

CUIDADO AMPLIADO EM ENFERMAGEM

BROAD NURSING CARE

EL CUIDADO AMPLIADO EN ENFERMERÍA

Luzmarina A. Doretto Bracciali¹
Marilda Marques Luciano Marvulo²
Romeu Gomes³
Magali A. Alves de Moraes⁴
Odilon Marques de Almeida Filho⁵
Osni Lázaro Pinheiro⁶
Maria de Lourdes Marmorato Botta Hafner⁷

RESUMO

O objetivo com este estudo é analisar os princípios de um cuidado ampliado com base na literatura específica e em dados de uma pesquisa com egressos de um curso de enfermagem. A metodologia consiste numa pesquisa de avaliação com uma abordagem qualitativa, baseada em entrevistas semiestruturadas, observação de situações simuladas e elaboração de plano de cuidado, envolvendo egressos de duas turmas, bem como seus gestores e usuários do serviço de saúde. Os resultados mostraram que existem diferenças na amplitude das ações de enfermagem em relação ao processo de cuidar. Os egressos abordaram um cuidado integral, humanizado, com enfoque individual e coletivo, compatível com as competências e habilidades preconizadas nas diretrizes curriculares do curso de enfermagem. A promoção de um cuidado humanizado por parte dos egressos foi valorizada tanto pelos gestores quanto pelos usuários do serviço de saúde. Dentre as conclusões, destaca-se a importância de se superar a conformação individualista, seguindo rumo a esferas coletivas, institucionais e estruturais da intervenção, nas perspectivas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Palavras-chave: Enfermagem; Cuidados Básicos de Enfermagem; Ensino; Currículo.

ABSTRACT

This study aims to analyze the principles of the broad nursing care. It was based on the specific literature and on data collected from a research held by nursing graduates. The study had a qualitative approach and its methodology included semi-structured interviews, observation of simulated situations and the elaboration of a care plan involving graduates, supervisors and health system users. Results show that there are differences in the broadness of the nursing care actions. The nursing graduates provided whole, humanized, collective and individual care with the skills and competences indicated in the nursing course curriculum policies. Both supervisors and health system users appreciated the graduates' humanized care. We conclude that it is important to overcome an individual approach and to emphasize a collective, institutional and structural care intervention to promote, protect and recover health.

Key words: Nursing; Primary Nursing Care; Education; Curriculum.

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue de analizar los principios del cuidado amplio basado en la literatura específica y en datos de una encuesta a egresados de un Curso de Enfermería. La metodología consistió en una encuesta de evaluación con enfoque cualitativo, basada en entrevistas semiestructuradas a egresados de dos grupos, bien como sus gestores y usuarios del servicio de salud. Los resultados mostraron que hay diferencias en la amplitud de las acciones de enfermería con relación al proceso de cuidar. Los egresados se refirieron a un cuidado integral, humanizado, con enfoque individual y colectivo, compatible con las capacidades y habilidades recomendadas en las directrices curriculares del Curso de Enfermería. La promoción del cuidado humanizado por parte de los egresados fue valorizada tanto por los gestores como por los usuarios del servicio de salud. Dentro de las conclusiones se destacan la importancia de superar la conformación individualista, siguiendo el rumbo y las esferas colectivas, institucionales y estructurales de la intervención, dentro de la perspectiva de promover, proteger y recuperar la salud.

Palabras clave: Enfermería; Cuidados Básicos de Enfermería; Enseñanza; Currículo.

¹ Enfermeira. Doutoranda da EEUSP-SP. Professora e membro do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

² Enfermeira. Mestre em Enfermagem Fundamental na EEUSP-Ribeirão Preto-SP. Enfermeira coordenadora do Ambulatório de Onco-hematologia do Hemocentro da Faculdade de Medicina de Marília. Membro do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

³ Pesquisador. Doutor em Saúde Pública. Professor titular no Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz.

⁴ Psicóloga. Doutora em Educação pela UNESP Marília-SP. Professora e membro do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

⁵ Farmacêutico-Bioquímico. Doutor em Microbiologia pela UNESP, Rio Claro-SP. Professor e membro do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

⁶ Farmacêutico-Bioquímico. Doutor em Ginecologia e Obstetrícia pela UNESP-Botucatu. Professor e membro do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

⁷ Médica. Professora e coordenadora do Grupo de Avaliação Institucional da Faculdade de Medicina de Marília.

Endereço para correspondência - Luzmarina A. Doretto Bracciali: Av. Monte Carmelo 800, CEP: 17519-030. E-mail: luzbra@terra.com.br; luzmari@famema.br.

INTRODUÇÃO

A promoção dos cuidados em enfermagem vem enfrentando desafios para que possa, de um lado, contemplar as demandas das atuais diretrizes da graduação e, de outro, responder ao diálogo de suas especificidades com outros campos de atuação profissional em saúde.

Alguns cursos de formação do profissional de enfermagem, desde a década de 1990, vêm ensaiando mudanças para que seus egressos possam promover o cuidar numa perspectiva ampliada, coerente com as mencionadas diretrizes curriculares. Dentre esses cursos, destaca-se o da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), instituição estadual que em 1998 iniciou um processo de mudança curricular, promovido para que os cuidados em enfermagem ocorressem de forma integral.

