⁾ que, das oito disciplinas que preveem práticas em ambiente hospitalar, somente duas oferecem possibilidades de o aluno optar por outro campo que não seja o hospital mencionado nas falas dos participantes da pesquisa. Em uma delas, alocada no início do curso, em que são previstas somente visitas aos serviços de saúde, o hospital supracitado se configura como único cenário hospitalar a ser visitado⁽⁸⁵⁾. Segundo o plano de ensino da disciplina em questão, a finalidade da visita é a aproximação dos discentes com o mundo do trabalho em que o enfermeiro está inserido, por meio do conhecimento de suas variadas funções, tanto as assistenciais como as gerenciais. Obviamente, o aprendizado previsto apenas em um contexto específico do trabalho do enfermeiro será limitado a apenas um recorte da realidade profissional.

Para o contexto deste estudo, torna-se importante caracterizar o hospital em questão, uma vez que o mesmo, além de ter sido referido nos depoimentos dos discentes, é também o campo prático onde se desenvolvem as atividades da disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, a qual é objeto deste estudo.

Vinculado academicamente a UFRGS, o HCPA destina sua estrutura ao desenvolvimento de atividades de ensino e de pesquisa em sintonia com os cursos de graduação e com os programas de pós-graduação⁽⁶⁰⁾. Tal vinculação apresenta

como consequência natural a presença expressiva de docentes da Universidade, principalmente dos cursos de enfermagem e medicina, tanto no ensino como na gestão dos serviços assistenciais que compõem esta instituição hospitalar. Como resultado desta presença, pode-se observar que a forma de organização do HCPA guarda estreita relação com a forma de organização da Universidade. Assim sendo, a lógica biomédica, identificada anteriormente neste estudo em relação aos modelos de ensino percebidos pelos alunos do curso de enfermagem, também pode ser constatada no cotidiano do HCPA.

A visão, trazida por alguns participantes do estudo, de que “*tu entras no Clínicas [...] e acha que o SUS é maravilhoso*”, ou “*quando eu entrei lá [...] eu pensava o SUS é maravilhoso, é tudo lindo*”, sugere um entendimento equivocado do que representa, para os alunos, um modelo ideal de atenção à saúde, considerando as propostas do sistema de saúde vigente. O hospital em questão, embora apresente algumas iniciativas isoladas de alinhar seus processos de trabalho às diretrizes do SUS, ainda mantém, predominantemente, a lógica de funcionamento por meio de práticas fragmentadas, tendo, nas especialidades, a principal estratégia de atenção.

A concentração das atividades práticas nos hospitais, por si só, limita as oportunidades de aprendizagem que são relevantes para a formação geral na graduação. Para as profissões da área de saúde em geral, o *lócus* predominante dos estágios tem sido, tradicionalmente, o hospital universitário, sede de uma atenção especializada centrada em procedimentos e alta tecnicidade⁽³¹⁾.

Quando vivenciadas predominantemente neste contexto, as experiências discentes podem induzir a uma especialização precoce e acarretar uma visão distorcida da rede de serviços, gerando uma apreensão desfocada das necessidades de saúde da população e, muitas vezes, despertando interesses muito específicos em uma assistência centrada no paradigma biomédico e não na integralidade⁽⁸⁴⁾. É neste cenário que a incorporação de tecnologias de natureza leve e leve-duras⁽²⁷⁾, tendo por base as necessidades apresentadas pelos usuários, poderia alterar a realidade dos hospitais, permitindo, aos alunos, outros aprendizados que não só aqueles restritos aos aspectos biológicos dos adoecimentos.

Os campos de estágio utilizados como cenários de aprendizagem precisam gerar a possibilidade de confronto entre diferentes modos de cuidar e organizar a

atenção. O argumento, aqui, não é a necessidade de se buscar cenários ideais, mas as melhores oportunidades de problematização da atenção à saúde, assim configuradas a partir de experiências de articulação com outros profissionais e interlocução com os outros atores do processo de assistir em saúde e de exercícios de negociação nestas relações⁽⁸⁴⁾. As DCNs sustentam esta necessidade ao proporem para todas as graduações em saúde que a prática contextualizada ocupe lugar central no processo de formação desde seu início e que haja oportunidade de experiências discentes em cenários diversificados ao longo de todo o curso⁽¹¹⁾.

Os hospitais, de uma forma geral, não desenvolvem seus processos de trabalho na perspectiva da integralidade, uma vez que as várias corporações profissionais, neles representadas, seguem uma lógica hierarquizada de poder e de saber, o que não favorece o trabalho em equipe, condição primeira para que as práticas aconteçam nesta perspectiva. Considerando que relações profissionais fragmentadas promovem a produção de cuidados igualmente fragmentados a partir de uma escuta parcializada das necessidades dos pacientes, é possível inferir que, nas instituições hospitalares, existe pouco espaço para práticas indutoras de integralidade. A difícil tarefa de operar a integralidade no trabalho hospitalar está relacionada a práticas enraizadas, as quais possuem alicerce em um processo histórico de formação fortemente caracterizado pela especialização e fragmentação do conhecimento, com impacto também nas relações sociais e nas relações de produção, originando classes e formas diferenciadas e hierarquizadas de inserção no trabalho e na vida⁽⁸⁶⁾.

Um último aspecto, a ser discutido nesta categoria de análise, diz respeito à preocupação com a pouca valorização do profissional enfermeiro pelo mercado de trabalho e os limites para que este desenvolva suas atividades norteadas pela integralidade. Este tema foi amplamente discutido pelo grupo de participantes da pesquisa, apontando para a necessidade de um olhar mais atento e interlocução mais efetiva da instituição formadora em relação às percepções dos alunos.

Houve unanimidade na opinião dos alunos de que a maioria dos empregadores de instituições de saúde, e, dentre estes, os que atuam em hospitais, não valorizam o enfermeiro que possui formação orientada pelos princípios do SUS, com foco na integralidade. Neste sentido, as experiências, relatadas pelos alunos participantes da pesquisa, sugerem que a prática dos enfermeiros, em tais instituições, não é condizente com o perfil profissional definido nas DCNs.

Os relatos a seguir evidenciam tais percepções:

P4: [...] a nossa colega que é técnica, falou que uma vez ela estava no 3º andar e a enfermeira da unidade era responsável por essa unidade e mais duas unidades [...] exigem demais do enfermeiro, sendo que ele é humano e ele é um só, e ele tem que dar conta, da gestão, do cuidado, da integralidade, de tudo...

P2: Eu achei interessante isso que o P4 falou sobre a valorização do profissional [...] o enfermeiro assumir duas, três unidades [...] é uma coisa que impede o trabalho, tanto o científico, quanto o integral [...].

P2: [...] tu é enfermeira, tens que cuidar dos técnicos [de enfermagem], vai arrumar os técnicos, ver o que eles estão fazendo...

P3: [...] vai cuidar a roupa...

P2: [...] vai cuidar a roupa, ver se eles estão de cabelo preso, brinco curtinho, é isso que tu tem que fazer no “hospital x” e no “hospital y” [se refere ao nome de dois hospitais].

P1: É o que produza mais, em menos tempo, que aceite ganhar pouco ou aceite trabalhar em vários lugares, que use menos material.

P3: Ele [o mercado de trabalho] quer um enfermeiro que consiga controlar a equipe [...] que gaste pouco material [...] um administrador [...] que ninguém vá para ouvidoria [...] e que não saia no jornal, o resto vem depois, a preocupação com o ser humano [...] se ninguém reclamar e estiver dando lucro, o administrador está bem satisfeito.

P6: [...] é o que o sistema espera do enfermeiro hoje em dia, profissionais de quantidade, que ele consiga atender uma grande demanda para não ter que contratar mais um.

Os depoimentos dos alunos dão conta de um cotidiano de trabalho hospitalar onde ainda é marcante a presença de uma normalização, que se baliza no próprio modo de ser enfermeiro, de comportar-se e de relacionar-se com o poder, incluindo-se, aí, elementos bastante valorizados pela profissão como a apresentação pessoal, o relacionamento com a equipe de trabalho e a execução das técnicas de forma padronizada, com perfeição e com superaproveitamento do tempo⁽⁸⁷⁾. Neste cenário, há uma hierarquização na responsabilidade em realizar a gestão de tais elementos, indispensáveis ao bom funcionamento da instituição, cabendo, ao enfermeiro, incluir, em suas atividades, a supervisão de sua equipe de trabalho, a fim de garantir o cumprimento de tais normas. De forma análoga, o enfermeiro também será supervisionado pelo seu superior, resultando na perpetuação desta lógica.

As falas sugerem que, para os alunos, o mercado de trabalho espera contar com um profissional com perfeita e diversificada habilidade técnica e que atenda

com rapidez ao maior número de demandas exigidas pelo cotidiano, ou seja, um profissional técnico generalista. Mesmo que a universidade tenha a pretensão de formar profissionais com senso crítico, com capacidade para um fazer específico e coerente com a finalidade da profissão, o perfil demandado pelo mercado de trabalho hospitalar não valoriza o conhecimento como parte da formação, estabelecendo uma dicotomia entre o saber e o fazer, valorizando mais o último⁽⁸⁸⁾.

Assim como as demais áreas, os serviços de saúde sofreram mudanças no final do século passado e início deste, como consequência da crise do capitalismo, no sentido da adoção de estratégias próprias de reestruturação produtiva do trabalho com a finalidade de assegurarem competitividade e lucro⁽⁸⁹⁾. Desta forma, os profissionais de saúde foram submetidos às mesmas regras impostas aos demais trabalhadores de qualquer empresa capitalista como o ritmo intenso, jornadas prolongadas e perda do controle de suas atividades, entre outros⁽⁹⁰⁾. Tal realidade estimula que os profissionais vendam sua força de trabalho, a qual servirá de caminho para o alcance de metas institucionais, muitas vezes não coincidentes com aquelas idealizadas por eles, resultando em sofrimento no trabalho.

Neste cenário, fica difícil, ao enfermeiro, desenvolver suas atividades profissionais cotidianas na perspectiva da integralidade. A sobrecarga de trabalho, muitas vezes imposta, inviabiliza a escuta das necessidades dos usuários, condição primeira para que se possa cuidar com base na gestão orientada para a integralidade. Como refere a literatura, a apreensão destas necessidades passa essencialmente pela revisão do modelo de gestão adotado nas unidades de saúde, implicando uma prática que ultrapasse os aspectos organizacionais da administração gerencial⁽⁸⁶⁾.

A análise, empreendida até aqui, dá conta das percepções dos alunos que participaram da pesquisa em relação à formação de que são sujeitos e as condições que ela oferece para aprender na perspectiva da integralidade. Os aspectos destacados parecem se configurar como limitadores desta aprendizagem e dizem respeito à relação professor/aluno, aos modelos de ensino alicerçados na biomedicina e na educação tradicional, à concentração das atividades práticas hospitalares em uma única instituição e às limitações do mercado de trabalho para acolher um profissional que queira atuar na lógica da integralidade.

O processo de análise do conteúdo desta categoria encaminha a conclusão de que, de uma forma geral, os discentes não identificam, em seu processo de formação, oportunidades de ensino com potência para superar a lógica vigente.

Em minha posição, enquanto docente do curso de enfermagem em estudo e como ator integrante deste processo de ensino, já reconhecia e sinalizava, na introdução deste trabalho, as dificuldades de minha instituição, a exemplo de outras apontadas pela literatura, em superar a lógica tradicional de ensinar saúde. Os achados confirmaram esta impressão e mostraram que os participantes percebem o ensino da mesma maneira, com obstáculos para avançar em direção a posturas pedagógicas mais porosas à prática da integralidade.

Fundamentado em minhas impressões, o estudo já propunha uma intervenção nesta realidade, optando por desenvolver uma pesquisa em concomitância às atividades tradicionalmente planejadas pela disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, da qual faço parte. Com esta opção, parto do pressuposto de que é, no próprio contexto em que se dá o ensino, que a proposição de novas práticas pode apresentar maior impacto.

Assim, com o intuito de avançar nesta discussão, a próxima categoria irá continuar abordando a formação em enfermagem, a exemplo desta seção, porém irá focalizar, especificamente, no ensino da consulta de enfermagem, bem como relatar as experiências discentes em um cenário ampliado de ensino e de cuidado.

5.2 A aprendizagem da integralidade em saúde: ensino da consulta de enfermagem na interatividade de cenários de cuidado

Na análise desenvolvida até aqui, foi possível destacar as percepções dos alunos acerca da formação de que são sujeitos, considerando a necessidade de capacitação para a prática da integralidade. A análise do conteúdo da presente categoria irá apresentar os resultados da intervenção delineada neste estudo, a qual teve a intenção de ampliar o cenário da consulta de enfermagem para espaços externos ao ambulatório hospitalar, constituídos pelos espaços de vida de usuários vinculados à consulta tradicional. Assim, os participantes puderam analisar a vivência na interatividade entre o cenário tradicional e o ampliado, bem como destacar as vantagens e desvantagens para o aprendizado e para a prática da integralidade em ambos os cenários.

5.2.1 A interatividade entre o cenário tradicional e o ampliado: limites e possibilidades para o aprendizado da integralidade

O presente estudo propôs a diversificação dos cenários de aprendizagem do cuidado, expandindo os campos de prática da disciplina Enfermagem no Cuidado ao Adulto II, por meio da interatividade entre a consulta de enfermagem tradicional, realizada em ambulatório hospitalar, e a consulta de enfermagem ampliada, realizada nos espaços de vida dos usuários. A experiência possibilitou, aos discentes, identificar os limites e as potencialidades destes dois cenários, não só para a aprendizagem da integralidade em saúde, mas, também, para a concretização do cuidado conforme esta perspectiva.

Na visão dos participantes, as consultas, realizadas no cenário tradicional, apresentam como principais entraves para a prática da integralidade: a definição, *a priori*, do tempo de duração de cada consulta, o uso de computador e de roteiros previamente elaborados com base nas informações do prontuário², a necessidade de coletar muitos dados estruturados³ e a realização dos mesmos questionamentos a todos os usuários. O trecho de discussão, apresentado a seguir, evidencia algumas destas percepções:

P6: [...] *uma grande [limitação da consulta] [...] é o tempo. Como a gente vai ser um profissional integral? [...] a gente faz uma consulta e o tempo da próxima consulta [realizado pelo colega] é para gente organizar a nossa evolução. Como, quem faz 5 consultas vai realmente fazer uma coisa com qualidade. Ou tu preza qualidade e faz 2 consultas bem feitas, ou tu preza quantidade [...].*

P1: [...] *nas minhas consultas eu busquei a integralidade e fazer perguntas, só que daí sempre eu passava do tempo.*

P4: *É verdade, nas consultas que eu não passei do tempo, que eu fiz no tempo certinho eu acho que eu fui menos [integral].*

P3: *Talvez tu até consiga no consultório, tu pode ser uma pessoa que consegue digitar e prestar a atenção na pessoa ao mesmo tempo [...]. A correria nos fez perder de ouvir, não escutar, realmente entender por que aquela pessoa está ali.*

Torna-se importante destacar que os cenários de prática, analisados pelos discentes, constituem-se tanto em espaço de cuidado como de aprendizagem do

² Refere-se ao Plano Prévio, estratégia pedagógica utilizada pela disciplina em questão como meio de planejar a consulta.

³ O instrumento de coleta de dados, integrante do prontuário eletrônico, é preestabelecido pela instituição.

cuidado. Assim, não podem ser desconsideradas as variáveis e interesses presentes neste contexto, os quais poderão ser produtores de graus diferentes de satisfação dos atores envolvidos neste processo – usuário, docente e aluno⁽³⁴⁾.

Embora o encontro entre estes atores tenha como finalidade comum a busca de saúde, obviamente, coexistem, neste encontro, outros desejos e necessidades. De qualquer forma, as dificuldades para que o aprendizado e o cuidado aconteçam na lógica da integralidade, anteriormente mencionadas e identificadas pelos alunos na vivência da consulta tradicional, poderão minimizar as possibilidades para que tais necessidades sejam atendidas de acordo com o objetivo que leva cada ator a ocupar este espaço, uma vez que práticas, baseadas no diálogo e na escuta mútua, poderão estar prejudicadas.

Ainda que o foco de discussão, proposto neste estudo, seja o cuidado integral, chama a atenção no último diálogo transcrito que, ao tratar deste assunto, alguns alunos trouxeram a palavra “integral” para expressar uma competência profissional idealizada como necessária para qualificar a atuação do enfermeiro. Isto leva à reflexão de que, a partir das proposições do SUS, a “pressão” para uma mudança de modelo de atenção em direção à ampliação do foco do cuidado, pode estar provocando, nos alunos, certa ambiguidade no entendimento sobre as qualidades que um enfermeiro necessita para ser um “profissional integral” e, como tal, possuir competência para a integralidade.

As barreiras à prática da integralidade, identificadas, pelos alunos, como características do modo tradicional de realização da consulta de enfermagem, os levaram a concluir que, neste cenário, são reduzidas as possibilidades de escuta e de singularização das situações trazidas pelos usuários. Foi destacado, nesta crítica, o tempo limitado para dar conta dos vários elementos estabelecidos *a priori* como constituintes estruturais deste tipo de consulta, os quais acabam por abreviar as chances de uma abordagem mais ampla que inclua, para além dos limites da doença, aspectos importantes da vida dos usuários. Neste sentido, as críticas dos discentes ao caráter protocolar e previsível, em conteúdo e forma, das consultas de enfermagem vivenciadas, podem ser reveladoras de uma tendência à massificação do cuidado realizado e ensinado. Anamneses, guiadas por questionamentos semelhantes dirigidos a pessoas diferentes, possivelmente serão indutoras de condutas igualmente semelhantes, desconsiderando suas singularidades e,

consequentemente, as distintas respostas que podem dar aos processos de adoecimento dos quais são sujeitos⁽²²⁾.

