

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

Maria Luiza Paz MACHADO^a, Dora Lúcia Leidens Corrêa de OLIVEIRA^b,
Silvia Troyahn MANICA^c

RESUMO

Objetivou-se analisar uma intervenção no modo tradicional de ensinar a consulta de enfermagem e seu potencial para a formação de enfermeiros para a prática da integralidade em saúde. Pesquisa participante, desenvolvida com oito alunos do Curso de Enfermagem de uma universidade pública do sul do Brasil, no período de agosto a novembro de 2011. O contexto de estudo constituiu-se pelas consultas ambulatoriais e por vivências no cotidiano dos usuários. Os dados coletados por meio de grupo focal foram submetidos à análise temática, emergindo duas categorias: “A interatividade entre o cenário tradicional e o ampliado: possibilidades para o aprendizado da integralidade” e “A consulta de enfermagem ampliada: saberes gerados na experiência”. Evidenciou-se que a experiência foi produtora de saberes coerentes com a formação para integralidade. Conclui-se que a diversificação de cenários de aprendizagem pode configurar-se como estratégia pedagógica com potência para provocar transformações no modelo de atenção/formação em saúde vigente.

Descritores: Educação em enfermagem. Educação em Saúde. Aprendizagem.

RESUMEN

Se analizó una intervención en el modo tradicional de enseñar la consulta de enfermería y su potencial en la formación de enfermeros para la práctica de la integralidad en salud. Se desarrolló una encuesta participante con ocho alumnos del Curso de Enfermería de una universidad pública del sur de Brasil en el período de agosto a noviembre de 2011. El contexto estudiado cubrió consultas externas y vivencias del cotidiano de vida de los usuarios. Los datos recolectados por grupo focal fueron sometidos al análisis temático del cual emergieron dos categorías: “La interactividad entre el escenario tradicional y el ampliado: posibilidades para el aprendizaje de la integralidad” y “La consulta de enfermería extendida: saberes generados en la experiencia”. Quedó evidenciado que la experiencia produjo conocimientos consistentes con la formación para la integralidad. Se concluye que la diversificación de escenarios de enseñanza puede configurar una estrategia pedagógica con potencia para provocar cambios en el modelo vigente de atención/enseñanza en salud.

Descriptores: Educación en enfermería. Educación en salud. Aprendizaje.

Título: Consulta de enfermería ampliada: posibilidades de formación para la práctica de la integralidad en salud.

ABSTRACT

The objective was to analyze an intervention in the traditional way of teaching nursing consultation and its potential for nurses' education aiming for the practice of integrality in health. This is a participative research carried out from August to November 2011 with eight students attending the School of Nursing in a public university from the south of Brazil. The study context comprised outpatient consultations and daily life experiences of the patients. Data were collected through focus group and submitted to thematic analysis, in which two categories emerged: “The interactivity between the traditional and the extended scenario: possibilities for the integrality in education” and “The extended nursing consultation: knowledge from experience”. The analysis evidenced that the experience produced knowledge coherent with the integrality in education. We conclude that the diversification of learning scenarios may configure a pedagogical strategy with potential to foster changes in the existing health care and education model.

Descriptors: Education, nursing. Health education. Learning.

Title: Extended nursing consultation: education possibilities for the practice of integrality in health.

a Doutora em Enfermagem, Profa. Adjunta da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EENF/UFRGS), Membro do Grupo de Estudos em Promoção da Saúde (GEPS), Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

b PhD. em Educação, Profa. Associada da EENF/UFRGS, coordenadora do GEPS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

c Acadêmica do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRGS, Bolsista de Iniciação Científica/CNPq, membro do GEPS, Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

INTRODUÇÃO

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) acarretou implicações importantes para o contexto da formação ao preconizar alterações no modelo tradicional de atenção à saúde. Historicamente, a formação em saúde tem sido sustentada pelo paradigma biomédico, orientador de uma compreensão fragmentada do corpo e uma concepção simplificada de saúde como ausência de doença⁽¹⁾. As alterações propostas incluem, essencialmente, a ampliação das práticas de saúde em direção a outras que considerem aspectos da vida dos usuários, além daqueles relacionados ao adoecimento. Por conseguinte, legisla em favor de mudanças para modelagens que desloquem a centralidade do saber técnico para os usuários e suas necessidades de saúde, possibilitando o planejamento de ações mais efetivas de promoção da saúde.