A discussão, que se segue, ilustra o posicionamento e a crítica dos alunos sobre a consulta de enfermagem que tradicionalmente faz parte do currículo do curso de enfermagem:

P5: [...] na primeira consulta eu tenho uma hora [...] para seguir aquele roteirinho [plano prévio] e reter muitas informações [...]. [...] a experiência de ter só as informações do prontuário [...] não foi muito bom, a maioria são coisas mais patológicas. [...] tu entras preocupado de perguntar aquilo para o paciente, para ver se tem algum tipo de evolução nos exames ou na clínica [...].

P4: [...] até sobre a alimentação é a mesma coisa [...] Está se alimentando bem? "Estou". Próxima pergunta... Isso também tem a ver, a gente não consegue abordar, aprofundar mais [...].

P5: É, tu vais acabar sempre voltando para o mesmo assunto, da dieta...

P6: [...] e outra coisa é essa mesa que barra a gente, o computador aqui que está dividindo a minha atenção [...].

P1: Eu acho que o ambiente e o tempo influenciam [...] quando a gente está ouvindo é a atenção que acaba se dispersando no sentido de que tu estás olhando o paciente, está olhando o relógio no canto do computador, tu está preenchendo o campo da alimentação, mas já está vendo o da eliminação.

As percepções, trazidas pelos discentes, traduzem um cenário de cuidado e de ensino do cuidado coerente com a lógica biomédica, a qual vem alicerçando o currículo vigente no curso de enfermagem em estudo. Como consequência, o processo de consulta de enfermagem ensinado sofre tanto a influência da lógica vigente na instituição formadora como das regras protocolares existentes no cenário de prática, um ambulatório hospitalar. As práticas de saúde, como resultado da aprendizagem neste cenário, têm sido, baseadas, quase que exclusivamente em aspectos relativos à doença e não ao sujeito, instalando-se um entorno propício para a priorização de tecnologias leve-duras, fundamentadas em saberes estruturados, particularmente, na clínica e na epidemiologia. Neste contexto, ficam desvalorizadas as tecnologias leves, mais comprometidas com o desenvolvimento de processos interseçores, próprios das relações constituídas por práticas de acolhimento e de escuta⁽²⁷⁾.

Assim, o modelo de consulta, vivenciado e analisado pelos participantes do estudo, segue a lógica ainda hegemônica da clínica tradicional, na qual a doença, e

não o sujeito constitui-se em objeto de trabalho. É uma prática clínica fundamentada na ciência, a qual alimenta saberes e procedimentos normalizados, transformando “a doença em objeto científico, passível de elaborações estruturadas e, portanto, base de apoio para uma ação orientada dos profissionais”⁽³⁵⁾. Impregnada pelo referencial biomédico, a enfermagem clínica, assim como outros campos da clínica, vem condicionando suas práticas a uma possível neutralidade nas relações entre quem cuida e quem é cuidado, objetificando os sujeitos e suas necessidades, e limitando o olhar profissional a uma compreensão da doença apenas em sua dimensão orgânica⁽⁸³⁾.

Outra característica da clínica tradicional, que também aparece nos relatos dos alunos sobre suas experiências de consulta de enfermagem, é o predomínio de uma comunicação de caráter normativo/informativo/investigativo, limitando a autonomia dos atores nela envolvidos (profissional e usuário) e a possibilidade do estabelecimento de uma conversa. Reduzidas as possibilidades de diálogo, ficam igualmente limitados os espaços de interação entre os saberes dos profissionais e os saberes trazidos à consulta pelos usuários. Nesta perspectiva, a pouca importância dada à sabedoria acumulada pelo usuário no processo de viver, em particular àquela relativa a experiências de saúde, de doença e de cuidado, além da desvalorização das suas expectativas de cuidado, acabam produzindo uma assimetria de poder entre este e o profissional que o atende na consulta⁽⁴¹⁾. O diálogo transcrito abaixo revela as percepções de alguns participantes a este respeito:

P6: *No modelo vigente tu [...] direciona um pouquinho mais pelas perguntas que tu faz, tu pergunta: está tudo bem? Ele vai te dizer: tá tudo bem. Tu comeu? Daí ele vai falar, tu vai ouvir só que tu vai direcionar um pouquinho mais aquilo que tu queres ouvir [...] tu limita um pouco mais.*

P4: *[...] é, eu acho que no consultório é bem assim: Comeu? Sim. Fez isso? Sim, não. [...] até por causa da questão de tempo e a pessoa também não vão ficar: "sabe que não comi, porque eu estou com dor [...]". Ela não vai, porque a gente já está pensando na próxima pergunta. Acho que isso faz com que ela não pergunte, não aborde coisas que ela gostaria de dizer.*

P8: *[...] então o que acontece, ele [profissional] está lá para responder o questionário: a paciente está com problema? Sim, está com problema. Ele não quer saber o que envolve... os itens que estão influenciando no problema do paciente [...] ele não quer saber o contexto. Ele está abordando o paciente, porque ele quer saber se*

o paciente tem alguma coisa ou não, responder aquilo que ele está questionando.

Próprio da clínica tradicional, a utilização de roteiros de coleta de informações, estabelecidos *a priori* pelos *experts* da instituição que é cenário deste estudo, comumente denominados de “anamnese”, reduz o sujeito à paciente, estreitando o campo visual da clínica à doença e abreviando a abordagem das necessidades em saúde aos limites do próprio corpo. Orientado pelo uso de um instrumento sistematizado e “pré-fabricado”, este tipo de enfoque tem dificuldades para apreender o fenômeno do adoecimento em toda a sua complexidade, por se limitar à descrição de fatos pouco contextualizados⁽⁹¹⁻⁹²⁾.

Outro problema deste tipo de abordagem assenta-se na priorização da queixa principal como norteador das condutas profissionais. Neste sentido, a consulta é conduzida no intuito de identificar problemas, a fim de compor diagnósticos, a partir de uma visão organicista que privilegia a dimensão física, na maioria das vezes desconectando-a de seu lado existencial⁽⁹¹⁻⁹²⁾. Como efeito, o sujeito e sua doença são enquadrados em protocolos clínicos, os quais posicionam o aspecto biológico como o mais relevante para o sucesso do tratamento, isto é, uma vez classificado o sujeito como portador de certa patologia, bastaria seguir corretamente as instruções profissionais para, automaticamente, obter-se ótimo resultado⁽⁹³⁾.

As consequências da adoção desta lógica, contudo, não têm se mostrado positivas. A literatura tem revelado que a prática rotineira, de tomar decisões terapêuticas aprioristicamente para situações consideradas semelhantes, tem tido como resultado altos índices de adesão parcial ou mesmo de não adesão a tais recomendações, impactando negativamente no nível de saúde dos usuários. Generalizam-se condutas para todos os sujeitos que portam patologias semelhantes, sem considerar a singularidade dos modos de adoecimento^(22, 35, 93). Assim, perde-se a oportunidade de considerar aspectos da vida do usuário que, sob um olhar externo, podem ser considerados pouco importantes, mas que, na experiência pessoal de viver a saúde e a doença, são influentes. Neste contexto, é possível que não haja coincidência entre o que é eleito como prioridade para o profissional e para o usuário, produzindo-se um desencontro terapêutico^(34, 91-92). Este fato pode ser evidenciado na visão de P2 em relação às consequências que podem advir de abordagens priorizadas a partir de protocolos de coleta de dados:

P2: [...] é muito impessoal [...] é como se tu tivesse lá na recepção e fizesse um cadastro [...] o paciente não consegue desenvolver o assunto que ele gostaria, ou que seria importante e na verdade tu nem está sabendo que aquilo ali é importante [...] mas às vezes é uma coisa que está fazendo toda a diferença na doença ou no contexto social dele.

Além da ênfase das discussões grupais aos limites da consulta tradicional, também os diários de campo foram utilizados para registrar reflexões e análises individuais que apontaram estes limites, ratificando as críticas desenvolvidas coletivamente sobre o problema da determinação prévia do tempo que deve/pode ser gasto numa consulta de enfermagem, como ilustram os trechos abaixo compilados:

P2: Fazer determinados registros é imprescindível, mas em uma primeira consulta, onde não conhecemos o paciente, isso pode levar muito tempo. Considerando que a consulta dura um determinado tempo, nem sempre é possível [...] preencher toda a admissão [...]. [...] Esta opção é muito arriscada [conversa do tipo interrogatório], pois podemos estar pecando em deixar passar informações que podem ser importantíssimas para o estado de saúde do paciente. [...] O limitador do tempo da consulta deve ser o paciente [...].

P6: [...] o fator tempo é um empecilho para a singularização do problema. [...] muitas vezes, deixamos de aprofundar algo do “emocional” [...] para perguntar sobre [...] outra pergunta de rotina [...]. [...] falta tempo [...] por termos somente 30 minutos [...] para a abordagem do paciente para além da doença.

P1: [...] conduzir uma conversa de forma que o paciente possa falar o máximo de tópicos que deseje e, ainda, conseguir abordar o necessário sobre o que tange a doença não é fácil (e é por isso que sempre passamos do tempo!).

Com o intuito de suplantar os limites para a efetividade das ações em saúde, decorrentes de práticas fundamentadas somente na biomedicina, o movimento pela reforma sanitária, ratificado pelo SUS, vem propondo uma reorientação das práticas profissionais no sentido de torná-las mais permeáveis a outros saberes que possam dar conta da complexidade das situações de adoecimento. A proposta de ampliação da clínica reside fundamentalmente na inversão da lógica tradicional de posicionar a doença como objeto central do cuidado em prejuízo da pessoa doente. Assim, a ação da clínica passaria a ser “centrada em um sujeito concreto, social e subjetivamente constituído”, o qual é portador de uma enfermidade e reage a ela de modo singular⁽³⁵⁾.

A análise, desenvolvida até aqui, buscou dar visibilidade às percepções dos alunos sobre o modo como são, tradicionalmente, realizadas/ensinadas as consultas

de enfermagem no processo de formação do qual são sujeitos. Os depoimentos dos alunos revelam um cenário de ensino/cuidado pouco coerente com o que preconiza o SUS e as diretrizes curriculares fundamentadas nos seus princípios. Porém, como proposto pelo presente estudo, os alunos tiveram a oportunidade de participar, paralelamente, de experiências de aprendizagem que se distinguiam das tradicionais, em cenários de consulta mais amplos. A ideia era, não só, explorar as possibilidades de aprender/produzir integralidade em saúde em consultas de enfermagem, mas, também, possibilitar, aos alunos, experiências de análise e de crítica sobre espaços de aprendizagem/cuidado distintos, a partir da realização de consultas tradicionais e consultas ampliadas. Neste sentido, sair do cenário tradicional e ir ao encontro dos usuários em espaços da vida cotidiana, para, nestes espaços, realizar uma “consulta de enfermagem ampliada”, foi proposto como estratégia para a superação dos limites que caracterizam as consultas realizadas no ambulatório do hospital.

Nas sessões de grupos focais, foi possível identificar, a partir dos diálogos dos alunos, que este novo cenário de cuidado e de aprendizagem do cuidado incorporou novos saberes ao currículo vivenciado. A importância de uma postura de escuta e as possibilidades, que esta postura abre à integralidade em saúde, se constituíram em pano de fundo para a aprendizagem destes saberes. Ao longo desta seção, alguns saberes já serão abordados como forma de evidenciar os resultados da intervenção proposta pelo estudo e suas possibilidades de aproximar o ensino a práticas mais coerentes com a clínica ampliada. A análise mais detalhada sobre os saberes e as práticas, gerados na experiência da interatividade dos cenários de cuidado, será abordada na próxima subcategoria.

A abordagem externa ao consultório possibilitou a ampliação do olhar sobre o sujeito do cuidado, ao agregar aspectos de sua vida difíceis de emergir em restritos espaços de relação, como é o caso do consultório. Nesta perspectiva, foi possível identificar, nas experiências relatadas pelos discentes, vivências que remetem a uma lógica inovadora de aprendizagem/cuidado no contexto da consulta de enfermagem, qual seja a de buscar ofertar, aos usuários, um cuidado em saúde alinhado com os pressupostos da clínica ampliada. A utilização de um roteiro semiestruturado, contendo perguntas abertas com foco na vida do usuário e não na sua doença, foi uma das estratégias da consulta ampliada que facilitou o exercício de uma clínica centrada no sujeito e em suas necessidades^(35, 91). A experiência de

cuidado, realizado em locais em que as regras institucionais não estavam presentes, foi considerada positiva por todos os participantes do estudo. A ausência de normativas de ordem ambiental, temporal e protocolar, entre outras, fez com que predominassem as tecnologias leves na interação entre os atores do encontro⁽²⁷⁾.

O formato da consulta tradicional, percebido como limitador para a realização do cuidado na perspectiva da integralidade foi substituído, na consulta ampliada, por outro modo de abordagem, não mais centrado em saberes previamente definidos como relevantes, mas orientado pelas necessidades de cada usuário - produtos e produtoras das suas singularidades. As principais vantagens da consulta de enfermagem ampliada, destacadas nas discussões de grupo focal e nas reflexões registradas nos diários de campo, estão relacionadas à ausência do limite temporal, o que, na visão dos alunos, ampliou as possibilidades de realização de uma escuta mútua dos atores envolvidos. No trecho de discussão apresentado abaixo, os alunos analisam comparativamente a consulta tradicional e a ampliada, indicando as vantagens desta última:

P2: [...] a nossa paciente não estava nem aí para a colostomia [...] mas o que estava preocupando ela era o filho. Bom, isso é uma coisa que nunca iria sair no consultório, ela nunca iria falar.

P4: [...] é, no modelo de consulta ampliada, dá para ver bem melhor que os problemas que a gente identifica, nem sempre são prioridade para o paciente [...]. [...] possibilita que a gente [...] aborde outras coisas que também são importantes para a doença dela.

P6: [...] quando vai para a consulta ampliada, a gente vai com outra visão [...] com perguntas novas [...] com uma ideia nova [...]. [...] o fora do consultório me deu mais possibilidade de explicar [...]. [...] e têm também aqueles dois fatores, o jalequinho branco, a tua roupinha, que na rua, pelo menos a gente não teve nada disso, então foi uma conversa entre duas pessoas ali, unindo os conhecimentos [...].

P4: [...] mas a gente tem que se preparar muito mais para prescrever os cuidados [na consulta ampliada], fica muito mais singular, porque a gente já conhece a pessoa [...]. É diferente de eu fazer uma consulta no consultório e pelo que o paciente vai me falando, mais ou menos eu vou direcionando [...].

P7: [...] eu acho que foi muito legal a experiência de sair dos muros do hospital, de se despir do jaleco branco e ir visitar a pessoa onde ela queria [...]. [...] [a ampliação dá condições] de avaliar realmente o que pode ser implementado na vida da pessoa, o que não pode [...]. [...] a gente tinha um roteiro da consulta [...] mas não era aquela coisa [...] fechada [...] a gente podia explorar da nossa forma.

As reflexões, feitas pelos participantes da pesquisa, indicam que saberes importantes foram aprendidos a partir da experiência de transitar entre um modelo e outro de consulta. Dar-se conta de que as prioridades dos usuários podem ser distintas daquelas elencadas pelos enfermeiros nas suas ações e intenções de cuidado, por exemplo, parece ter sido uma das aprendizagens. Outro saber, que aparece claramente nas falas acima como resultado da experiência de atuar em cenários distintos de consulta de enfermagem, é a importância da liberdade e da criatividade dos atores envolvidos na consulta ampliada, guiada mais pela conversa e pela espontaneidade do que por protocolos e agendas pré-definidas.

No depoimento do P4: “*a gente tem que se preparar muito mais para prescrever os cuidados [na consulta ampliada], fica muito mais singular, porque a gente já conhece a pessoa*” fica evidente a percepção de que, nesta nova forma de abordagem, já não se torna mais possível a utilização de protocolos para orientar ações resolutivas às necessidades trazidas pelos usuários. Conhecer o sujeito do cuidado implica na singularização e na resignificação daquela situação, que é especial e que difere de outras, considerando que pessoas portadoras de patologias semelhantes poderão ter necessidades distintas. Aprende-se, nesta experiência, que é necessário muito mais que conhecimento científico para que o enfermeiro possa oferecer um cuidado efetivo e que cause impacto positivo nas situações apresentadas pelos usuários. Neste cenário, novamente, pode ser identificada uma transição de atitudes profissionais baseadas em processos estruturados, convencionais, regrados pelo conhecimento formatado na clínica para outros menos duros e com mais potência para produzir subjetividades entre os atores do encontro, possibilitando que tal encontro faça sentido para ambos⁽²⁷⁾.

Percepções semelhantes foram ratificadas nos registros dos diários de campo da maioria dos participantes, exemplificados abaixo:

P1: *[...] a ideia de sair do consultório é permeada por significados: desde os mais simples, como a vestimenta (sem jaleco), os mais tecnológicos (sem computador, sem procedimentos técnicos) até os mais regrados (sem tempo pré-definido). [...] o modo como a conversa foge de termos técnicos, valores de exames e diagnósticos [...]. [...] Foram duas horas em que a paciente relatou tantas coisas [...] que, talvez, jamais se conseguiria chegar em 30min dentro de um consultório do ambulatório.*

P2: *[...] é uma forma de conhecermos o usuário, inserido em seu contexto de vida. [...] possibilita que ele tenha tempo [...] para relatar*

tudo o que tiver vontade. Surgem relatos que jamais surgiriam em um ambiente formal como o consultório e que podem influenciar muito em seu o quadro de saúde [...].

P3: *[...] As facilidades são o tempo que não é pré-determinado. O diálogo flui mais naturalmente. [...] a consulta não fica pergunta-resposta, os assuntos vão surgindo naturalmente; conseguimos visualizar as condições desta pessoa.*

P5: *O aluno que tem a possibilidade de entrar em contato com a consulta ampliada passa a valorizar mais certas informações que, dentro do consultório, poderiam ser consideradas irrelevantes e, assim, ampliando seu “plano de cuidados” [...].*

P6: *[...] é uma mudança de modelo de consulta, que faz perguntas mais amplas, que sai da fisiopatologia da doença, que coloca a patologia em palavras cabíveis ao paciente e que necessita de tempo [...].*

Nas reflexões, registradas em diários de campo pelos participantes, igualmente podem ser identificados elementos destacados na análise anterior evidenciando o entendimento, por parte dos alunos, de que o contato com os usuários, em ambientes livres de regras institucionais, imprimiu novo significado ao encontro e exigiu uma abordagem diferente daquela aprendida/realizada na consulta tradicional. Expressões como: “*o modo como a conversa foge de termos técnicos, valores de exames e diagnósticos*”; “*a consulta não fica pergunta-resposta, os assuntos vão surgindo naturalmente*”; “*é uma mudança de modelo de consulta [...] que sai da fisiopatologia da doença, que coloca a patologia em palavras cabíveis ao paciente*”, remete a uma lógica inovadora de pensar o cuidado, que requer uma atitude aberta e criativa por parte do enfermeiro.