Ratificando os princípios instituídos pelo SUS, as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em saúde, entre eles a Enfermagem, passou a preconizar a formação de um profissional generalista, crítico e reflexivo, com capacidade para atuar de forma a garantir a integralidade da assistência e a humanização do atendimento⁽²⁾.

Apesar das orientações das DCN e, ainda que tenha avançado nas discussões em relação às necessidades de mudança, o curso de graduação em Enfermagem, cenário deste estudo, apresenta dificuldades em superar modos conservadores de ensinar, dificultando o avanço para práticas pedagógicas com capacidade de promover mudanças na formação vigente. Neste contexto, destaca-se a consulta de enfermagem (CE), a qual, em geral, permanece sendo ensinada conforme os pressupostos da clínica tradicional.

Tendo como base as atuais políticas para a formação, elegeu-se o princípio da integralidade como orientador desta pesquisa. Esta opção foi fundamentada na potencialidade que a mesma apresenta para alavancar as necessárias transformações no modelo de atenção/formação.

O princípio da integralidade pode ser descrito a partir de três conjuntos de sentidos⁽³⁾. O primeiro está relacionado à abrangência das respostas governamentais aos problemas de saúde, no sentido de assegurar, à população, acesso universal e igualitário às ações de saúde, mediante a articulação

de todos os níveis de atenção; o segundo sentido é relativo a aspectos da organização dos serviços e sua capacidade de apreender, de forma ampliada, as necessidades dos grupos; o terceiro sentido diz respeito às práticas de saúde adotadas pelos profissionais, as quais devem ser capazes de identificar e oferecer ações centradas nos usuários e suas necessidades de saúde, a partir das suas singularidades.

Considerando que o ensino da CE em estudo se dá no espaço circunscrito a um serviço de saúde, adotou-se o terceiro sentido da integralidade como seu norteador. Delimitou-se, como foco de pesquisa, a CE destinada aos portadores de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), realizada no ambulatório de um hospital universitário, o qual é utilizado como campo de prática da graduação em Enfermagem, da universidade onde o estudo foi desenvolvido.

Partiu-se do pressuposto de que as regras que organizam o referido cenário oferecem limites para a formação na perspectiva da integralidade. Desataca-se o tempo pré-definido para os atendimentos, o registro da consulta no prontuário eletrônico, o uso de protocolos, entre outros aspectos.

Definiu-se, então, como questão de pesquisa “em que medida a ampliação do cenário de cuidado, pode contribuir para a formação de enfermeiros na perspectiva da integralidade em saúde?”. O estudo objetivou “analisar uma intervenção no modo tradicional de ensinar a CE e seu potencial para a formação de enfermeiros para a prática da integralidade em saúde”. A intervenção foi denominada *consulta de enfermagem ampliada*, sendo fundamentada nos pressupostos da clínica ampliada no sentido de deslocar a ênfase das ações de cuidar/educar na doença para centrá-la nos usuários e suas necessidades de saúde⁽⁴⁾.

METODOLOGIA

Pesquisa participante⁽⁵⁾, que deu origem à tese de doutorado “Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde”⁽⁶⁾. O método escolhido permitiu a constituição de um espaço para a análise crítica do processo de cuidado desenvolvido no contexto do ensino, permitindo o protagonismo dos atores envolvidos na pesquisa.

Foi delineada uma intervenção no modo tradicional de ensinar a CE, por meio da diversificação do cenário ambulatorial, para outros, constituídos pelo cotidiano de vida dos usuários. O processo de pesquisa foi desenvolvido de modo concomitante às atividades da disciplina em que a pesquisadora atua, com a participação de oito discentes, caracterizando uma amostra intencional.

Os procedimentos de preparo para a intervenção, constituíram-se da aproximação dos participantes do referencial teórico do estudo, bem como da elaboração coletiva de um roteiro semiestruturado de entrevista para subsidiar a CE ampliada. As questões priorizaram aspectos da vida dos usuários para além daqueles estritamente biológicos.

O cenário de investigação foi constituído pelas vivências dos alunos na interatividade entre os dois cenários de cuidado. A CE ampliada diferiu da CE tradicional na medida em que alargou as oportunidades de interação entre alunos e usuários, minimizando os limites identificados no ambulatório para o aprendizado da integralidade.

Foi considerado, como ponto inicial desta ampliação, a CE tradicional. Nesta ocasião, foi solicitado, aos usuários, permissão para que fossem visitados pelos alunos em locais pactuados por ambos. Cinco usuários consentiram, sendo que dois foram visitados em seus domicílios, dois em um parque da cidade e um deles em um *shopping center*.

Cada usuário teve contato com os alunos em uma CE ambulatorial e duas CE ampliada. A primeira CE ampliada foi destinada a conhecer o usuário, em seu cotidiano. O segundo encontro teve a finalidade de discutir e construir um plano terapêutico, elaborado com base nas informações obtidas na consulta ambulatorial e no encontro anterior.

A coleta de dados ocorreu de agosto a novembro de 2011, por meio de grupo focal⁽⁷⁾, caracterizando-se como uma técnica de pesquisa qualitativa que coleta dados a partir das interações grupais, reunindo informações em profundidade sobre uma temática específica. A atividade foi desenvolvida em acordo com uma agenda, com os seguintes objetivos: a) refletir sobre as experiências de aprendizado geradas pela atuação nos cenários tradicional e ampliado de cuidado; b) refletir sobre o potencial da vivência na transição entre os cenários tradicional e ampliado de cuidado para a aprendizagem da integralidade; c) refletir sobre a experiência de compartilhar um espaço de protagonismo com o

usuário e sobre a aprendizagem que resultou dessa experiência.

Foram realizados três encontros com a participação dos oito alunos, da pesquisadora e de uma aluna bolsista, a qual registrou os depoimentos, em mp3, com posterior transcrição em arquivo. As informações obtidas foram sintetizadas e validadas coletivamente pelos participantes. Utilizou-se o critério de saturação das informações⁽⁶⁾ para definição do término da coleta.

A interpretação das informações foi orientada pela análise de conteúdo temática⁽⁶⁾, que compreendeu as etapas de pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados. Como resultado, emergiram duas categorias: “A interatividade entre o cenário tradicional e o ampliado: possibilidades para o aprendizado da integralidade” e “A consulta de enfermagem ampliada: saberes gerados na experiência”.

Os aspectos éticos foram respeitados, sendo os participantes informados sobre os objetivos da investigação e sua forma de participação e tendo assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Suas identidades foram preservadas, sendo seus nomes substituídos pela letra P, seguida por um número de ordem (1 a 8). O Projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA, Parecer nº. 110212. Os usuários, atendidos durante o trabalho de campo, não foram considerados participantes do estudo, o que não influenciou o atendimento prestado nas CE.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

A experiência possibilitou a identificação dos limites e potencialidades da CE tradicional e da CE ampliada para a aprendizagem na perspectiva da integralidade em saúde.

Na visão dos participantes, as consultas ambulatoriais, apresentam como principais entraves para a prática da integralidade: o tempo limitado para sua realização, o uso de computador e a coleta de dados estruturados.