Além dos benefícios apontados anteriormente, identificou-se, na ampliação do cenário de cuidado, um ambiente propício para diminuir a distância entre o profissional e o usuário, possibilitando uma relação menos hierarquizada e potencializadora de reconhecimento mútuo no sentido de ser um encontro marcado pela intersubjetividade⁽⁹⁴⁻⁹⁵⁾. Os depoimentos de alguns participantes destacam a satisfação sentida e também percebida nos usuários que tal encontro proporcionou.

Os alunos puderam expressar aspectos de suas vidas que foram reconhecidos, pelos usuários, como semelhantes às suas: “*a gente comentou algumas coisas da nossa vida para a paciente e eu acho que foi bem positivo, pois ela disse: vocês também ficam doentes, vocês também ficam tristes, vocês também são pessoas*”, o que possibilitou derrubar algumas barreiras que normalmente estão

presentes na relação da clínica tradicional e que são limitadoras para a apreensão das necessidades de saúde. Quanto aos usuários, os mesmos “se sentem prestigiados, sentem mais cuidados e se sentem mais a vontade para falar”. Torna-se importante ressaltar que tais percepções podem ser decorrentes do contexto de atenção proporcionado pela pesquisa, o qual foi promotor de uma abordagem personalizada, em ambiente eleito pelo usuário. De qualquer forma, pode-se inferir que o encontro entre os atores do cuidado, nestas condições, com a minimização de barreiras espaciais e linguísticas, oferece condições mais favoráveis à superação de práticas de saúde limitadas ao campo estritamente biológico.

Os depoimentos, a seguir, evidenciam tais interpretações:

P4: *O P1 tinha comentado também de conhecer o paciente, eu acho que [...] faz muita diferença. [...] é bem diferente do consultório [...]. [...] na nossa consulta ampliada, a gente comentou algumas coisas da nossa vida para a paciente e eu acho que foi bem positivo [...] acho que diminui essa barreira [...] é importante o paciente ver que eu sou humana e na consulta ampliada isso dá para fazer.*

P1: *[...] eu penso que a paciente se sentiu cuidada por mim e eu acho que ela saber que tem uma pessoa que se importa, como o P1 falou, que foi naquele lugar [...] que está lá ouvindo [...] e o fato de tu escutar, de tu estar presente, mostrar preocupação mesmo [...].*

P7: *[...] e a gente percebe que eles gostam bastante dessa consulta ampliada, mais cuidados e mais a vontade para falar [...] eu acho que é uma boa alternativa [...] para garantir mais sucesso no tratamento, quebrar essa barreira do hospital, esse bloqueio que tem do científico e tu te dispões a ir à casa da pessoa e falar abertamente com ela [...].*

Os últimos dados interpretados revelam os resultados das vivências dos alunos na realização da “consulta de enfermagem ampliada”, a qual foi proposta, neste estudo, como estratégia para superação dos limites que caracterizam as consultas realizadas no ambulatório do hospital. Os participantes analisaram, comparativamente, a consulta tradicional e a ampliada, indicando as vantagens desta última. As principais vantagens estão relacionadas à ausência de limite temporal nos encontros com os usuários, bem como ao ambiente livre das regras institucionais. Esta nova forma de cuidar e de aprender o cuidado, possibilitou a liberdade entre os atores para que as tecnologias relacionais⁽²⁷⁾ fossem priorizadas, o que provocou o deslocamento de abordagens centradas somente na doença para outras interessadas em conhecer a multiplicidade de situações singulares que possuem impacto nas questões relacionadas à saúde.

Na análise que se segue, são revelados os limites que a intervenção proposta apresentou, na opinião dos participantes, para sua implementação. Tais limites estão relacionados, principalmente, à segurança dos atores envolvidos no cuidado e à demanda crescente por atendimento.

Ao mesmo tempo em que indicaram as vantagens da consulta ampliada de enfermagem, os alunos também reconheceram os limites desta proposta, estimulados pela solicitação da pesquisadora de que refletissem sobre esta questão. Entre os limites, foi destacada a possível falta de segurança dos locais onde as consultas ampliadas foram realizadas, tanto para alunos, quanto para os usuários atendidos.

P4: [...] teve muitas coisas boas [na consulta ampliada], mas uma coisa que eu achei de ruim, foi a segurança. A gente fez ali na Redenção, todo o tempo passava alguém vendendo coisas e a gente segurando as bolsas, com medo. No ambulatório, eu me sinto supersegura [...] ali no hospital tem o jaleco, a gente meio que manda ali, é o meu ambiente [...].

P3: Acho que essa questão da visita, da segurança também, tanto da segurança física quanto da profissional, tu estar com o jaleco te dá uma tranquilidade para o atendimento.

P2: [...] eu achei muito importante que o P4 falou sobre a questão da segurança. [...] isso é um limitador da consulta ampliada [...]. [...] a gente se expõe, não está de jalequinho [...]. [...] não é dessa forma que tu mostra a integralidade para os alunos, então eu acho que tem que ter certeza de que é um ambiente seguro [...] o consultório nos dá essa segurança [...] a gente se sente mais à vontade [...].

Apesar da ênfase do grupo na questão da segurança, a percepção de que este aspecto seria um empecilho, para viabilizar a ampliação da consulta de enfermagem, não foi uma unanimidade, como ilustra o depoimento transcrito abaixo:

P6: Eu achei interessante a questão que o P2 disse, a segurança. A minha experiência foi diferente, por ser em um lugar público [...] quem sabe não é o melhor lugar, mas eu acho que existe a outra solução, vamos tentar um meio termo. No nosso caso, o meu pelo menos, foi supertranquilo [...] a segurança não foi um fator que tenha me atrapalhado [...].

Observou-se, também, nas discussões dos grupos focais, como também nos registros dos diários de campo, a recorrência da expressão “jaleco branco”, sendo esta vestimenta ora considerada como uma barreira para praticar a integralidade, ora considerada como algo que proporcionaria segurança aos participantes na ampliação do cenário de cuidado. De qualquer maneira, o uso do jaleco, pelos

profissionais da área da saúde, é carregado de um intenso simbolismo de poder e identidade profissional, porém, do ponto de vista histórico, não há registros consistentes que justifiquem tal fenômeno⁽⁹⁶⁾.

O uso de roupas brancas por esta categoria profissional é relativamente recente, aparecendo, no ocidente, a partir do século XIX. Possivelmente, o uso do branco tornou-se mais habitual a partir da introdução de medidas de assepsia para prevenir mortes no ambiente hospitalar. No século XX, contudo, há inúmeros registros sobre o uso do branco pelos profissionais da saúde, sendo esta prática, na época, instituída por diversos serviços médicos, por meio de normativas⁽⁹⁷⁾. Pode-se inferir que a importância, dada a esta tradição por parte dos estudantes de enfermagem, reside no fato de a profissão ter sido fundada como uma prática coadjuvante à prática médica⁽⁹⁸⁻⁹⁹⁾, portanto compartilhando as mesmas prerrogativas.

Além do limitador “segurança”, também foi citado o tempo despendido para levar a cabo este tipo de intervenção, o qual, segundo alguns alunos, esbarraria na demanda por atendimento.

P4: *O tempo é um impeditivo, também eu não posso atender um paciente por tarde, porque eu vou resolver o problema de um e não de 50 [...].*

P2: *[...] além da demanda que é bem complicado. [...] para dar conta [...] tu ia ter que ter muitos enfermeiros para dar conta [...] porque para o paciente é melhor que ele tenha uma consulta de meia hora daqui a seis meses do que uma consulta de uma tarde inteira para daqui a dois anos [...].*

P4: *A gente não pode, que nem o P2 falou, saber tudo de todo mundo, porque não adianta eu dar uma consulta maravilhosa, [...] o paciente se motivar com o que eu estou dizendo, se, como é que eu vou ver ele semana que vem, mês que vem, eu não vou ver ele [...] porque cada tarde eu perdi de tempo para ver um paciente, então vai ter que ter muitos enfermeiros para muitas pessoas, que precisam muito desse cuidado [...].*

Esta mesma impressão foi reforçada no diário de campo de P2, ocasião em que ele traz sua visão de que “*uma consulta nestes moldes exige uma equipe de enfermeiros que, trabalhando juntos, seja capaz de vencer a demanda progressiva de pacientes usuários do SUS.*”

Apesar da proposta de realização de consultas de enfermagem nestes moldes ter sido restrita à pesquisa e, portanto explicitada sua finalidade aos participantes, a questão da demanda e da responsabilidade do enfermeiro frente a

isso foi motivo de discussão no grupo focal. Os alunos avaliaram as consequências que este tipo de intervenção teria na rotina profissional do enfermeiro e a análise, feita por eles, é sugestiva de que ainda permanece o entendimento de que cada equipe de saúde, isoladamente, seria responsável por “*vencer a demanda progressiva de usuários do SUS*”, como registrou o P2. Não foram questionadas, em nenhum momento da discussão, as possibilidades de um trabalho integrado da equipe multiprofissional no sentido de atender tal demanda. Este entendimento pode ser reflexo da formação de que os participantes são sujeitos. Como já mencionado anteriormente neste trabalho, o hospital, que é campo prático de ensino destes alunos, apresenta limites para a prática da integralidade, uma vez que mantém, predominantemente, a lógica de funcionamento por meio de práticas fragmentadas, tendo, nas especialidades, a principal estratégia de atenção.

A experiência de realização da consulta de enfermagem em dois contextos distintos e peculiares e a consequente oportunidade que os alunos tiveram de realizar análises comparativas acerca dos prós e contras de um modelo e de outro resultaram numa certa relativização no modo como foram avaliados estes dois modelos. Dado o objetivo de atender as necessidades do usuário, os alunos consideraram, por exemplo, que, apesar da consulta ampliada apresentar várias vantagens em relação à consulta tradicional, esta não seria suficiente para atender tal objetivo. Nesta perspectiva, foi sugerida a oferta combinada de consultas de enfermagem tradicionais e ampliadas, as quais seriam utilizadas de modo a se complementarem. Assim, as práticas de saúde, desenvolvidas no consultório, se configurariam como uma primeira aproximação com o sujeito que busca a consulta no sentido de estabelecer um vínculo inicial que possibilitasse uma futura ampliação.

Estes argumentos encontram-se destacados a seguir:

P2: *[...] a experiência do ambulatório é bem importante [...] aquele padrão de registro que faz com que tu tenhas a quantidade de dados necessária [...] então aquele cenário quadradinho de preencher as lacunas tem a sua função. [...] o ambulatório tem esse pró [...] de ser bem certinho para todos os pacientes, não vai faltar nada, a princípio [...].*

P7: *[...] como o P2 falou, essa questão da consulta no ambulatório, de ser um ambiente mais formal, de ter todo o protocolo, todo o registro, acaba depois sendo um subsídio [...] quando a gente vai fazer a consulta ampliada [...] porque aí tu passaste por aquela fase mais científica, mais técnica e do jaleco branco, de estar dentro do hospital [...] uma coisa complementa a outra.*

P5: [...] eu vejo que o consultório é fundamental na primeira consulta, porque tu tens o prontuário [...] a partir disso, eu acho que depende de cada paciente, mas passando da primeira consulta onde tu tens um tempo maior [uma hora], consegue conhecer mais aquele paciente e já pode partir para uma ampliada [consulta].

Como consequência da discussão empreendida pelo grupo, quanto aos limites e possibilidades de cuidar tendo o pressuposto da integralidade como norteador das práticas de saúde, os participantes partilharam do entendimento de que se torna necessário aprender a conviver com o modelo biomédico e um modelo ampliado de atenção. Neste sentido, foi possível, ao grupo, refletir sobre a viabilidade da promoção de mudanças de algumas práticas estruturadas, como as já citadas neste estudo, ainda no contexto do consultório, em direção a outras mais flexíveis que sejam porosas à ampliação da escuta dos usuários e que permitam melhor apreender suas necessidades de saúde tomando-as como centro de suas intervenções e práticas⁽⁶⁾.

O diálogo, a seguir, revela as percepções dos participantes quanto às possibilidades de concomitância entre os dois modelos de atenção na prática profissional:

P3: [...] não tem muito como separar os dois modelos. Tudo isso que a gente leu, pesquisou e vivenciou nos dois modelos [...] nós como profissionais vamos ter que achar uma maneira de fazer com que essas duas coisas funcionem juntas.

P4: [...] eu acho que dá para fazer integralidade no ambulatório [...]. [...] se tivessem consultas mais frequentes [...] podiam ser abordados bem melhor vários fatores de forma mais integral [...].

P8: Eu acredito que tem como a gente trabalhar com a perspectiva da integralidade ainda no modelo biomédico [...]. [...] se o modelo biomédico visa só a doença, a integralidade podia ajudar vendo outros fatores [...] que podem influenciar na doença [...].

P3: É difícil juntar as duas coisas, mas eu penso que tem como fazer um elo [...] ver o contexto da pessoa, mas também a hipertensão [...]. [...] e essa questão da especialidade [...] de poder ser um especialista [...] e também conversar com o paciente. A gente pode alcançar isso, uma coisa não é impeditiva da outra [...].

P7: Que nem o P3 estava falando, dessa questão da especialidade, no estágio eu e o P8 [...] atendemos uma mãe que nas três evoluções anteriores era só evolução de amamentação, de bebê, de como está o fundo do útero, e ninguém tinha visto que ela tinha um acesso no braço [...] ali jogado [...]. Isso entra nessa questão da integralidade [...] tem que saber olhar o contexto, não olhar a mulher como que só teve um parto [...].

As reflexões, geradas no grupo focal em relação a esta temática, podem ser sugestivas de que os alunos estão buscando um terceiro modelo de consulta de enfermagem, que não é nem o tradicional nem o ampliado, como meio de viabilizar o atendimento às necessidades dos usuários.

Neste novo contexto de cuidado, desenhado a partir de tais reflexões, haveria a combinação de tecnologias leve-duras e leves⁽²⁷⁾, no sentido de utilizá-las de acordo com as demandas trazidas pelos usuários naquela consulta. Desta forma, as ações do enfermeiro seriam moduladas não só pelo saber técnico e por sua necessidade de oferecer o cuidado a partir da identificação de problemas relacionados estritamente à doença, mas também a partir das necessidades elencadas pelo próprio usuário como merecedoras de intervenção profissional. Na percepção dos alunos, ainda, é necessário que o enfermeiro tenha tanto o conhecimento científico como também uma postura humanizada para prestar um cuidado qualificado.

Ainda, sobre a coexistência entre os dois modelos de atenção, ficou corroborada, na discussão a seguir, a complexidade que reside na superação de uma lógica tão enraizada como é a biomédica. Tal discussão girou em torno do entendimento de um dos participantes de que a adoção de um modelo provocaria a exclusão do outro, uma vez que isso seria “*possível na teoria, mas não na prática*”.

P5: [...] a gente pode conversar aqui que é possível unir as duas coisas [modelo biomédico e integralidade] [...] mas na prática isso, às vezes, não vai acontecer, porque, ou a pessoa vai se dedicar muito ao modelo biomédico e vai estar tudo legal, ou ela vai tentar a integralidade [...]

P3: Não, eu acho que a pergunta foi a seguinte: Se um profissional que se apegou a integralidade também pode ter o conhecimento técnico, anatômico...

P5: Sim, eu falei que pode na teoria...

P4: Na prática não?

P5: Dá, eu não estou falando que não dá [...] o que eu vejo hoje é que ele pode na teoria, mas na prática ele não consegue entender? Porque, ou ele vai ser influenciado pelo modelo biomédico ou ele vai ser excluído e vai ficar com a integralidade na casa dele.

P4: [...] mas eu acho que dá para se tentar ser um meio termo. [...] não adianta também eu ser supercarinhosa [...] a gente também tem que saber orientar as coisas para ele, mas com integralidade. Integralidade não é [...] eu tentar resolver todos os problemas dele [...] mas eu também vejo que integralidade não é só abraçar o paciente [...] é tu saber tratar ele bem, mas também orientar [...].

O trecho de discussão, acima compilado, sugere que, ao serem sujeitos de uma proposta diferente de ensinar/realizar uma consulta de enfermagem, alguns alunos podem ter compreendido que a ideia do estudo era a de rejeitar as ações e procedimentos que vêm compondo a consulta tradicional. Ao contrário da percepção do participante em questão, não se trata de rejeitar um modelo ao valorizar o outro, trata-se de ampliação. A discussão anterior a esta mostrou que a maior parte dos alunos participantes da pesquisa possui o discernimento de que considerar a doença é importante na medida em que esta influencia também na definição da clínica a qual recorrer⁽³⁵⁾. A ideia de propor a ampliação do modo tradicional de realizar a consulta teve como uma das finalidades, justamente provocar reflexões acerca do modelo de cuidado, até então, ensinado/realizado. A mudança de ambiente no encontro com os usuários e, como consequência, o incremento nas possibilidades de escuta mútua, permitiu a reentrada, em cena, do sujeito doente e seu contexto de vida. Neste novo cenário, diferentemente do tradicional, a doença não ocupou posição de destaque, viabilizando o ensaio de uma clínica centrada nos usuários e em sua experiência concreta^(35, 100).

Também pode ser constatado neste estudo, que as reflexões sobre os limites e as potencialidades, para a prática da integralidade em saúde na interatividade do cenário de ensino/cuidado da consulta de enfermagem, também foram precursoras de um “dar-se conta” de que a integralidade pode ser praticada em qualquer cenário, seja ele tradicional ou não. O diálogo transcrito a seguir corrobora para esta análise:

P5: [...] se eu não tivesse entrado em contato com a consulta ampliada, eu acho que eu não ia ter essa visão de que a integralidade vai depender de mim e não de onde eu vou estar [...].