Uma limitação da consulta é o tempo. Como a gente vai ser um profissional integral? Ou tu prezas qualidade ou quantidade. (P6)

O tempo influencia. Tu estás olhando o paciente e, ao mesmo tempo, o relógio no canto do computador. (P1)

Talvez tu até consigas digitar e prestar a atenção na pessoa ao mesmo tempo. A correria nos faz perder de entender por que aquela pessoa está ali. (P3)

É como um cadastro. O paciente não consegue desenvolver o assunto que ele gostaria, mas às vezes é uma coisa que está fazendo toda a diferença. (P2)

Os depoimentos traduzem um cenário de ensino/cuidado coerente com a clínica tradicional e a lógica biomédica, as quais seguem influenciando o currículo vigente do curso de graduação em Enfermagem em estudo. Por consequência, as práticas de saúde, têm sido norteadas, quase que exclusivamente, por aspectos relativos à doença e não ao sujeito, instalando-se um entorno propício para a priorização de tecnologias leve-duras⁽⁸⁾, fundamentadas em saberes estruturados, particularmente na clínica e na epidemiologia. Como resultado, ficam desvalorizadas, neste contexto, as tecnologias leves que, por serem baseadas em práticas relacionais, apresentam maior potência para a apreensão das necessidades de saúde dos usuários⁽⁸⁾.

Outra característica da clínica tradicional, evidenciada nos depoimentos, é o predomínio de uma comunicação de caráter normativo/informativo/investigativo, limitando a autonomia dos sujeitos do cuidado e a possibilidade do estabelecimento de um diálogo. Reduzidas tais possibilidades, ficam igualmente reduzidos os espaços de interação entre os saberes dos profissionais e os saberes trazidos pelos usuários.

No modelo vigente tu vais direcionar mais aquilo que tu queres ouvir. (P6)

Ele [o profissional] está lá [no consultório] para responder o questionário, não quer saber o contexto. (P8)

Própria da clínica tradicional, a utilização de protocolos de coleta de informações reduz o sujeito à condição de 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, este tipo de enfoque dificulta a apreensão do fenômeno do adoecimento em toda a sua complexidade, por se limitar à descrição de fatos pouco contextualizados⁽⁹⁾.

Diferentemente da abordagem tradicional, o novo cenário de cuidado, proposto pelo estudo, possibilitou focar o 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. Assim, a CE ampliada, pôde ser precursora de outro tipo de abordagem, não mais centrado em saberes previamente definidos como relevantes, mas orientado pelas necessidades singulares de cada usuário.

O modelo de consulta ampliada possibilita que se abordem outras coisas que também são importantes. (P4)

A gente vai para a consulta ampliada com perguntas novas. Foi uma conversa entre duas pessoas, unindo os conhecimentos. (P6)

A gente tinha um roteiro da consulta, mas não era aquela coisa fechada. A gente podia explorar da nossa forma. (P7)

Em tais circunstâncias, pôde ser identificada uma transição nos modos de cuidar, anteriormente baseados em processos estruturados, regrados pelo conhecimento formatado na clínica, para outros menos duros e com mais potência para produzir subjetividades entre os atores do cuidado, possibilitando que tal encontro tivesse maior sentido para ambos⁽⁸⁾.

Constatou-se, ainda, que a vivência na interatividade entre o cenário tradicional e o ampliado promoveu, entre os participantes, o entendimento de que é necessário aprender a conviver com o modelo biomédico e o modelo ampliado de atenção.

Não tem como separar os dois modelos. Vamos ter que achar uma maneira de fazer com que essas duas coisas funcionem juntas. (P3)

Tem como a gente trabalhar com a integralidade ainda no modelo biomédico. Se o modelo biomédico visa só a doença, a integralidade ajuda vendo outros fatores que podem influenciar na doença. (P8)

A análise evidenciou que as reflexões sobre os limites e as potencialidades da CE para a prática da integralidade foram precursoras de um “dar-se conta” de que esta pode ser praticada em qualquer cenário, tradicional ou não, uma vez que a ampliação do cuidado irá depender mais da mudança de atitude do profissional e menos do usuário e do cenário.

Se eu não tivesse entrado em contato com a consulta ampliada, eu não ia ter essa visão de que a integralidade vai depender de mim e não de onde eu vou estar. (P5)

É, a integralidade não tem a ver com o cenário, a gente é que tem que mudar o pensamento, mesmo sem sair do lugar. (P2)

Os depoimentos evidenciam que a participação, na pesquisa, possibilitou outros aprendizados, gerados na interseção entre os saberes prévios e os saberes renovados pela experiência, constituindo-se em um modo de aprender distinto daquele tradicionalmente desenvolvido na formação vigente⁽¹⁴⁾.

A consulta de enfermagem ampliada: saberes gerados na experiência

A CE ampliada foi geradora de saberes, considerados como facilitadores de aprendizagens na perspectiva da integralidade. Uma das aprendizagens está relacionada à percepção de que nem sempre as prioridades de intervenção, eleitas pelo profissional, são coincidentes com as eleitas pelo usuário.

Usualmente, no contexto da consulta ambulatorial, as decisões profissionais têm sido adotadas a partir do raciocínio clínico resultante de análises circunstanciadas em dados objetiváveis e relatos sintéticos dos usuários, podendo ser pouco contributivas para um cuidado coerente com suas necessidades. Este tipo de abordagem utiliza a noção de “problemas de saúde” para orientar a definição de situações passíveis de intervenções, tendo-se, como intenção, o controle de doenças claramente traduzidas por saberes fundamentados na racionalidade biomédica⁽¹⁰⁾.

A análise dos depoimentos sugere que a formação, empreendida a partir da racionalidade biomédica, faz com que, inicialmente, os alunos valorizem problemas físicos como prioritários de seus cuidados profissionais, em detrimento de outros.

Nossa paciente tinha uma bolsa de colostomia, mas isso não apareceu na consulta ampliada. (P3)

A gente não conseguia crer que ela não estava se incomodando com aquela colostomia. Sofreu com o filho que não falava com ela. Esse é o problema dela, não é o câncer, a obesidade. (P2)

Na consulta ampliada dá para ver que os problemas que a gente identifica nem sempre são prioridade para o paciente. (P4)

Diferentemente de “problemas de saúde”, consideram-se, neste estudo, possibilidades de ampliação do objeto do cuidado, por meio de intervenções que valorizem as “necessidades de saúde”⁽⁹⁾ como base para seu planejamento. Assim, as necessidades puderam 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, oportunizando o aprendizado de que a identificação e a 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⁽¹¹⁾.

Além deste aprendizado, a escuta foi destacada como tecnologia importante para a ampliação dos modos de oferecer o cuidado com base em necessidades de saúde, ao facilitar a apreensão de situações de vida dos usuários, as quais dificilmente se revelariam no consultório.

A gente aprende a escutar. A usuária falou de questões familiares sérias. Isso a gente nunca ia descobrir no consultório. (P3)

Na consulta da integralidade tu faz a escuta, não direciona tanto. (P6)

No consultório a gente mais ouve do que escuta, já está pensando na próxima pergunta. (P4)

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. (P5)

No consultório, o profissional faz uma escuta seletiva, está lá para preencher o questionário. (P8)

Constatou-se, também, que a problematização do processo de escuta resultou na compreensão de que esta pode extrapolar o simples ato de ouvir, resultado do mecanismo fisiológico da audição⁽¹²⁾. Assim, podem ser observados, nos depoimentos, dois tipos de escuta, característicos de modelos de atenção distintos. Na percepção dos alunos, em função de seus limites temporais e protocolares, a consulta tradicional é realizada a partir de um processo restrito de comunicação com os usuários, onde a escuta é surda⁽¹³⁾, ou seja, põe-se em funcionamento apenas o processo de audição,

sem necessariamente escutar o que se está mecanicamente ouvindo.