P2: [...] é, a integralidade não tem a ver com o cenário. [...]. [...] tem como tu atuares com integralidade mesmo sendo lá na beira da UTI [...] então a gente que tem que mudar o pensamento, mesmo sem sair do lugar.

P6: Quanto ao que o P2 falou sobre o cenário [...] é que o cenário é mais importante para gente como profissional do que para o paciente. [...] a integralidade pode sim ser colocada em prática em qualquer ambiente, desde que o nosso pensamento, o nosso foco tenha mudado.

P7: [...] eu pude perceber, é que não precisa ser necessariamente uma agenda do ambulatório com os pacientes. [...] na unidade de internação tu pode [...] conversar, ver o que está acontecendo [...]. [...] então a gente cuidar, prestar a atenção da vida do paciente [...] isso eu vou levar daqui por diante na minha vida profissional.

Segundo a opinião dos participantes, ampliar o cuidado a partir da prática da integralidade irá depender mais da mudança de atitude do profissional e menos do usuário e do cenário. Esta compreensão, revelada pelos alunos, evidencia a importância da formação dos enfermeiros que, dependendo do modelo de ensino adotado, tanto pode renovar as práticas tradicionais quanto aderir passivamente a elas.

Em análise anterior, neste trabalho, foi evidenciado, por meio das percepções dos alunos participantes, que tentativas de mudanças que proponham alterações nas práticas pedagógicas são de difícil incorporação por parte do corpo docente, principalmente quando se trata de tentativas de rompimento com lógicas enraizadas e tradicionais como é o caso daquelas comprometidas com a racionalidade biomédica. Somando-se a estas percepções, algumas práticas pedagógicas, fundamentadas no modelo tradicional de educação, também foram destacadas pelos participantes da pesquisa como um limite para a formação para a integralidade.

A presente pesquisa, na tentativa de contribuir com as discussões em relação à superação do modelo vigente na instituição em estudo, propôs a inovação nos modos de ensinar/realizar a consulta de enfermagem. A inovação deu-se no sentido do desenvolvimento de práticas pedagógicas alinhadas com a política de educação permanente⁽¹²⁾, a qual avalio como estratégia adequada para a promoção de transformações na formação, no sentido de ampliação da “concepção hegemônica tradicional (biologicista, mecanicista, centrada no professor e na transmissão) para uma concepção construtivista (interacionista, de problematização das práticas e dos saberes)”⁽¹⁰¹⁾.

A seguinte afirmação, expressada pelo P5: “[...] se eu não tivesse entrado em contato com a consulta ampliada, eu acho que eu não ia ter essa visão de que a integralidade vai depender de mim e não de onde eu vou estar [...]”, evidenciou que a participação, na pesquisa, proporcionou experimentações diferentes daquelas tradicionalmente vivenciadas nos limites do ambulatório do hospital, com mais potência para promover transformações nas práticas de saúde vigentes. Entrar em contato com o cotidiano dos usuários possibilitou outros aprendizados, gerados a partir da problematização e da reflexão crítica⁽¹²⁾ das experiências de cuidado nos dois cenários onde a consulta de enfermagem foi realizada. Neste sentido, as aprendizagens resultaram da vivência no novo contexto de cuidado proposto pelo estudo, as quais se deram na interceção entre os saberes prévios e os saberes

renovados pela experiência, constituindo-se em um modo de aprender distinto daquele tradicionalmente desenvolvido na formação vigente.

A análise, empreendida até aqui, dá conta das percepções dos alunos em relação à experiência de ter participado da intervenção delineada neste estudo, a qual teve a intenção de ampliar o cenário da consulta de enfermagem para ambientes externos ao ambulatório hospitalar, constituídos pelos espaços de vida de usuários vinculados à consulta tradicional. Os participantes da pesquisa puderam analisar a vivência na interatividade entre o cenário tradicional e o ampliado, bem como destacar os limites e as potencialidades para o aprendizado e para a prática da integralidade em ambos os cenários.

O processo de análise do conteúdo desta subcategoria revelou que, na visão dos participantes, as consultas, realizadas no cenário tradicional, apresentam como principais entraves para a prática da integralidade as regras institucionais de ordem ambiental, temporal e protocolar. Por outro lado, a abordagem externa ao consultório possibilitou, principalmente pela ausência do limite temporal, a ampliação do olhar sobre o sujeito do cuidado, ao agregar aspectos de sua vida difíceis de emergir na consulta tradicional.

Ao mesmo tempo em que indicaram as vantagens da consulta de enfermagem ampliada, os alunos também reconheceram os limites desta proposta. Entre os limites foi destacada, principalmente, a possível falta de segurança dos locais onde as consultas ampliadas foram realizadas, tanto para alunos quanto para os usuários atendidos.

Como consequência da discussão empreendida pelo grupo, quanto aos limites e possibilidades de cuidar tendo o pressuposto da integralidade como norteador das práticas de saúde, os participantes compartilharam do entendimento de que se torna necessário aprender a conviver com o modelo biomédico e um modelo ampliado de atenção. Neste sentido, foi possível, ao grupo, refletir sobre a viabilidade da promoção de mudanças de algumas práticas estruturadas, como as já citadas neste estudo, ainda no contexto do consultório, em direção a outras mais flexíveis que permitam melhor apreender as necessidades de saúde tomando-as como centro de suas intervenções e práticas.

A próxima subcategoria dará continuidade à apresentação dos resultados da intervenção proposta no estudo, enfocando, particularmente, os saberes e as

práticas gerados na experiência da interatividade entre a consulta de enfermagem tradicional e a consulta de enfermagem ampliada.

5.2.2 Os saberes e as práticas gerados na experiência da interatividade dos cenários de cuidado

Na subcategoria anterior, a análise do conteúdo deu visibilidade às percepções dos participantes da pesquisa em relação aos limites e possibilidades para o aprendizado e para a prática da integralidade na vivência da interatividade entre a consulta de enfermagem tradicional e a consulta de enfermagem ampliada.

Apesar do reconhecimento da existência de alguns entraves à sua concretização, a possibilidade de ofertar o cuidado em um ambiente externo ao consultório tradicional e a consequente ampliação do cenário de cuidado, conforme proposto pelo estudo, configuraram-se em uma vivência produtora de saberes e práticas. Neste sentido, os participantes destacaram elementos percebidos na experiência, os quais foram considerados facilitadores de aprendizagens na direção da integralidade em saúde: a percepção de que nem sempre as prioridades de intervenção, eleitas pelo profissional, são coincidentes com as eleitas pelo usuário (problemas de saúde *versus* necessidades de saúde); a possibilidade de aprender por meio da interação com os sujeitos do cuidado; o papel da escuta no contexto do cuidado; as possibilidades de criação de vínculo; o protagonismo dos atores na construção de projetos terapêuticos compartilhados.

O cuidado, desenvolvido na lógica biomédica, é alicerçado no pressuposto de que cabe somente ao profissional, fundamentado em seu saber científico, decidir quais situações identificadas merecem intervenção. Usualmente, no contexto da consulta ambulatorial, incluindo-se, aí, a de enfermagem, tais decisões têm sido adotadas a partir do raciocínio clínico resultante de análises circunstanciadas em resultados de exames, medidas antropométricas e, pelos relatos dos usuários, na maioria das vezes de forma sintética, podendo ser pouco contributivo para um diagnóstico/cuidado coerente com suas necessidades.

Este contexto de atenção tem, como norteador de intervenções, a identificação de “problemas de saúde”, expressão utilizada rotineiramente pelos profissionais da área da saúde, sem a devida reflexão sobre seu significado, para a definição de situações passíveis de tais intervenções, tendo-se, como finalidade, o

controle de doenças claramente traduzidas por saberes fundamentados na racionalidade biomédica⁽¹⁰²⁾.

Diferentemente de “problemas de saúde”, considera-se, neste estudo, possibilidades de ampliação do objeto do cuidado, por meio de intervenções que considerem as “necessidades de saúde”⁽⁶⁾ como base para seu planejamento. Nesta perspectiva, as necessidades podem ser apreendidas a partir da escuta do cotidiano dos usuários, valorizando seus saberes e percepções sobre situações de sua vida, e não só as relacionadas aos processos de adoecimento.

Os participantes deste estudo, que vêm tendo sua formação com base na lógica biomédica, puderam perceber na vivência da “consulta de enfermagem ampliada”, que a oportunidade de aproximação com os contextos de vida dos usuários possibilitou outros olhares sobre situações de saúde que dificilmente se revelariam no ambulatório, dadas as limitações da consulta tradicional já descritas em vários momentos desta análise. Entre os depoimentos destacados no seguimento do texto, evidencia-se que a formação, empreendida a partir da racionalidade biomédica, faz com que os alunos valorizem problemas físicos em detrimento de outros, como prioritários e merecedores de seus cuidados profissionais, neste caso, a presença de uma “colostomia” na usuária visitada.

Em um dos depoimentos, é mencionado o fato de que “*a colostomia não apareceu na consulta [ampliada]*”, significando que a usuária não a referiu como sendo um problema em sua vida. Sua preocupação maior residia no precário relacionamento com seu filho pequeno, o qual não aceitava seu estado atual de saúde. Este fato vem corroborar que a existência de uma necessidade pode ser percebida em uma situação que não tem problema, do ponto de vista biomédico⁽¹⁰³⁾.

Os depoimentos, abaixo, esclarecem esta constatação:

P3: *A nossa paciente tem uma bolsa de colostomia [...] é recente e ela poderia estar em um momento [...] ainda de negação. A colostomia não apareceu na consulta [ampliada] [...] é um problema físico e social [...].*

P2: *A gente não conseguia crer que a mulher não estava se incomodando com aquela colostomia [...] ela realmente [...] não se importa, sofreu com a quimioterapia e com o filho que não falava com ela [...] não chamava ela de mãe, chamava a filha mais velha dela de mãe, inventava histórias no colégio [...] enfim esse é o problema dela, não é a obesidade, não é o câncer, o filho dela está sendo o mais importante.*

Neste sentido, a experiência de cuidado, em um cenário ampliado, oportunizou o aprendizado de que doenças ou situações de saúde semelhantes não impactam necessariamente da mesma forma na vida de diferentes pessoas⁽³⁵⁾. A identificação e análise de problemas de saúde dependem da perspectiva sob a qual eles são identificados, uma vez que o que é problema para uns pode não ser considerado problema para outros⁽¹⁰⁴⁾. Existem possibilidades que vão desde a doença ocupar grandes espaços na existência dos sujeitos, até outras em que a enfermidade pode ser considerada como mais um evento da vida, cabendo, ao profissional, uma flexibilização suficiente para dar conta de semelhante variedade e propor projetos terapêuticos coerentes com tais singularidades⁽³⁵⁾.

Dando continuidade à análise, observou-se que algumas práticas puderam ser experimentadas/aprendidas na vivência da “consulta de enfermagem ampliada”. A oportunidade de convivência com os usuários em espaços de seu cotidiano, livre dos entraves identificados no contexto do consultório, permitiu a aprendizagem de outros saberes menos estruturados, próprios das relações intersubjetivas.

O diálogo, que se segue, sustenta esta análise:

P5: *Eu aprendi que a gente tem que ver muito mais [...] que os exames [...] a gente aprende a compreender melhor as verdadeiras necessidades da saúde do paciente e a planejar melhor aquele cuidado [...].*

P3: *[...] é, na consulta ampliada a gente aprende [...] não interessa a escolaridade da pessoa [...]. Se tu estiveres aberto [...] a conversar com as pessoas, tu vai ter um leque de experiência que não tem livro, não tem site, não tem professor que te passe isso, só a própria vivência para te ensinar isso.*

P5: *[...] e esses saberes, eles próprios postos em prática [...] é que vão [...] nos ajudar a praticar essa integralidade com o paciente. Por exemplo: observar o contexto, escutar o paciente no tempo dele, estar sempre aprendendo novas coisas, ver que às vezes os problemas do paciente não são aqueles que tu acha que ele tem [...].*

P2: *[...] uma coisa muito importante que a gente aprendeu foi, além de ouvir o que a pessoa tem a dizer, no tempo dela, com a linguagem dela, enfim, tu entender isso, foi a observar [...] qual é o contexto, como a pessoa se organiza [...].*

A partir do diálogo empreendido pelos alunos sobre as oportunidades de aprendizados na interação com o sujeito do cuidado, foi possível identificar o cuidado em saúde fundamentado em tecnologias leves⁽²⁷⁾, uma vez que elementos como a escuta, o vínculo e a autonomia puderam ser experienciados em situações concretas, possibilitando a avaliação quanto à sua exequibilidade na prática

assistencial. Embora tais elementos se apresentem de forma imbricada em uma situação de cuidado, aqui serão analisados separadamente, considerando a necessidade de preservar a riqueza dos depoimentos em relação a cada um deles.

A escuta foi considerada uma tecnologia importante para a ampliação dos modos de oferecer o cuidado com base em necessidades de saúde. Na visão dos participantes, este elemento facilitou a apreensão de situações de vida dos usuários, as quais dificilmente se revelariam no consultório. Embora esta constatação já tenha sido objeto de análise anterior neste estudo, quando se abordou as vantagens da ampliação da consulta de enfermagem, torna-se importante retomá-la no sentido de subsidiar as possíveis interpretações sobre o papel desta tecnologia no novo contexto de cuidado.

O diálogo, abaixo, revela algumas das percepções do grupo de participantes, as quais dão suporte a esta análise:

P3: *A gente aprende a escutar [...] aprende por que a pessoa não adere ao tratamento, não é porque ela é sem vergonha, têm coisas por trás, questões familiares [...]. [...] ela [a usuária] falou de questões familiares muito sérias [...] isso a gente nunca ia descobrir no consultório.*

P6: *No modelo vigente tu faz a escuta também, só que tu direciona um pouquinho [...] mais aquilo que tu queres ouvir e eu acho que na consulta da integralidade tu faz a escuta [...] não direciona tanto, tu faz perguntas mais abertas. Nos dois tem a escuta, tem, a diferença é que no modelo vigente tu limita um pouco mais.*

P3: *Eu acho que tem diferença [entre ouvir e escutar].*

P4: *Sobre a questão da escuta eu concordo, a gente mais ouve do que escuta [...] a gente já está pensando na próxima pergunta. Acho que isso faz com que o paciente não pergunte, não aborde coisas que ele gostaria de dizer.*

P5: *[...] eu penso que o ouvir [...] é captar informações [...]. [...] a pessoa que está só ouvindo não procura saber quais são os outros fatores que estão relacionados [...]. Essa é a diferença do escutar, que tu vai procurar não seguir a mesma linha de raciocínio, por exemplo, sobre a comida, mas pelos outros fatores [...].*

P8: *[...] retomando um pouquinho essa questão do ouvir e do escutar, eu acredito que o ambiente influi [...] porque quando está no consultório, o profissional faz uma escuta seletiva [...] ele está lá para preencher o questionário [...] ele não quer saber o contexto [...]. [...] Quando tu estás no ambiente do paciente [...] tu deixa de fazer aquela escuta seletiva e começa a abordar [...] as coisas que rodeia ele.*

P6: *Só complementando o que o P8 disse, eu acho que quando a gente faz uma pergunta [...] no consultório [...] tu não pega todo o contexto [...]. Nesse sentido que eu acho que a gente está ouvindo e não escutando. Fez aquela pergunta e obteve aquela resposta, o restante exclui.*

As considerações, trazidas por dois participantes, suscitaram uma discussão em que a escuta passou a ser problematizada, neste contexto, como um ato que pode ir além do que é a possibilidade auditiva de cada um, o que resultaria deste modo em simplesmente ouvir⁽¹⁰⁵⁾. Neste sentido, nos diálogos transcritos podem ser identificados dois tipos de escuta, os quais poderão ser reveladores do modelo de atenção utilizado para dar sustentação às práticas de saúde.

Segundo os depoimentos, em função de seus limites temporais e protocolares, a consulta tradicional é orientada por uma forma restrita de comunicação com os usuários. Expressões como: *“tu direciona um pouquinho [...] mais para aquilo que tu queres ouvir”, “a gente mais ouve do que escuta [...] a gente já está pensando na próxima pergunta”, “ouvir é captar informações”, “quando está no consultório, o profissional faz uma escuta seletiva [...] ele está lá para preencher o questionário [...] ele não quer saber o contexto [...]”,* remetem a um tipo de escuta que, segundo a literatura, pode ser denominada de escuta surda⁽¹⁰⁶⁾, a qual está relacionada a práticas que ouvem sem escutar.

O predomínio da escuta surda, traduzida por um dos participantes como “escuta seletiva”, apresenta, como consequência, a simplificação da escuta, a qual é reduzida a um ato protocolar, sendo característica de abordagens limitadas a coletar informações a partir de perguntas encaminhadas com a finalidade de obter respostas prontas. Desta forma, mantém-se a comunicação limitada ao terreno de hipóteses naturalizadas, previamente traçadas, que pouco consegue captar as singularidades do humano, configurando-se em uma prática que “fala pelo sujeito, fala do sujeito, mas não fala com os sujeitos escutando e problematizando necessidades e projetos de vida”⁽¹⁰⁶⁾.

Retomando os depoimentos, foi possível constatar que a consulta de enfermagem ampliada foi precursora de uma nova forma de perceber o papel da escuta na interação com os usuários. A aproximação com o cotidiano de vida deles, em locais externos ao ambulatório e a consequente ausência de regras institucionais, possibilitou a escuta mútua entre os atores envolvidos no cuidado. Nesta perspectiva, expressões como: *“na consulta da integralidade tu faz a escuta*

[...] não direciona tanto, tu faz perguntas mais abertas”, “a gente aprende a escutar [...] aprende por que a pessoa não adere ao tratamento”, “quando tu estás no ambiente do paciente [...] tu deixa de fazer aquela escuta seletiva e começa a abordar [...] as coisas que rodeiam ele”, remetem a outro tipo de escuta.