O predomínio da “escuta surda”, traduzida por um dos participantes como “escuta seletiva”, reduz o “ouvir” a um ato protocolar, o que pode resultar em conclusões limitadas, restritas a hipóteses previamente traçadas. São práticas de comunicação que vão falar “pelo” e não “com” o sujeito, reduzindo-se as possibilidades de apreensão das singularidades do ser humano⁽¹³⁾.

Ainda com relação aos modos de escutar, outro tipo de escuta emerge na fala dos alunos quando estes se referem à CE ampliada. Segundo eles, a CE ampliada foi promotora de uma escuta interessada, porque aberta às mensagens do sujeito do cuidado. Na presença da “escuta-cuidado”, o processo de comunicação passa a transitar no plano da escuta como experimentação. Isto significa aceitar que as necessidades do outro precisam ser incluídas como elemento perturbador e analisador dos modos de vida naturalizados e das práticas de saúde instituídas⁽¹³⁾.

Outro saber, que parece ter sido aprendido pelos alunos na experiência de transitar entre um modelo pré-estruturado e outro mais flexível de consulta, é o da maior possibilidade de criação de vínculo que a CE ampliada oportuniza.

A questão da pessoa estar no seu habitat é diferente. A confiança, o vínculo fez com que emergissem coisas que não surgiriam no consultório. (P3)

É, as visitas foram interessantes no sentido de criar vínculo, estabelecer uma relação de cuidado. (P7)

O vínculo faz com que o paciente tenha adesão ao tratamento, porque ele confia em ti, porque ele acredita que tu queres ajudar ele. (P4)

Assim como em relação à escuta, os alunos reconheceram que a criação de vínculo foi facilitada pela aproximação ao cotidiano de vida dos usuários, 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.

Além de viabilizar a escuta das necessidades dos usuários e oportunidades de formação de vínculo entre os participantes e usuários, a CE

ampliada, também foi percebida como promotora de protagonismo.

Na consulta ampliada, o paciente se torna protagonista e é isso que faz a integralidade acontecer. (P5)

Uma coisa é a gente fazer uma lista de coisas para o paciente e outra coisa é tu negociar juntos algo que não seja imposto. (P7)

O reconhecimento, pelos alunos, da importância da participação do usuário na elaboração do seu próprio plano de cuidados, indica igual valorização da autonomia do sujeito na sua relação com a integralidade^(4, 14). Assim, o cuidado nesta perspectiva passa a ser alicerçado na escuta mútua e na valorização de elementos do cotidiano dos usuários, não necessariamente vinculados ao adoecimento, considerando tais elementos para o planejamento das ações de saúde em acordo com as situações trazidas por eles.

Afora o reconhecimento do protagonismo dos usuários como elemento facilitador da integralidade, os participantes revelaram ter compreendido, também, a importância do seu próprio protagonismo no processo de construção do conhecimento a ser aprendido. 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⁽¹²⁾.

Todos tiveram sucesso no compromisso com a pesquisa, com o paciente, de ir atrás e isso tudo faz a gente desenvolver autonomia. (P1)

A gente se sente mais protagonista. Quando tu estás sozinho, tu usas mais o teu senso crítico. (P5)

Essa experiência motivou minha autonomia. Muitos pacientes eram acessíveis, outros não. A gente tinha que saber lidar com isso. (P8)

Os depoimentos sugerem que o processo pedagógico, desenvolvido no âmbito da pesquisa, apresentou aproximações com a lógica da educação permanente em saúde (EPS), 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 da EPS para preparar

os futuros profissionais da saúde para uma prática orientada pela reflexão⁽¹⁵⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A diversificação de cenários de aprendizagem pode configurar-se em estratégia pedagógica com potência para provocar transformações no modelo de atenção/formação em saúde vigente. A pesquisa partiu da proposta de ampliar o cenário de ensino da CE, para além de um consultório ambulatorial, introduzindo uma inovação na formação de enfermeiros.

Vários entraves à prática da integralidade vividos no ensino tradicional da CE foram superados na experiência: a limitação de tempo, a priorização da coleta de informações de modo estruturado e pouco contextualizado, a redução do sujeito à condição de paciente, o estreitamento das bases teóricas ao conhecimento clínico.

Neste estudo, práticas pedagógicas, alicerçadas no conceito ampliado de saúde, foram produtoras de saberes diversos daqueles comumente aprendidos no ensino tradicional da CE, mais coerentes com a formação para a integralidade, tais como: as prioridades de intervenção eleitas pelo profissional e as percebidas pelo usuário, nem sempre coincidem; a escuta é uma tecnologia que possibilita o acesso a situações de vida dos usuários, dificilmente reveladas na consulta tradicional; a informalidade do encontro profissional/usuário favorece o vínculo e torna viável a participação do usuário na produção do plano terapêutico.

O processo de investigação evidenciou a potencialidade da pesquisa participante para a criação de espaços produtores de problematização/reflexão, o que poderá contribuir para que os discentes atuem, criticamente, na transformação do modelo de atenção/formação vigente ainda na trajetória do curso de graduação. A partir destas conclusões, sugere-se a continuidade do debate em torno desta temática, por meio de estudos que envolvam os docentes de enfermagem, propiciando espaços de reflexão sobre sua própria prática e seu papel neste processo de mudança.

Os possíveis limites desta pesquisa estão relacionados ao seu delineamento, uma vez que a mesma foi desenvolvida delimitada a uma disciplina do curso em estudo, restringindo a abordagem sobre o tema proposto. Ainda assim, o estudo foi

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, necessitam estarem alicerçadas na escuta dos sujeitos envolvidos, entre eles os próprios alunos.

REFERÊNCIAS

- 1 Camargo Jr KR. Biomedicina, saber e ciência: uma abordagem crítica. São Paulo: Hucitec; 2003.
- 2 Conselho Nacional de Educação (BR), Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES n.3, de 07 de novembro de 2001: institui diretrizes curriculares nacionais do curso de graduação em enfermagem. Brasília (DF): Diário Oficial da União 2001 Nov. 09, 215, Seção 1: 37.
- 3 Mattos RA. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). Cad Saúde Pública. 2004 set./out.;20(5):1411-6.
- 4 Campos GWS. Saúde paidéia. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 5 Brandão CR, Streck DR. Pesquisa participante: a partilha do saber. Aparecida: Idéias e Letras; 2006.
- 6 Machado MLP. Consulta de enfermagem ampliada: possibilidades de formação para a prática da integralidade em saúde [tese]. Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2013.
- 7 Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª ed. São Paulo: Hucitec; 2008.
- 8 Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo em ato. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.
- 9 Souto BGA, Pereira SMSF. História clínica centrada no sujeito: estratégia para um melhor cuidado em saúde. Arq Bras Ciênc Saúde. 2011;36(3):176-81.
- 10 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.
- 11 Cecilio LCO. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: Pinheiro R, Mattos RA, orga-

- nizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ-IMS/ABRASCO; 2001. p.113-126.
- 12 Freire P. Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa. 43° ed. São Paulo: Paz e Terra; 2011.
- 13 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.
- 14 Ministério da Saúde (BR). Clínica ampliada e compartilhada [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2012 outubro 10]. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_compartilhada.pdf.
- 15 Ceccim RB. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface Comun Saúde Educ. 2004/2005;9(16):161-77.

**Endereço do autor / Dirección del autor /
Author's address**

Maria Luiza Paz Machado
Rua Veríssimo Rosa, 321, ap. 202, Partenon
90610-280, Porto Alegre, RS
E-mail: luiza@enf.ufrgs.br

Recebido em: 16.09.2013
Aprovado em: 16.12.2013