Mais espontâneo, o processo dialógico, estabelecido na consulta ampliada entre usuários e alunos, constituiu-se em espaço para o desenvolvimento de uma escuta interessada e aberta à fala do outro. Como sugerem os depoimentos anteriormente descritos, esta escuta interessada pode resultar no (e também do) aprendizado de que dialogar com o usuário significa falar “com” e não “para”. Isto tem o efeito de democratizar a comunicação, horizontalizando as posições de poder/saber ocupada pelos atores envolvidos na produção do cuidado⁽¹⁰⁵⁾.

Em relação a isso, a literatura, ao abordar os tipos de escuta e suas consequências para as práticas de saúde, faz uma distinção entre a escuta surda e a escuta-experimentação, posicionando a segunda como escuta-cuidado⁽¹⁰⁶⁾. Nesta perspectiva, o processo de comunicação seria desviado do campo da escuta como técnica naturalizada para transitar no plano da escuta como experimentação, o que significaria aceitar que “as necessidades do outro precisam ser incluídas, não por uma operação humanista e piedosa, mas como elemento perturbador e analisador dos modos de vida naturalizados, das práticas de saúde instituídas”⁽¹⁰⁶⁾.

Apesar de o grupo reconhecer na escuta, importante estratégia para o planejamento de ações de saúde, surgiram controvérsias com relação à sua adequação em determinadas situações, considerados os modos de se fazer uso dela numa consulta de enfermagem.

P2: *[...] Eu não concordo com isso [referindo-se ao último diálogo] [...] se confunde muito o escutar com conversa de comadre. [...] não é função [...] do enfermeiro ficar sabendo da vizinha, do cachorro, a menos que tu vês que a pessoa está tensa [...] que o estado clínico da pessoa tem alguma coisa que indica que está escapando alguma coisa.*

P1: *Eu concordo com esse ponto que o P2 trouxe [...] não é a nossa função catar as fofocas da vizinhança, a não ser que isso tenha a ver com algum sofrimento do paciente, mas ao mesmo tempo eu acho que a escuta interessada, ela envolve tu prestar a atenção em mensagens mais ocultas, mais sutis do paciente [...] estar ligado a informações que [...] possam te ajudar e servir de subsídio [...].*

P5: *Acho que o que o P2 quis dizer [...] é que se tu vais pegar o teu paciente e toda a vez vai ficar falando sobre as mesmas coisas, tu não vai conhecê-lo [...].*

P4: *Quanto ao que o P2 falou, eu também concordo, acho que se não a gente acaba [...] abordando assuntos que não tem nada a ver com a história [...].*

Na discussão, destaca-se a ressalva que faz um dos participantes ao uso da escuta na consulta de enfermagem, sugerindo que, apesar da sua característica de espontaneidade, a comunicação, que se estabelece numa consulta de enfermagem entre quem fala e quem escuta, deve se restringir a aspectos da vida do usuário que possam ter relação com sua saúde. Em sua opinião, “*se confunde muito o escutar com conversa de comadre [...]*”, não sendo função, do enfermeiro, ficar sabendo de situações cotidianas de vida dos usuários, a menos que ele perceba que tais situações estão influenciando seu estado de saúde. Neste sentido, caberia, ao enfermeiro, avaliar aspectos relevantes, sem perder tempo “*indo atrás de coisas [...] ficar vasculhando [...] e não ter nada*”. Como ilustra o trecho de discussão compilado acima, os demais participantes da pesquisa concordaram, em parte, com este argumento, porém reiteraram a opinião de que a escuta, ao acontecer de forma interessada com base em um diálogo que valorize outros aspectos da vida do usuário que não somente aqueles relacionados à doença contribuem para o planejamento de ações coerentes com necessidades singulares de saúde.

Outra tecnologia do cuidado, analisada coletivamente pelos participantes da pesquisa, diz respeito à possibilidade de criação de vínculo entre profissional e usuário no contexto da consulta de enfermagem. Obviamente, se reconhece que o número de encontros, oportunizados pelo estudo, foi insuficiente para a formação de vínculos mais sólidos, porém a oportunidade de ampliar a aproximação entre os sujeitos do cuidado para além de uma consulta, como tradicionalmente ocorre no ambulatório, permitiu, aos alunos, vivenciar a utilização deste dispositivo de cuidado no planejamento de ações pautadas na integralidade, além de viabilizar reflexões sobre a sua efetividade na prática cotidiana.

P3: *Eu acho que a questão da confiança da pessoa estar no seu habitat é diferente. [...] esse vínculo que acaba se criando por essa questão da coisa ser mais informal, eu acredito que a formalidade na enfermagem afasta o paciente do profissional, então, o tempo e a confiança, o vínculo fez com que [...] emergissem coisas que não surgiriam no consultório [...].*

P7: *Para mim as duas visitas foram bem interessantes no sentido de criar um vínculo, estabelecer uma relação de confiança, de cuidado [...] a gente percebia que para eles [o paciente e a esposa] era muito importante aquilo, que eles queriam, eles esperavam [...] e eu acho*

que isso tem muito a ver com a questão do sucesso do tratamento e da aderência ao plano de cuidados.

P4: *[...] o vínculo é um fator que faz com que o paciente tenha adesão ao tratamento, porque ele confia em ti, porque ele pensa que tu estás preocupada com ele, que tu queres ajudar ele.*

Assim como em relação à escuta, os alunos reconheceram que a criação de vínculo foi facilitada pela aproximação ao cotidiano de vida do usuário, indicando a informalidade do encontro e a confiança, que se estabelece a partir dele, como vantagens associadas. A relação de confiança entre usuário e profissional e a resultante percepção das suas boas intenções foram consideradas, também, elementos facilitadores da adesão ao plano terapêutico.

Os dados sugerem que, na visão dos alunos que participaram da pesquisa, o estabelecimento de vínculo entre usuário e enfermeiro é promotor de um processo de troca de saberes que não se restringem à esfera científica, mas que são, da mesma forma, valorizados. Neste sentido, é possível argumentar que, ao promover a escuta e o vínculo, a consulta ampliada de enfermagem possibilita a criação de um entorno favorável para que conhecimentos, adquiridos na sabedoria prática popular, passem a ter centralidade no planejamento das ações profissionais⁽³⁵⁾.

De forma análoga à análise, que desenvolveram em relação à utilização, na consulta de enfermagem, da escuta como dispositivo de cuidado, também o estabelecimento de vínculo foi abordado quanto às suas possibilidades de efetivação neste contexto.

P3: *Eu acho que a palavra vínculo sozinha não diz muita coisa [...] vínculo de confiança sim [...] o limite quem dá é o profissional e a gente acha que a visita ampliada não pode nos deixar esquecer que somos profissionais [...] independente de onde é a ampliação dessa consulta [...].*

P5: *Eu concordo com o que o P3 falou [...] a palavra vínculo é muito generalista e eu definiria como vínculo profissional ou vínculo terapêutico, porque não é criar um vínculo de amizade. [...] esse vínculo acaba no momento em que [...] tu vês que o teu trabalho terapêutico terminou [...] então eu acho que o vínculo não tem nada de ruim assim, no momento que tu sabe que tu tens que ter um vínculo “profissional”.*

P2: *[...] eu acho que é importante [...] o profissional ter bem claro e ele deixar bem claro para o paciente a diferença de um vínculo profissional, um vínculo de confiança e de um vínculo íntimo [...].*

Em uma relação intersubjetiva, como é o caso da consulta de enfermagem, criam-se possibilidades de transferência de afetos. Tal situação tanto pode facilitar, quanto se configurar em entrave para a criação de vínculo e para a construção de projetos terapêuticos efetivos. Caberá, ao profissional, avaliar estes fluxos de afetos para melhor compreender a si e ao outro com vistas a auxiliar o usuário a ganhar autonomia e a lidar com sua doença do melhor modo^(22, 107).

No diálogo acima, pode-se perceber que os alunos, ao avaliarem as possibilidades de vinculação com os usuários no contexto ampliado, acabaram por fazer uma distinção entre alguns tipos de vínculo, denominando-os de “*vínculo de confiança*”, “*vínculo íntimo*”, “*vínculo profissional*” e “*vínculo terapêutico*”, traduzindo-se em uma categorização. Estas questões, apontadas pelos participantes, denotam incertezas quanto ao que seria a atitude profissional mais adequada para se relacionar com os usuários, considerando a necessidade de prestar o cuidado pautado pela integralidade.

Os aspectos, trazidos pelos alunos, puderam ser verificados, também, em estudo desenvolvido com profissionais e usuários de uma instituição de saúde. Os resultados mostraram que o vínculo foi avaliado tanto do ponto de vista positivo quanto do negativo para o sucesso do projeto terapêutico. O vínculo de amizade foi percebido, por usuários e trabalhadores, como facilitador de ações resolutivas. Atitudes como respeito, confiança e o compartilhamento de experiências pessoais foram identificadas como dispositivos que facilitaram a aproximação de ambos. Outros resultados divergiram quanto ao efeito positivo do vínculo, uma vez que, para alguns sujeitos da pesquisa, este pode ser prejudicial ao tratamento por causar dependência do usuário em relação ao trabalhador e vice-versa⁽¹⁰⁸⁾.

De qualquer forma, a preocupação, trazida pelos participantes, evidencia a complexidade da mudança de modelo de atenção, uma vez que, no vigente, o distanciamento naturalmente criado pelo profissional e por sua postura autoritária, de certo modo, o protege deste tipo de situação. O modelo biomédico, por suas características, oferece poucas possibilidades de escuta mútua, dificultando o estabelecimento de relações intersubjetivas. A ampliação do modelo de atenção e a consequente inclusão de práticas guiadas pela integralidade, por sua vez, requer uma abertura a este tipo de relação por parte de ambos os atores. Porém, sabe-se que esta atitude de abertura dependerá mais do profissional do que do usuário.

A questão do vínculo também foi discutida com relação, especificamente, ao cuidado aos portadores de doença crônica, usualmente os sujeitos mais comumente cuidados em consultas de enfermagem. Nesta perspectiva, a reflexão do grupo girou em torno do tempo de duração do vínculo, como indica a discussão a seguir:

P4: *Sobre o que o P5 falou, dando um exemplo, se é um paciente da oncologia [...] e ele vai ter alta, porque já curou o câncer [...] eu acho que a minha atividade ali acabou. Agora, no paciente crônico a minha atividade nunca vai acabar [...] o plano terapêutico nunca vai terminar, porque ele é crônico.*

P2: *Eu acho que o paciente crônico é bem complicado, ele não vai se curar nunca, então é muito difícil tu avaliar, porque tu tiveste a tua intervenção, o paciente aderiu àquilo que tu orientaste, ele teve uma melhora significativa de exames [...] ele atingiu o objetivo dele, só que ele é crônico, daqui a pouco ele descompensa [...].*

Como reconhecem os alunos, a doença crônica, por suas características, configura-se em uma situação em que não há cura. Seguindo esta lógica, os alunos sugerem que, não havendo cura, não haverá alta e, portanto, não há como estabelecer um momento para o rompimento do vínculo estabelecido entre usuário e profissional. A ideia parece ser a de que o “sujeito doente” estará, permanentemente, aos cuidados do profissional, independente do nível de bem-estar em que se encontra. A referência de um dos participantes de que, neste caso, “o plano terapêutico nunca vai terminar” ilustra este argumento. Tal posicionamento sugere que, apesar da crítica ao modo tradicional de realização da consulta de enfermagem, as reflexões do grupo de alunos, que participou da pesquisa, seguem, de certo modo, vinculadas à concepção de saúde como ausência de doença e de cuidado como conjunto de ações destinadas, prioritariamente, a controlar os processos de adoecimento. Por outro lado, emergem, em alguns momentos da discussão, indicativos de que há controvérsias em relação a este entendimento, sugerindo rupturas na lógica tradicional. Na sequência da discussão, que foi compilada abaixo, um dos alunos afirma sua discordância do argumento de que o vínculo vai depender do tipo de doença que apresentar o indivíduo.

P5: *Eu vou discordar, porque se o paciente [...] tem uma doença oncológica ou uma doença de hipertensão, ele tem duas doenças e ele reage de certa forma e eu estou ali para intervir naquela reação, não na doença dele, então não importa se é doença crônica ou se não é, mas no momento que tu vê que aquele paciente está convivendo com aquela doença de maneira adequada [...] daí deu, entendeu?*

A fala deste aluno pode estar expressando a conscientização sobre a centralidade do sujeito e não da sua doença em projetos de cuidado. Além disto, pode-se, também, inferir que o posicionamento do aluno indica uma tendência a considerar a “convivência adequada” do usuário com uma doença como condição para liberá-lo do acompanhamento de um profissional da saúde, sugerindo uma ampliação do conceito de saúde. Não é possível afirmar que esta conscientização seja resultado do processo de ensino desenvolvido a partir da pesquisa. A hipótese, porém, é de que a práxis, viabilizada na oportunidade, de transitar entre o modelo tradicional e o ampliado de consulta de enfermagem tenha alguma relação com o diferencial que parece emergir na fala do aluno.

Além de viabilizar a escuta das necessidades dos usuários e de produzir oportunidades de formação de vínculo entre os participantes e usuários, a ampliação do cenário de cuidado, denominada, neste estudo, de “consulta de enfermagem ampliada”, também foi indicada, pelos alunos, como promotora de protagonismo.

P5: [...] na consulta ampliada, o paciente se torna o protagonista também e é isso que faz a integralidade acontecer, porque ele se permite falar mais coisas, ele confia mais em ti por ele ser o protagonista [...] pelo o que ele ia falando a gente ia criando a nossa consulta e na outra, que era a do plano de cuidados, não foi nada planejado [...] a gente foi deixando que ela nos levasse pelo o que ela estava precisando de cuidados [...] e eu acho que protagonismo é isso [...].

P1: O pensamento que eu tive enquanto o P5 falava nesta questão da confiança e da autonomia do paciente [...] a chave para ele ter sucesso é [...] ele ver que é ele o agente da modificação [...] isso foi um aprendizado para mim [...] ser capaz de pensar que tu estás ali para apoiar aquela pessoa no que ela precisar [...] fazer com que ele veja que é ele [...] que tem autonomia, e não confiar só [...] no profissional de saúde [...].

P7: [...] porque uma coisa é a gente fazer uma lista de coisas que o paciente tem que fazer e uma coisa é tu negociar, tu conversar, tu dialogar [...]. [...] me possibilitou ver o paciente de outra forma, conhecer as [...] reais necessidades e, assim, adquirir a sua confiança para juntos, definirmos qual o caminho mais adequado a ser seguido, algo que não seja imposto e sim negociado.

Na visão dos participantes, “o paciente se torna o protagonista também e é isso que faz a integralidade acontecer”, cabendo ao profissional “fazer com que ele [usuário] veja que é ele que importa, é ele que tem autonomia” [...] “para modular a consulta como desejar”.

Os trechos em destaque evidenciam o reconhecimento dos participantes em relação ao papel do usuário em seu cuidado, caracterizando um deslocamento do planejamento das práticas de saúde a partir somente da visão do profissional para uma nova lógica, em que são consideradas as necessidades do usuário, configurando-se na ampliação da clínica tradicional^(35, 100).

Os alunos assinalaram o protagonismo do usuário como elemento constituinte de práticas baseadas na integralidade, fato que só foi, por eles, percebido na vivência do cenário ampliado de cuidado. O aprendizado em relação ao protagonismo do usuário, na consulta tradicional, fica abreviado tanto pelo modelo de atenção ainda vigente, quanto pelas dificuldades que este cenário apresenta para que tal lógica possa ser superada. As barreiras para a prática da integralidade, apontadas pelo estudo e ratificadas pelos participantes, tornam pouco viável o estabelecimento de uma relação profissional/usuário que permita, a este último, opinar sobre as viabilidades de seguir o tratamento para ele proposto.

Esta forma de agir em saúde, desenvolvida pelos participantes nos encontros com os usuários na consulta de enfermagem ampliada, foi igualmente promotora da viabilização da construção compartilhada de projetos terapêuticos com capacidade de promover a autonomia para o cuidado^(22, 107).

A construção dos projetos terapêuticos, idealizados nesta lógica, configurou-se na proposição de práticas de cuidado centradas no indivíduo e em suas necessidades, considerando sua interação com o contexto e história de vida. A predominância de tecnologias leves no encontro entre os sujeitos, por meio de uma relação intercessora, possibilitou, aos participantes da pesquisa, a utilização dos conhecimentos aprendidos na formação e, de modo singular, na produção do cuidado^(27, 109-110). A integralidade, neste sentido, pode ser experimentada por meio da escuta e da valorização de outros elementos do cotidiano dos usuários, não necessariamente vinculados ao adoecimento, considerando tais elementos para o planejamento das ações de saúde de forma singular e em acordo com as situações trazidas por eles.

As impressões do grupo foram ratificadas nos registros de dois participantes:

P1: [...] não que as condições biológicas devam ser ignoradas, mas o paciente deve saber que tem a autonomia para modular a consulta como desejar. Com isso, a enfermeira pode, sutilmente, ir conhecendo mais profundamente o indivíduo, suas limitações e facilidades, e construir junto a ele um plano de autocuidado possível.

***P2:** [...] conhecemos alguns pacientes com patologias em comum, e estas patologias tiveram impactos de diferentes intensidades em cada um e, aprendemos a direcionar as orientações para cada um dos pacientes.*

É importante salientar que a noção de autonomia utilizada neste estudo, parte da compreensão de que a mesma se configura em categoria norteadora da promoção de saúde, por se destacar como determinante positivo fundamental para a saúde por meio da ampliação da capacidade de escolhas das pessoas em relação às práticas a serem adotadas com vistas ao incremento na sua qualidade de vida. De maneira inversa, a restrição da autonomia é considerada um fator de risco para a ocorrência dos principais grupos de agravos e patologias⁽¹¹¹⁾. A autonomia é entendida, aqui, num sentido relativo, não como ausência de qualquer tipo de dependência, uma vez que, no caso das doenças crônicas, haverá períodos de maior ou menor necessidade de apoio profissional, relacionados à capacidade do usuário de lidar com sua própria rede de apoio ou sistema de dependências⁽¹⁰⁰⁾.

Neste sentido, entende-se, como autonomizadora, toda intervenção que amplie a capacidade dos indivíduos de agir sobre os determinantes de sua saúde, posicionando o profissional, neste processo, como apoiador e orientador de atitudes que possam atingir as metas estabelecidas a partir de um consenso entre ambos^(35, 111).

É necessário assinalar, principalmente em se tratando do campo de atenção às doenças crônicas, que a utilização deste modelo de educação em saúde, por meio da promoção e valorização da autonomia dos sujeitos no cuidado de sua saúde, possui limitações. Sabe-se que, neste campo, os educadores em saúde têm tido dificuldades para desenvolver abordagens mais participativas, uma vez que as mesmas pressupõem, além do estabelecimento de uma relação igualitária entre educador e educando, a aceitação de decisões terapêuticas feitas pelos usuários, as quais nem sempre convergem com aquelas entendidas como adequadas do ponto de vista técnico⁽²⁸⁾.

A este respeito, considera-se como ponto positivo do estudo ter viabilizado, no processo de ensino, situações de práxis com potência para revelar, aos alunos, modos de planejar e de realizar o cuidado, diferentes daqueles tradicionalmente presentes no cotidiano do atendimento ambulatorial, fundamentados prioritariamente na clínica tradicional.

Afora o reconhecimento do protagonismo do usuário no processo de cuidado desenvolvido nas consultas ampliadas, os participantes destacaram, de forma expressiva, o próprio protagonismo, segundo eles, presente ao longo do semestre letivo, na interatividade dos cenários de ensino e de cuidado. A autonomia decorrente das atividades, propostas pelo estudo, fez com que os alunos, inicialmente na posição de aprendizes, gradativamente assumissem o papel de sujeitos do processo de construção do seu próprio conhecimento⁽¹⁰⁵⁾. O sentido, atribuído à categoria autonomia, neste caso, difere daquele tradicionalmente descrito como a independência que o profissional tem em relação a outras profissões para executar procedimentos de sua competência técnica. Aqui, ela assume o sentido, a exemplo do que se falava em relação à autonomia dos usuários, de ampliação da capacidade discente de fazer opções a partir da análise de situações concretas de ensino e de cuidado, potencializando as oportunidades de aprendizado.

O diálogo, que se segue, sustenta tal análise:

P3: *Eu acho que a questão do consultório também tem [protagonismo], mas ali [...] vocês [professor e monitora] estavam sempre junto, mas principalmente quando a gente saiu dali, é tu ter que te virar com o paciente, com as coisas que ele está falando [...] porque ali a gente não tem a quem recorrer.*

P1: *[...] e também, todos tiveram sucesso no compromisso com a pesquisa, com o paciente [...] de ir atrás e isso tudo faz a gente desenvolver autonomia [...]. [...] quando a gente tem essa confiança do professor e pode realmente aprender a se conhecer também, ver pontos fracos e pontos fortes de si mesmo [...].*

P5: *A gente se sente mais protagonista quando a professora não está fisicamente perto [...] quando tu estás sozinho ou com um colega, tu usas mais o teu senso crítico e tu acreditas mais naquilo que tu podes dar para o paciente [...].*

P8: *Eu acredito que essa experiência [...] motivou a minha autonomia, fez a gente passar por desafios, porque muitos pacientes eram acessíveis e outros não [...] a gente tinha que saber lidar, o tal jogo de cintura que o P1 falou e então colocou em cheque essa nossa habilidade [...].*

P7: *[...] e é bom a gente se sentir capaz de fazer as coisas [...] porque as vezes com o professor ali tu fica muito [...] tenso e na consulta [ampliada] não, tu se sente mais a vontade, mais apropriado daquele conhecimento e da tua função.*

P4: *[...] então a gente fica mais sozinho com o paciente [...] sozinha eu acho que eu fico mais crítica [...].*

De acordo com os depoimentos, a confiança, depositada pelo professor nos alunos, foi promotora de variadas formas de protagonismo, o que permitiu a liberdade para o planejamento e condução das ações de saúde junto aos usuários, além de ser indutora de momentos de reflexão sobre a própria prática profissional. Esta constatação aponta para a análise de que o processo pedagógico, desenvolvido no âmbito da pesquisa, apresentou aproximações com a lógica da educação permanente, uma vez que a aprendizagem de saberes foi encaminhada pela via da problematização das experiências vividas no contexto real do próprio fazer. Neste sentido, ficou reiterado o potencial desta prática pedagógica ao colocar os alunos como atores reflexivos da prática, produtores de conhecimento e de alternativas de ação, ao invés de meros receptores^(101, 112-113).

Os resultados, trazidos até aqui, dizem respeito aos saberes e às práticas gerados na experiência da interatividade do cenário da consulta tradicional e da consulta de enfermagem ampliada. A diversificação do cenário de cuidado, possibilitado pela pesquisa, ensinou, aos alunos, saberes diferentes daqueles comumente adquiridos na formação em que são sujeitos, considerando o modelo de ensino/atenção vigente.

A análise do conteúdo desta subcategoria revelou que, de uma maneira geral, os alunos reconhecem, nas tecnologias relacionais, dispositivos importantes para planejar/ofertar cuidados na perspectiva da integralidade. Porém, também ficaram evidenciados, em alguns participantes, sentimentos de incertezas quanto ao papel do vínculo e da escuta como meio de produção de uma relação terapêutica, denotando a complexidade da mudança do modelo de atenção.

Além das vantagens relacionadas aos usuários, decorrentes da ampliação do cenário de cuidado, os alunos destacaram o protagonismo discente como ponto positivo. A oportunidade de exercitar a autonomia nas atividades, propostas pela pesquisa, ampliou, também, a capacidade discente de fazer opções a partir da análise de situações concretas de ensino e de cuidado, potencializando as oportunidades de aprendizado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao concluir este trabalho, penso ser importante, primeiramente, retomar alguns dos meus questionamentos iniciais, os quais embasaram a contextualização do objeto de investigação. Neste sentido, tenho a clareza de que tais questionamentos foram apenas um ponto de partida para o delineamento e realização do estudo, uma vez que não pode um pesquisador almejar que seus resultados sejam totalmente previsíveis, principalmente em se tratando de uma pesquisa qualitativa.

No Brasil, a atenção à saúde passa, atualmente, por um processo de transição entre um modelo, ainda biologicista, com ênfase na doença, e outro que avança para uma ampliação do olhar sobre a saúde das pessoas, com tendência a considerar que outros aspectos de suas vidas são fundamentais para o planejamento das práticas de saúde.

Influenciados pela lógica da formação da qual foram sujeitos, fortemente alicerçada nas teorias e pressupostos da biomedicina, os docentes de enfermagem da atualidade enfrentam o desafio de superar saberes antigos e renovar suas práticas pedagógicas e de cuidado de modo a dar conta do ensino projetado pelas DCNs. A responsabilidade das instituições de ensino, pela formação de enfermeiros críticos, reflexivos e com competência para promover transformações no setor saúde, tem fomentado um movimento nacional por mudanças nos currículos em direção a uma maior abertura na relação entre educadores e educandos. A finalidade seria diminuir o espaço que ainda existe entre eles e possibilitar aprendizagens coerentes com o modelo preconizado.

Ao longo dos últimos 15 anos, minha experiência, na docência e no ensino da consulta de enfermagem, vem coincidindo com este movimento, o qual considero histórico, na formação em saúde, devido às profundas mudanças que propõe no modelo de ensino/atenção. Como partícipe deste longo processo de tentativas de renovação, reflexões sobre minha prática pedagógica e sobre minha responsabilidade, neste contexto, têm sido inevitáveis.

Ao optar por um tema de investigação no curso de doutorado, deparei-me com minhas crenças em relação ao que significava um ensino de qualidade, com capacidade para promover as mudanças necessárias no cenário da formação e da saúde. Assim, senti-me instigada e comprometida a fazer minha parte neste

processo. Eu não poderia continuar criticando um modelo de ensino, do qual faço parte, sem, ao menos, tentar transformá-lo.

Como resultado de minhas reflexões, passei a entender que, por mais que eu estivesse convicta de que as mudanças propostas eram necessárias, havia barreiras para um ensino da consulta de enfermagem nos moldes do que propõem as DCNs, considerado o campo de prática utilizado pela instituição formadora. Como ensinar integralidade em um ambulatório hospitalar caracterizado pelo atendimento especializado? Como superar as normas institucionais de modo a criar oportunidades de ensinar/cuidar que fossem orientadas pelas DCNs e pelos princípios do SUS? Na minha percepção, estes aspectos dificultavam a produção da integralidade em saúde, pois limitavam as possibilidades de abordar, de maneira ampliada, as necessidades dos usuários.

Aliada a isto, a revisão da literatura corroborou o que eu já vinha observando ao longo do curso de doutorado, de que é escassa a produção científica que analisa a educação superior em enfermagem, tendo o princípio da integralidade e seus desdobramentos para a formação como referencial teórico. Especialmente no caso do ensino da consulta de enfermagem, não foram encontrados estudos com esta abordagem, o que contribuiu para a definição do foco da pesquisa.

Nesta perspectiva, propus um estudo que pudesse intervir no modo tradicional de ensinar a consulta de enfermagem e que, ao mesmo tempo, pudesse ser desenvolvido em concomitância às atividades comumente planejadas pela disciplina em que atuo como docente. No meu entendimento, a realização de pesquisas, no próprio cenário onde se dá o ensino, configura-se como uma das estratégias mais potentes para a análise da prática e da proposição de mudanças percebidas como necessárias. A realização de estudos teóricos, descolados de situações concretas do cotidiano, tem contribuído para a reflexão, porém tem tido pouco impacto para transformar a realidade.

A intervenção deu-se no sentido de diversificar o cenário tradicional de ensino/aprendizagem da consulta de enfermagem - o ambulatório -, ampliando seus limites a partir da aproximação dos alunos com o contexto onde vivem os usuários. Desta forma, foram oferecidas aos alunos, enquanto participantes da pesquisa, oportunidades de conhecer situações do cotidiano de vida dos usuários com a finalidade de possibilitar exercícios de práxis com base no cotidiano e nos elementos

implicados no processo saúde-doença, viabilizando a geração e aprendizagem de saberes coerentes com a formação para a integralidade.

Assim, este estudo foi desenvolvido com o objetivo de *“analisar o potencial da consulta de enfermagem para a formação de enfermeiros para a prática da integralidade em saúde, considerando as experiências discentes em um cenário ampliado de cuidado”*. Com vistas a responder tal objetivo, encontrei, na pesquisa participante, um caminho metodológico coerente com o pressuposto de que o protagonismo dos sujeitos envolvidos é condição para o enfrentamento do desafio de transformar uma realidade. Refiro-me, aqui, à urgente e necessária reorientação da formação em saúde e, por consequência, de suas práticas, no sentido de ampliá-las em direção a um modelo de atenção que dê conta das necessidades dos usuários.

Passo, agora, a apresentar uma síntese dos principais resultados da pesquisa. Posteriormente, farei algumas considerações em relação a eles, à minha participação enquanto docente/pesquisadora, às possíveis contribuições do estudo para o campo da enfermagem, seus limites e as sugestões para futuras abordagens.

Em um primeiro momento do estudo, os participantes explanaram sua percepção sobre a formação em enfermagem de que são sujeitos, considerando a necessidade de formação para a prática da integralidade. É importante lembrar que as discussões, disparadas em torno deste tema, tiveram a intenção de aproximar os alunos da intervenção proposta na pesquisa, em um momento anterior ao início de sua implementação.

A análise dos dados foi sugestiva de que os alunos ingressaram na universidade com uma visão idealizada da profissão e com a meta de colaborar para melhorar a sociedade e o mundo. Neste primeiro momento, são depositadas, nos docentes, expectativas superdimensionadas, imaginando-se que, destes, dependerá o grau de satisfação discente pela opção do curso.

À medida que o tempo de curso avança, as expectativas iniciais vão sendo, cotidianamente, substituídas por sentimentos de frustração, resultantes, principalmente, das relações interpessoais com os docentes. Tais problemas foram considerados pelos participantes do estudo como um entrave para o aprendizado da integralidade, uma vez que, segundo eles, a compreensão das singularidades e necessidades dos discentes dificilmente está presente nesta relação.

Os resultados também evidenciaram que, aliada aos problemas de relacionamento, a identificação de práticas pedagógicas, coerentes com a lógica biomédica e norteadas pelo modelo tradicional de educação, limitam o aprendizado de saberes que viabilize o cuidado profissional na perspectiva da integralidade. Além disso, a inconsistência entre o discurso e o fazer docente, no que diz respeito à necessidade de mudanças no modelo de atenção/ensino, foi reveladora das dificuldades que este grupo apresenta para renovar suas práticas.

Foi possível, também, identificar contradições nas discussões do grupo de alunos, uma vez que, ao mesmo tempo em que são tecidas críticas em relação ao modelo vigente, o apego às “certezas científicas”, ofertadas pelos campos teóricos que compõem o modelo biomédico, oferece segurança e a sensação de estar realizando um cuidado efetivo (em termos do resultado positivo que dele advenha). Em oposição a isto, a priorização de tecnologias leves, nesta relação, gera sentimentos de não estar fazendo nada pelo usuário, ficando a abordagem restrita ao campo da retórica. Estas incertezas parecem ser decorrentes das dificuldades que os docentes também encontram para ampliar suas práticas. O contexto de ensino, revelado no estudo, não oferece segurança para que mudanças tão complexas sejam incorporadas pelos alunos.

Afora os aspectos até aqui mencionados, os achados do estudo revelaram que, na perspectiva dos alunos, o sistema de saúde oferece condições limitadas para o aprendizado da integralidade. Os alunos valorizam o hospital universitário, que é campo de prática, como uma instituição onde “o SUS dá certo”. Tal posicionamento foi analisado como sugestivo de um entendimento equivocado quanto ao modelo de atenção em saúde proposto pelo SUS, considerados os limites que os hospitais, em geral, apresentam para sua efetivação. Corroborando com a formação que é produzida neste contexto, o mercado de trabalho permanece priorizando a contratação de enfermeiros que demonstram domínio em habilidades técnicas e gerenciais.

Durante o processo de interatividade dos cenários de aprendizagem, constituídos pela consulta de enfermagem tradicional e pela consulta de enfermagem ampliada, os participantes puderam expressar suas experiências e percepções sobre esta vivência, sendo estimulados a apontar os limites e as potencialidades de ambos os cenários para aprendizagens na perspectiva da integralidade.

Para os alunos, as consultas, realizadas no cenário tradicional, apresentaram como principais entraves para a prática da integralidade os limites temporais e protocolares. Estas constatações levaram os participantes a concluir que, como resultado destes limites, diminuem as possibilidades de escuta e de singularização das situações trazidas pelos usuários ao espaço da consulta. Segundo eles, o tempo limitado para dar conta das regras que sustentam uma consulta tradicional, principalmente as protocolares, acaba por abreviar as chances de abordar aspectos importantes da vida dos usuários, que superem aqueles relacionados à doença.

Por outro lado, a ausência de regras institucionais, ao viabilizar o exercício da escuta mútua, foi produtora de saberes e práticas, diversos daqueles comumente apreendidos no contexto tradicional de ensino, mais coerentes com a formação para a integralidade. A possibilidade de iniciar uma relação de vínculo com os usuários, aliada ao estabelecimento de uma escuta interessada em aspectos da vida afora a doença, fez os alunos perceberem que podem existir discordâncias no que é avaliado por ambos os atores como situações de vida merecedoras de intervenção profissional (problemas de saúde *versus* necessidades de saúde). Esta nova forma de abordar as questões, relacionadas à saúde, foi precursora da construção de projetos terapêuticos compartilhados, considerando o protagonismo dos usuários, bem como as condições para sua exequibilidade.

A vivência de cuidar, em dois contextos distintos e peculiares, foi gerador de outros aprendizados, os quais poderão ser precursores de algumas mudanças ainda no trajeto da graduação. Um deles diz respeito à promoção de mudanças de algumas práticas estruturadas (p. ex. a priorização de protocolos como base para planejar o cuidado), ainda no contexto do consultório, em direção a outras mais flexíveis, que sejam propensas à ampliação da escuta dos usuários e que permitam melhor apreender suas necessidades. Outro aprendizado foi de que a integralidade pode ser praticada em qualquer cenário, seja ela tradicional ou não, uma vez que a ampliação do cuidado dependerá mais da mudança de atitude do profissional e menos do usuário e do cenário.

Frente aos resultados desta pesquisa, é necessário tecer algumas considerações, as quais são “finais” porque é preciso formalizar o término deste estudo, mas que, também, podem se constituir em pontos de partida.

Os resultados do estudo confirmaram alguns pressupostos que serviram de embasamento para sua realização. Destaco, em um primeiro momento, as

dificuldades da instituição formadora, que foi campo deste estudo, a exemplo de outras apontadas pela literatura, em superar a lógica tradicional de ensinar saúde. Os depoimentos dos alunos trouxeram subsídios que ilustram e confirmam estas análises, indicando que, entre eles, há concordância sobre a existência, neste contexto, de obstáculos para avançar em direção a posturas pedagógicas e de cuidado coerentes com a prática da integralidade.

A consulta de enfermagem ampliada configurou-se em uma experiência geradora de reflexões sobre as possíveis vantagens de expandir o cenário de cuidado/aprendizagem. Confirmando minhas expectativas, os alunos conseguiram aprender, nesta vivência, saberes diferentes daqueles comumente presentes no ensino da consulta tradicional.

Apesar de a experiência ter sido considerada positiva para o aprendizado dos alunos, os mesmos revelaram outras interpretações a partir de suas vivências na interatividade dos dois cenários de ensino/cuidado. Refiro-me a reflexões do grupo, que levaram à conclusão de que mudanças, na formação e, por consequência, na lógica da atenção em saúde, dependem, principalmente, de quem ensina, importando mais a renovação de suas práticas e menos o contexto onde se dá o ensino. Estes achados remetem ao argumento de que propostas de renovação do ensino da enfermagem só serão concretizadas a partir da transformação dos docentes e dos sentidos que estes atribuem a tais mudanças. Nesta perspectiva, sugere-se a realização de ações de Educação Permanente na instituição formadora e nos campos de prática, como estratégia para a viabilização deste processo de renovação. Além disto, o estímulo à análise coletiva dos modos de ensinar e de cuidar e da sua repercussão na formação dos enfermeiros deve ser um tema de discussão permanente.

Outra conclusão, que emergiu do estudo, refere-se à importância da metodologia da pesquisa participante como dispositivo para o desenvolvimento de uma análise crítica sobre a prática docente, com potência para promover mudanças no modelo de ensino/atenção vigente. A escolha desta metodologia resultou na criação de espaços de protagonismo dos atores envolvidos. Mesmo se tratando de um recorte do ensino, que se efetiva na instituição pesquisada, limitado às atividades de uma disciplina, o estudo é revelador de importantes aspectos a serem considerados em um processo de mudança. Para guardar coerência com a lógica da

integralidade, propostas de mudanças, na formação, devem estar alicerçadas na escuta dos sujeitos envolvidos, entre eles os alunos.

Dentre os limites deste estudo, podem ser destacados pelo menos dois. Primeiramente, a pesquisa foi restrita a um pequeno grupo de alunos, que investigou seus pontos de vista num dado período de tempo. Suas opiniões podem ter mudado, desde então, como mostro nesta tese, as percepções sobre determinado tema, aqui o da formação, são produzidas de forma dinâmica. Meu papel, no processo de pesquisa, como pesquisador e intérprete, deve ser levado em conta na tomada de sentido dos dados que analisei. Generalizações dos resultados só podem ser feitas com cautela, tanto pela natureza de pequena amostra da pesquisa quanto pela natureza contextual do processo de investigação.

Indico, ainda, outro limite desta pesquisa, relacionado ao seu delineamento. O fato de a mesma ter sido delimitada a uma disciplina do currículo vigente do curso em estudo restringiu a abordagem sobre o tema proposto. Reconheço a importância de estudos que considerem o papel do trabalho em equipe e seus desdobramentos para que práticas, baseadas na integralidade, tenham maior potência de se efetivar. Porém, apesar de considerar esta limitação, também destaco a validade desta pesquisa, uma vez que a mesma se configurou em espaço de reflexão e geração de saberes ainda na trajetória da graduação, que poderão ser precursores de novos modos de fazer e ensinar enfermagem.

Para finalizar, quero destacar que minha participação, em um estudo delineado a partir de minhas vivências no ensino da consulta de enfermagem e das críticas em relação ao modelo de ensino vigente, me fez assumir a arriscada e dupla posição de investigadora e de investigada. Parafraseando Merhy⁴, reconheço-me, neste papel, tanto um sujeito interessado, uma vez que não há pesquisa desinteressada, tampouco neutra, quanto um sujeito implicado com a análise da própria prática. A pesquisa, para mim, neste duplo papel, a exemplo dos alunos, também foi produtora de saberes. Os aprendizados, adquiridos neste processo, certamente fortaleceram minhas convicções iniciais sobre a formação em enfermagem vigente, mas também me mostraram outros caminhos para continuar colaborando com transformações neste campo.

⁴ Merhy EE. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio em reconhecê-lo como saber válido [Internet]. [citado 2012 outubro 18]. Disponível em: http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/portal/pde/texto_pesquisa.pdf.

REFERÊNCIAS

1. Brasil, Presidência da República. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 [Internet]. Brasília;1988. [citado 2010 setembro 15]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.html.
2. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. A construção do SUS: histórias da reforma sanitária e do processo participativo. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
3. Paim JS. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. *Physis*. 2008;18(4):625-44.
4. Brasil, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Biblioteca Virtual Sérgio Arouca. Reforma sanitária [Internet]. [citado 2010 setembro 15]. Disponível em: <http://www.bvsarouca.icict.fiocruz.br/sanitarista05.html>.
5. Brasil, Presidência da República. Lei n. 8.080: Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990.
6. Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ Abrasco; 2001.
7. Ito EE, Peres AM, Takahashi RT, Leite MMJ. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopiaxrealidade. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):570-5.
8. Renovato RD, Bagnato MHS, Missio L, Bassinello GAH. As identidades dos enfermeiros em cenários de mudanças curriculares no ensino da enfermagem. *Trab Educ Saúde*. 2009;7(2):231-48.
9. Ceccim RB, Feuerwerker LCM. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1400-10.
10. Carvalho YM, Ceccim RB. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: Campos GWS, organizador. *Tratado de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 137-70.
11. Brasil. Resolução CNE/CES n.3 de 07 de novembro de 2001: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília: Diário Oficial da União 2001. p. 37.
12. Brasil, Ministério da Saúde. Portaria nº. 198/GM/MS, 13 de fevereiro de 2004: institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2004.

13. Haddad J, Roschke MAC, Davini MC. Educacion permanente de personal de salud. Washington D.C.: OPAS/OMS; 1994.
14. Camargo Jr KR. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
15. Tesser CD. Medicalização social e a atenção à saúde no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010.
16. Tesser CD. Medicalização social: limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. In: Tesser CD, organizador. Medicalização social e a atenção à saúde no SUS. São Paulo: Hucitec; 2010. p. 108-30.
17. Ferla AA. Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde. Caxias do Sul, RS: Educs; 2007.
18. Silva KL, Sena RR. A formação do enfermeiro: construindo a integralidade do cuidado. Rev Bras Enferm. 2006;59(4):488-91.
19. Therrien SMN, Barreto MC, Almeida MI, Moreira TMM. Formação profissional: mudanças ocorridas nos Cursos de Enfermagem, CE, Brasil. Rev Bras Enferm. 2008;61(3):354-60.
20. Brasil, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 358/2009: dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília: COFEN; 2009.
21. Tesser CD, Luz MT. Racionalidades médicas e integralidade. Cien Saúde Colet. 2008;13(1):195-206.
22. Brasil, Ministério da Saúde. HumanizaSUS: A clínica ampliada. In: Ministério da Saúde, organizador. Brasília - DF; 2004.
23. Castro IB. Estudo exploratório sobre a consulta de enfermagem. Rev Bras Enferm. 1975;28:76-94.
24. Brasil, Conselho Federal de Enfermagem. Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986: dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: COFEN; 1986.
25. Brasil, Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN n. 159/1993: dispõe sobre a consulta de enfermagem. Brasília: COFEN; 1993.
26. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 2005.
27. Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

28. Oliveira DL. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2005;13(3):423-31.
29. Gazzinelli MF, Gazzinelli A, Reis DC, Penna CMM. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. *Cad Saúde Pública*. 2005 jan./fev.;21(1):200-6.
30. Castiel LD, Diaz CA. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2007.
31. Feuerwerker LCM, Cecílio LCO. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Cien Saúde Colet*. 2007;12(4):965-71.
32. Rovere MR. Gestion estratégica de la educación permanente em salud. In: Haddad J, Roschke MAC, Davini MC, organizadores. *Educación permanente de personal de la salud*. Washington DC: OPAS/OMS; 1994. p. 63-106.
33. Cecilio LCO, Merhy EE. Integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 3ª ed. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ-IMS/ABRASCO; 2005.
34. Ayres JRMC. Integralidade do cuidado, situações de aprendizagem e o desafio do reconhecimento mútuo. In: Pinheiro R, Lopes TC, organizadores. *Ética, técnica e formação: as razões do cuidado como direito à saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ-IMS/ABRASCO; 2010. p. 123-36.
35. Campos GWS. *Saúde paidéia*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec; 2005.
36. Freire P. *Política e educação: ensaios*. 5ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.
37. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular*. 2ª ed. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2007. p. 60.
38. Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad Saúde Pública*. 2004 set./out.;20(5):1411-6.
39. Pinheiro R, Ferla A, Júnior AGS. A integralidade na atenção à saúde da população. *Cien Saúde Colet*. 2007;12(2):343-9.
40. Hartz ZA, Contandriopoulos A-P. Integralidade da ação e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad Saúde Pública*. 2004;20(sup. 2):s334-s6.
41. Favoreto CAO. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. *Rev APS*. 2008;11(1):100-8.
42. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser definidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. *Os sentidos*

da integralidade na atenção à saúde e no cuidado à saúde. 6ª ed. Rio De Janeiro: CEPESC/UERJ-IMS/ ABRASCO; 2006. p. 41-66.

43. Camargo Jr KR. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO; 2005.

44. Pinheiro R. Cuidado como um valor: um ensaio sobre o (re)pensar e a ação na construção de práticas eficazes de integralidade em saúde In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ-IMS/ABRASCO; 2007. p. 15-28.

45. Santana FR, Nakatani AYK, Freitas RAMM, Souza ACS, Bachion MM. Integralidade do cuidado: concepções e práticas de docentes de graduação em enfermagem do estado de Goiás. Cien Saúde Colet. 2010;15(supl. 1):1653-64.

46. Santos SD. A integralidade no ensino de enfermagem na saúde da mulher: concepções e práticas de docentes [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2011.

47. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. Rev Esc Enferm USP. 2008;42(1):48-56.

48. Rebouças LCC. A integralidade do cuidado na formação da enfermeira [tese]. Salvador: Universidade Federal da Bahia; 2007.

49. Leonello VM, Oliveira MAC. Integralidade do cuidado à saúde como competência educativa do enfermeiro. Rev Bras Enferm. 2010;63(3).

50. Scherer ZAP, Scherer EA. Identificação dos pilares da educação na disciplina *integralidade no cuidado à saúde*. Rev Esc Enferm USP. 2012;46(4):985-93.

51. Cortez EA. Religiosidade e espiritualidade no ensino de enfermagem: contribuição da gestão participativa para a integralidade no cuidado [tese]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2009.

52. Furtado MCC, Silva LCT, Mello DF, Lima RAG, Petri MD, Rosário MM. A integralidade da assistência à criança na percepção do aluno de graduação em enfermagem. Rev Bras Enferm. 2012;65(1):56-64.

53. 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(3):332-40.

54. Polit DF, Beck CT, Hungler BP. Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2004.

55. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 2007.

56. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11^a ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
57. Gabarrón LR, Landa LH. O que é a pesquisa participante? In: Brandão CR, Streck DR, organizadores. Pesquisa participante: a partilha do saber. Aparecida, SP: Idéias e letras; 2006. p. 93-121.
58. Brandão CR, Streck DR. Pesquisa participante: a partilha do saber. Aparecida, SP: Idéias e Letras; 2006.
59. Demo P. Pesquisa participante: saber pensar e intervir juntos. 2^a ed. Brasília: Liber Livro; 2008.
60. Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Acesso à informação Porto Alegre: Hospital de Clínicas de Porto Alegre [internet]; [citado 2013 maio 15]; Disponível em: <http://www.hcpa.ufrgs.br/content/view/5230/1604/>
61. Tasca AM, Santos BRL, Paskulin LMG, Záchia S. Cuidado ambulatorial: consulta de enfermagem e grupos. Rio de Janeiro: EPUB; 2006.
62. Heldt E. Serviço de enfermagem em saúde pública do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: 40 anos de história. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(3):8-9.
63. Brasil, Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996. Brasília; 1996.
64. Maffesoli M. O imaginário é uma realidade (entrevista a Juremir Machado da Silva). Revista Famecos, mídia, cultura e tecnologia. 2001(15).
65. Silva JM. Tecnologias do imaginário: esboços para um conceito [Internet]. Porto Alegre; 2008 [citado 2012 agosto 18]. Disponível em: <http://leandromarshall.files.wordpress.com/2008/01/tecnologias-do-imaginario3a1rio1.pdf>.
66. Oliveira BGRB. A passagem pelos espelhos: a construção da identidade profissional da enfermeira. Texto & Contexto - Enfermagem. 2006;15:60-7.
67. Ribeiro AAA, Falcon GS, Borenstein MS, Padilha MICS. A escolha profissional no imaginário social - enfermeiras brasileiras e peruanas. Escola Anna Nery. 2006;10:241-50.
68. Carvalho LS. Uma antiga profissão do futuro: percepções de enfermeiros sobre sua formação e inserção profissional [dissertação] . Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2011.
69. Moretti-Pires RO, Bueno SMV. Realização docente discente em enfermagem e problemas na formação para o Sistema Único de Saúde. Acta Paulista de Enfermagem. 2009;22(5):645-51.

70. Gabrielli JMW, Pelá NTR. O professor real e o ideal na visão de um grupo de graduandos de enfermagem. Rev Esc Enferm USP. 2004;38(2):168-74.
71. Pinheiro R, Mattos R. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/CEPESC/ABRASCO; 2006.
72. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Projeto pedagógico. Curso de Graduação em Enfermagem. Porto Alegre; 2001, 18p.
73. Moreira AFB, Candau VM. Indagações sobre currículo: currículo, conhecimento e cultura. Brasília - DF: Ministério da Educação; 2007. p. 48.
74. Cunha MI. Aportes teóricos e reflexões da prática: a emergente reconfiguração dos currículos universitários. In: Masetto MT, organizador. Docência na universidade. Campinas: Papyrus; 1998. p. 27-38.
75. Costa NMSC. Docência no ensino médico: por que é tão difícil mudar? Rev Bras Educ Med. 2005;29(1):21-30.
76. Zabalza MA. O ensino universitário: seu cenário e seus protagonistas. Porto Alegre: Artmed; 2004.
77. Albuquerque VS, Batista RS, Tanji S, Moço ETM. Currículos disciplinares na área de saúde:ensaio sobre saber e poder. Interface - Comunic, Saude, Educ. 2009;13(31):261-72.
78. González AD, Almeida MJ. Integralidade da saúde: norteando mudanças na graduação dos novos profissionais. Cien Saúde Colet. 2010;15:757-62.
79. Koifman L. O modelo biomédico e a reformulação do currículo médico da Universidade Federal Fluminense. Hist Cien Saúde-Manguinhos. 2001;8:49-69.
80. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Currículo do Curso de Bacharelado em Enfermagem [Internet]. Porto Alegre [citado 2012 setembro 27]. Disponível em: http://www.ufrgs.br/ufrgs/ensino/graduacao/cursos/exibeCurso?cod_curso=315.
81. Luz MT. Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2012.
82. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. KR. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. Cien Saúde Colet. 2006;11:1093-103.
83. Vieira AN, Silveira LC, Franco TB. A formação clínica e a produção do cuidado em saúde e na enfermagem. Trab Educ Saúde. 2011;9:9-24.
84. Macêdo MCS, Romano RAT, Henriques RLM, Pinheiro R. Cenários de aprendizagem: interseção entre os mundos do trabalho e da formação. In: Pinheiro R, Ceccim RB, Mattos RA, organizadores. Ensinar saúde: a integralidade e o SUS

nos cursos de graduação na área da saúde. 2ª ed. Rio de Janeiro: UERJ- UERJ/CEPESQ/ABRASCO; 2005.

85. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem. Atividades de ensino [Internet]. Porto Alegre [citado 2012 outubro 22]. Disponível em: <http://www.ufrgs.br/eenf/ensino/graduacao/enfermagem/atividades-de-ensino-montando>.

86. Ferreira SCC, Moratori RB, Coutinho MM, Pinheiro GF, Arêas Jr P, Leandro BBS. Aspectos da gestão hospitalar: a integralidade no cotidiano das unidades de saúde. In: Ferreira SCC, Monken M, organizadores. Gestão em saúde: contribuições para a análise da integralidade. Rio de Janeiro: EPSJV; 2009. p. 129-56.

87. Lunardi VL. A sanção normalizadora e o exame: fios invisíveis/invisíveis na docilização. In: Waldow VR, Lopes MJM, Meyer DEE, organizadores. Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 79-108.

88. Gomes AMT, Oliveira DC. Formação profissional e mercado de trabalho: um olhar a partir das representações sociais de enfermeiros. Rev Enferm UERJ. 2004;12:265-71.

89. Kuenzer AZ. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. Trab Educ Saúde. 2004;2(1):239-65.

90. Albuquerque VS, Giffin KM. Globalização capitalista e formação profissional em saúde: uma agenda necessária ao ensino superior. Trab Educ Saúde. 2009;6(3):519-37.

91. Souto BGA, Pereira SMSF. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde. 2011;36(3):176-81.

92. Fonseca TMG, Kirst PG. O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. Psicologia & Sociedade. 2004;16:29-34.

93. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica [dissertação]. Campinas, SP: Universidade Estadual de Campinas; 2004.

94. Corá ÉJ, Nascimento CR. Reconhecimento em Paul Ricoeur: da identificação ao reconhecimento mútuo. Revista de Ciências Humanas. 2011;45(2):407-23.

95. Ayres JRCM. Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. 1ª ed. Rio de Janeiro: CEPESQ/ UERJ-IMS/ ABRASCO; 2009.

96. Fontanella BJB, Silva FR, Gomes R. Rituais e símbolos na atenção formal à saúde: o caso do vestuário profissional, na ótica de pacientes da Atenção Básica. Physis: Revista de Saúde Coletiva. 2012;22:507-25.

97. Callegari DC. O uso do branco por médicos. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo [Internet]. São Paulo; 2004 [citado 2012 dezembro 04]; Disponível em: <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Revista&id=150>.
98. Kruse MHL. Os poderes dos corpos frios: das coisa que se ensinam à enfermeiras [tese]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2003.
99. Kruse MHL. Enfermagem moderna: a ordem do cuidado. Rev Bras Enferm. 2006;59:403-10.
100. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Cien Saúde Colet. 2007;12:849-59.
101. Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunic Saúde Educ. 2004/2005;9(16):161-77.
102. Camargo Jr KR. Das necessidades de saúde à demanda socialmente construída. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ ABRASCO; 2010. p. 93-103.
103. Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estratégias. 2ª ed. Espanha: Masson; 1990.
104. Teixeira CF. Modelos de atenção voltados para a qualidade, efetividade, equidade e necessidades prioritárias de saúde. In: Teixeira CF, Paim JS, Villasboas AL, organizadores. Promoção e vigilância da saúde. Salvador: ISC; 2002.
105. Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 25ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 1996.
106. Heckert AL. Escuta como cuidado: o que se passa nos processos de formação e de escuta? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Razões públicas para a integralidade em saúde: o cuidado como valor. Rio de Janeiro: ABRASCO/CEPESC; 2007. p. 199-212.
107. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Clínica ampliada e compartilhada. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2009. p. 64.
108. Jorge MSB, Pinto DM, Quinderé PHD, Pinto AGA, Sousa FSP, Cavalcante CM. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. Ciência & Saúde Coletiva. 2011;16:3051-60.
109. Merhy EE, Franco TB. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves [Internet]. Rio de Janeiro; 2003 [citado 2013 janeiro 24]. Disponível em: http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf.

110. Merhy EE. Apostando em projetos terapêuticos cuidadores: desafios para a mudança da escola médica ou utilizando-se da produção dos projetos terapêuticos em saúde como dispositivo de transformação das práticas de ensino-aprendizagem que definem os perfis profissionais dos médicos [Internet]. Campinas; 1999 [citado 2013 janeiro 10]. Disponível em:

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-07.pdf>.

111. Fleury-Teixeira P, Vaz FAC, Campos FCC, Álvares J, Aguiar RAT, Oliveira VA. Autonomia como categoria central no conceito de promoção de saúde. Cien Saúde Colet. 2008;13:2115-22.

112. Davini MC. Practicas laborales en los servicios de salud: las condiciones del aprendizaje. In: Haddad J, Roschke MAC, Davini MC, organizadores. Educación permanente de personal de salud. Washington D.C.: OPS/OMS; 1994. p. 109-26.

113. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

APÊNDICE A – Perfil dos participantes da pesquisa

Participante	Idade	Tempo de curso	Formação e experiência prévia
P 1	20	3 anos	Ensino médio. Foi bolsista voluntário em unidade de internação pediátrica. Foi bolsista no laboratório de informática da escola de enfermagem. É bolsista do Programa de educação para o Trabalho (PET-Saúde) em Programa de Saúde da Família (PSF).
P2	24	3 anos	Ensino Médio. Técnico em Enfermagem há 3 anos. Cursou aproximadamente 3 anos de Engenharia Civil. Trabalha no Hospital Conceição.
P 3	30	3 anos	Ensino Médio. Técnico em Enfermagem há 5 anos. Trabalhou no setor de emergência do Hospital Ernesto Dornelles, do Hospital Moinhos de Vento, da Santa Casa de Porto Alegre. Trabalha no Banco de Sangue do Hospital Conceição.
P 4	23	3 anos	Ensino médio. Cursou três semestres na Faculdade de Farmácia da PUCRS. Foi monitor na disciplina de Histologia. Foi bolsista de iniciação científica. É monitor na disciplina de Farmacologia I.
P 5	21	3 anos	Ensino médio. É estagiário na Comissão de Controle de

			Infecção Hospitalar do Hospital Nossa Senhora da Conceição.
P 6	20	3 anos	Ensino médio. É bolsista de Iniciação Científica.
P 7	22	3 anos	Ensino médio. É bolsista de iniciação científica.
P 8	21	3 anos	Ensino Médio. É bolsista PET e de iniciação científica.

Optou-se por não considerar o gênero dos participantes no perfil, uma vez que o gênero masculino está representado por apenas um sujeito, evitando sua identificação.

APÊNDICE B – Cronograma de Atividades da disciplina “Enfermagem no Cuidado ao Adulto II” – ENF01004 - 2011/2 – Grupo B – Prof^a. Maria Luiza Machado

DATA	ATIVIDADE	RESPONSÁVEL	LOCAL
18/08 5ª feira	Apresentação/discussão da proposta de atividades <i>Discussão de artigo: Oliveira DL. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: ente a tradição e a inovação. Rev. Latino-am Enfermagem 2005 maio-junho; 13(3):42331.</i> Simulação de Consulta de Enfermagem (CE)	Professora/alunos	EE/s. 210
19/08 6ª feira	Observação de CE Elaboração de trabalhos/ atividades da pesquisa: CE ampliada	Grupo B1 Grupo B2	HCPA
25/08 5ª feira	<i>Apresentação do projeto de pesquisa: A Consulta de enfermagem como cenário de formação para a prática da integralidade em saúde</i> <i>Assinatura do TCLE</i> Seminário: Atenção à Saúde do Adulto com HAS	Professora/alunos Grupo B2 (dupla 1)	EE/s.210
26/08 6ª feira	Observação de CE Elaboração de trabalhos/ atividades da pesquisa: CE ampliada	Grupo B2 Grupo B1	HCPA

01/09 5ª feira	Seminário: Atenção à Saúde do Adulto com DM2 <i>Discussão de capítulo de livro: Cecilio, L. C. O. (2001). As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Pinheiro R, Mattos RA. Rio de Janeiro, IMS/UERJ/ ABRASCO.</i>	Grupo B1 (dupla 1) Professora/alunos	EE/s. 210
02/09 6ª feira	Prática de CE Elaboração de trabalhos/ atividades da pesquisa: CE ampliada	Grupo B1 Grupo B2	HCPA
08/09 5ª feira	Seminário: Atenção à Saúde do Adulto com Dislipidemia e Obesidade <i>Discussão de artigo: Mattos R A (2004). A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública 20(5): 1411-1416.</i>	Grupo B2 (dupla 2) Professora/alunos	EE/s. 210
09/09 6ª feira	Prática de CE Elaboração de trabalhos/ atividades da pesquisa: CE ampliada	Grupo B2 Grupo B1	HCPA
15/09 5ª feira	Seminário: Envelhecimento e Doenças Crônicas <i>Atividade da pesquisa: Reunião</i>	Grupo B1 (dupla 2) Todos	EE/ s. 210
16/09 6ª feira	Prática de CE Elaboração de trabalhos/ atividades	Grupo B1 Grupo B2	EE/ HCPA

	da pesquisa: CE ampliada		
22/09 5ª feira	<ul style="list-style-type: none"> • Busca em base de dados • Mapa conceitual 	Profª. Denise Tolfo Profª.Vera Portela	EE/ LIES EE/ s. 210
23/09 6ª feira	Prática de CE Elaboração de trabalhos/ atividades da pesquisa: CE ampliada	Grupo B2 Grupo B1	HCPA
29/09 5ª feira	Atualização pedagógica para docentes da EEnf	-----	EE
30/09 6ª feira	Prática de CE Elaboração de trabalhos/ atividades da pesquisa: CE ampliada	Grupo B1 Grupo B2	HCPA
06/10 5ª feira	Objeto de Aprendizagem sobre CE: Estudo clínico digital	Profª. Denise Tolfo	EE/ s. 210
07/10 6ª feira	Prática de CE Elaboração de trabalhos/ atividades da pesquisa: CE ampliada	Grupo B2 Grupo B1	HCPA
13/10 5ª feira	Discussão de artigos Discussão de artigos Atividade da pesquisa: Reunião	Grupo B1 (um artigo/dupla) Grupo B2 (um artigo/dupla) Todos	EE/ s. 210
14/10 6ª feira	Prática de CE Elaboração de trabalhos/ atividades	Grupo B1 Grupo B2	HCPA

	da pesquisa: CE ampliada		
20/10 5ª feira	Orientação do Estudo Clínico Atividade da pesquisa: Grupo Focal Semana Acadêmica da UFRGS	Todos	EE/ s. 210
21/10 6ª feira	Prática de CE Elaboração de trabalhos/ atividades da pesquisa: CE ampliada Semana Acadêmica da UFRGS	Grupo B2 Grupo B1	HCPA
27/10 5ª feira	Orientação do Estudo Clínico Atividade da pesquisa: Grupo Focal	Todos	EE/s. 210
28/10 6ª feira	Prática de CE Elaboração de trabalhos/ atividades da pesquisa: CE ampliada	Grupo B1 Grupo B2	HCPA
03/11 5ª feira	Apresentação dos estudos clínicos Entrega Estudo Clinico	Todos	EE/ s. 210
04/11 6ª feira	Prática de CE Elaboração de trabalhos/ atividades da pesquisa: CE ampliada Entrega Estudo Clinico	Grupo B2 Grupo B1	HCPA
10/11 5ª feira	Apresentação dos estudos clínicos Atividade da pesquisa: Grupo Focal	Todos	EE/ s. 210
11/11 6ª feira	Prática de CE Elaboração de trabalhos/ atividades	Grupo B1 Grupo B2	HCPA

	da pesquisa: CE ampliada		
17/11 5ª feira	AVALIAÇÃO DA DISCIPLINA <i>Atividade da pesquisa: Grupo Focal /Reunião final</i>	Todos	EE/ s. 210
18/11 6ª feira	Prática de CE	Grupo B1 e B2	HCPA

Observação: As atividades relacionadas à pesquisa encontram-se destacadas em negrito.

APÊNDICE C - Termo de consentimento livre e esclarecido

Universidade Federal do Rio Grande do sul Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Doutorado

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada "A consulta de enfermagem como cenário de formação para a prática da integralidade em saúde" que possui como objetivo "analisar o potencial da consulta de enfermagem para a formação de enfermeiras para a prática da integralidade em saúde, considerando as experiências discentes em um cenário ampliado de ensino".

Trata-se da tese da aluna Maria Luiza Machado Ludwig, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Essa pesquisa cumpre o que consta na Resolução nº. 196/96 sobre pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisadora responsável: Maria Luiza Machado Ludwig. Contato: (51)99583177 / 33074405; e-mail: luiza@enf.ufrgs.br

Contato no HCPA: Serviço de Educação em Enfermagem, sala 059, fone: 33598606.

Orientadora responsável: Dra Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira. Contato: (51)98657650 / 33443368; e-mail: dora@enf.ufrgs.br.

Contato no HCPA: Serviço de Educação em Enfermagem, sala 059, fone: 33598606.

Se você necessitar esclarecer dúvidas sobre o estudo, poderá contatar os pesquisadores ou o Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA (fone: 33597640).

Sua participação consistirá na elaboração de registros relativos à sua experiência junto aos pacientes atendidos na consulta de enfermagem ambulatorial, bem como no acompanhamento dos mesmos na comunidade, além da discussão e reflexão, em grupo, destas vivências, técnica esta denominada de grupo focal. As atividades do grupo focal serão gravadas e, após, guardadas por até cinco anos, sendo, então, destruídas. Os registros provenientes das observações serão, igualmente, guardados por até cinco anos, sendo, então, destruídos. Os dados coletados terão a única finalidade de fornecer elementos para a realização da tese e dos artigos de comunicação que dela resultem, sendo garantido que nenhum participante terá sua identidade revelada. Da mesma forma tal material não poderá ser objeto de comercialização e/ou divulgação que possa prejudicar os participantes.

A participação é de caráter voluntário e você terá a garantia de não haver qualquer prejuízo caso queira retirar seu consentimento ou não participar da pesquisa, a qualquer tempo, bem como solicitar que alguma informação não seja divulgada. As pesquisadoras se comprometem a manterem os participantes informados sobre o andamento da pesquisa e, ao concluir o estudo, devolverem-lhes de alguma forma os resultados finais. Fica garantido também, que sua participação não acarretará custos pessoais, uma vez que as pesquisadoras se responsabilizarão pelas despesas necessárias ao desenvolvimento da pesquisa.

Os desconfortos possíveis decorrentes de sua participação poderão estar relacionados ao desgaste físico de realizar as visitas aos pacientes em suas comunidades.

Ao participar deste estudo, você estará contribuindo com elementos importantes para a análise do contexto atual do ensino da consulta de enfermagem, com vistas à proposição de alternativas de superação do modelo de formação vigente em direção às diretrizes do Sistema Único de Saúde para o ensino e para as práticas em saúde.

Eu _____ concordo em participar desta pesquisa e fui esclarecido de todos os aspectos relativos ao desenvolvimento da mesma. Também fui informado de que a coleta de dados iniciará somente após eu ter assinado este consentimento e que ficarei de posse de uma via do mesmo.

Assinatura do participante: _____

Assinatura da pesquisadora: _____

Porto Alegre, _____ de _____ de 2011.

Comitê de Ética em Pesquisa
GPPG/HCPA
VERSÃO APROVADA

28/06/2011. *MF*
11-0212

APÊNDICE D - Agenda dos grupos focais

TÍTULO DA PESQUISA: A consulta de enfermagem como cenário de formação para a prática da integralidade em saúde.
ALUNA PESQUISADORA: Maria Luiza Paz Machado
PROF ^a . ORIENTADORA RESPONSÁVEL PELA PESQUISA: Dora Lúcia L. C. Oliveira

PRIMEIRO ENCONTRO – 20/10/2011

OBJETIVO: Conhecer a percepção dos alunos quanto ao modelo vigente de formação e suas repercussões nas práticas de saúde considerando os princípios do SUS.

ATIVIDADE	DURAÇÃO (minutos)
Agradecimento pela participação	05
Apresentação do projeto de pesquisa	10
Negociação das regras de funcionamento do grupo: pontualidade e assiduidade, respeito ao posicionamento dos outros participantes, necessidade de sigilo, registro das falas, participação da aluna bolsista, papel do pesquisador/facilitador, celular no modo silencioso.	10
Espaço para questionamentos	10
Intervalo para lanche	15
Síntese e encerramento do encontro	10
TOTAL	120

SEGUNDO ENCONTRO – 27/10/2011

OBJETIVO: Refletir sobre as experiências de aprendizado e cuidado geradas pela atuação nos cenários tradicional e ampliado de cuidado.

ATIVIDADE	DURAÇÃO
------------------	----------------

	(minutos)
Relembrando as regras	10
Síntese do encontro anterior para validação dos dados obtidos	15
Espaço para questionamentos	10
Intervalo para lanche	15
<p>Questões focais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se vocês fossem professores, como fariam para ensinar na perspectiva da integralidade, considerando o modelo vigente (biomédico)? (questão incluída para complementar informações do primeiro encontro do GF) • Como foi a experiência de cuidar no cenário tradicional (ambulatório) tendo como subsídio somente informações obtidas previamente no prontuário, ou seja, sem conhecer o usuário? • Qual a diferença entre cuidar no cenário tradicional e no cenário ampliado (contexto escolhido pelo usuário)? • Que limites para a prática da integralidade emergiram nesta transição? • Que saberes vocês aprenderam nesse processo de transição? 	60
Síntese e encerramento do encontro	10
TOTAL	120

TERCEIRO ENCONTRO – 10/11/2011

OBJETIVO: Refletir sobre o potencial da vivência da transição entre os cenários tradicional e ampliado de cuidado para a aprendizagem da integralidade em saúde.

ATIVIDADE	DURAÇÃO (minutos)
Síntese do encontro anterior para validação dos dados obtidos	15
Espaço para questionamentos	10
Intervalo para lanche	15
Questões focais: <ul style="list-style-type: none"> • Dos saberes aprendidos nessa transição, quais os que poderiam orientar práticas em saúde na direção da integralidade? • Que práticas seriam essas? (escuta, diálogo, compreensão das singularidades, promoção da autonomia, apreensão das necessidades de saúde) 	60
Síntese e encerramento do encontro	10
TOTAL	110

QUARTO ENCONTRO – 17/11/2011

OBJETIVO: Refletir sobre a experiência de compartilhar um espaço de protagonismo com o usuário e sobre a aprendizagem que resultou dessa experiência.

ATIVIDADE	DURAÇÃO (minutos)
Síntese do encontro anterior para validação dos dados obtidos	15
Espaço para questionamentos	10
Intervalo para lanche	15
Questões focais: <ul style="list-style-type: none"> • O que foi possível aprender com a experiência de compartilhar espaços de protagonismo com os usuários na produção de projetos terapêuticos singulares? 	60

<ul style="list-style-type: none"> • Em que medida a aprendizagem gerada na experiência resultou no preparo para cuidar na perspectiva da integralidade? • Qual a repercussão da vivência proposta na formação de vocês? 	
Síntese e encerramento do encontro Impressões sobre a participação na pesquisa	20
TOTAL	120

ANEXO A - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

COMISSÃO CIENTÍFICA E COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

A Comissão Científica e o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA), que é reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)/MS e pelo Office For Human Research Protections (OHRP)/USDHHS, como Institutional Review Board (IRB00000921) analisaram o projeto:

Projeto: 110212

Data da Versão do Projeto: 20/04/2011

Data da Versão do TCLE: 22/06/2011

Pesquisadores:

MARIA LUIZA MACHADO LUDWIG

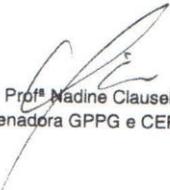
DORA LUCIA LEIDENS CORREA DE OLIVEIRA

Título: A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO CENÁRIO DE FORMAÇÃO PARA A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos, bem como o respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as diretrizes e normas nacionais e internacionais de pesquisa clínica, especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde.

- Os membros da Comissão Científica e do Comitê de Ética em Pesquisa não participaram do processo de avaliação dos projetos nos quais constam como pesquisadores.
- Toda e qualquer alteração do projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/HCPA.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao CEP/HCPA.
- Somente poderá ser utilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido no qual conste o carimbo de aprovação do CEP/HCPA.

Porto Alegre, 28 de junho de 2011.


Prof.ª Nadine Clausell

Coordenadora GPPG e CEP/HCPA

ANEXO B - Parecer de aprovação do projeto de pesquisa na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

CARTA DE APROVAÇÃO

Projeto: PG DR. 052/2010

Versão 01/2011

Pesquisadores: Maria Luiza Machado Ludwig e Profa. Dora Lúcia Leidens Corrêa de Oliveira

Título: A CONSULTA DE ENFERMAGEM COMO CENÁRIO DE FORMAÇÃO PARA A PRÁTICA DA INTEGRALIDADE EM SAÚDE.

A Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (COMPESQ), no uso de suas atribuições, avaliou e aprova este projeto em seus aspectos metodológicos. Os membros desta Comissão não participaram do processo de avaliação de projeto onde constam como pesquisadores. Toda e qualquer alteração deverá ser comunicadas à Comissão.

Porto Alegre, 19 de janeiro de 2011.

Profa. Dra. Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora da COMPESQ/EENF

Eliane Pinheiro de Moraes
Coordenadora Compesq
EEnf - UFRGS