Apesar de essas iniciativas de formação do cuidado ampliado serem desenvolvidas há mais de uma década, ainda são escassas as publicações que refletem sobre essas experiências numa perspectiva de avaliação. Levantamento realizado pelos assuntos cuidado, enfermagem e formação na Biblioteca Virtual Scielo, em 20 de junho de 2009, apontou a publicação de 55 artigos. Refinando esse levantamento com os assuntos cuidado ampliado, enfermagem e formação, nenhum artigo foi encontrado, bem como em relação aos assuntos cuidados em enfermagem, formação e avaliação.

Caminhando na direção do aprofundamento da temática, consideramos necessário o diálogo entre a formação do cuidado na perspectiva ampliada com o cotidiano da prática profissional. Esse diálogo poderá possibilitar tanto uma avaliação da experiência do curso de enfermagem da FAMEMA, uma das instituições pioneiras no desenvolvimento de mudanças curriculares na área da saúde,¹ quanto o fornecimento de subsídios para a reflexão promovida por outros cursos que estejam realizando ou discutindo mudanças curriculares em enfermagem.

Nessa perspectiva, neste estudo se propõe analisar os princípios de um cuidado ampliado com base na literatura específica sobre o assunto e nos dados de uma pesquisa de avaliação dos egressos do curso de enfermagem da FAMEMA.

Cuidado em saúde

Normalmente, quando se fala em cuidado de saúde, atribui-se a essa expressão um sentido de um conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o bom êxito de certo tratamento.²

As recentes transformações da área de saúde rumo à progressiva cientificidade e sofisticação tecnológica apresentam diversas implicações. De um lado, identificam-se importantes avanços no diagnóstico e na terapêutica, com melhora do prognóstico e qualidade de vida dos pacientes. De outro, a fragmentação do

atendimento ao paciente nas diversas especialidades e a exagerada solicitação de exames complementares levam ao encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Como consequência, soma-se a isso tudo a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia.²

Algumas características fundamentais do cuidar em saúde se referem ao desenvolvimento de atitudes e relacionamentos entre pacientes e profissionais de saúde, com base na intersubjetividade e no exercício de uma sabedoria prática para a saúde. Esses aspectos devem ser apoiados na tecnologia, mas sem deixar que a ação em saúde se resuma a esta.²

Nessa mesma perspectiva do cuidado, Silva e Sena³ abordam a integralidade na atenção à saúde, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) que orienta as políticas e as ações programáticas para atender às demandas e às necessidades da população no acesso à rede de cuidados em saúde. Na abordagem integral, devem ser considerados os determinantes do processo saúde-doença e também as pessoas como sujeitos indivisíveis no que se refere às distintas dimensões: biológica, psicológica, cultural e social do ser cuidado.

Quando pensamos em reconstrução das práticas de saúde, devemos considerar, também, a importância de enxergar o cuidado não somente individualizado, mas também coletivo. Nesse sentido, é necessário “superar a conformação individualista rumo a esferas também coletivas, institucionais e estruturais de intervenção e enriquecer a racionalidade biomédica com constructos de outras ciências”.²

Ayres⁴ destaca a importância do diálogo como dispositivo no manejo técnico das propostas reconstrutivas das práticas de saúde com enfoque na humanização. De acordo com o autor, trata-se do diálogo não como mero recurso para a obtenção de informações requeridas pelo manejo instrumental do adoecimento, que é o modelo típico da anamnese clássica: não basta apenas fazer o outro falar sobre aquilo que o profissional de saúde sabe que é relevante saber; é preciso, também, ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, tem a dizer de acordo a própria percepção.⁵

Nesse contexto de cuidar, a profissão de enfermeiro tem como essência o cuidado com o olhar voltado para duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos; e outra subjetiva, que se baseia em sensibilidade, criatividade e intuição.⁶ Mas, embora a enfermagem como profissão esteja focada e intimamente relacionada ao cuidar, nem sempre essa relação se deu de forma homogênea.

As tendências mais atuais reveladas nas pesquisas em enfermagem são de uma abordagem mais humanista, para a qual convergem a ciência, a tecnologia e a arte, revelando o cuidar como o modo de ser da enfermagem. Para o novo milênio, as tônicas incluem o pluralismo, a diversidade, a interdisciplinaridade e o resgate do cuidado humano ampliado.⁷

Nessa perspectiva, as tecnologias, sejam elas duras, leves/duras ou leves, utilizadas nos serviços de saúde, favorecem o aprimoramento do cuidado, porém não se pode esquecer de que é o cuidado que utiliza tais tecnologias.⁸ Com essa compreensão, redireciona-se para um cuidado de enfermagem mais eficiente, eficaz e convergente do ser cuidado. Deve ser considerado que o paciente é um ser holístico e que o aparato tecnológico é um meio, e não um fim, bem como que o contato humano é insubstituível. Dessa forma, o cuidado e a tecnologia possuem as aproximações que fazem com que o cuidado de enfermagem, resultante do trabalho direto com o paciente, sistematizado e organizado cientificamente, favoreça a manutenção da vida, proporcione conforto e bem-estar e contribua para uma vida saudável ou uma morte tranquila.^{9,10}

Silva e Sena³ apontam que um grande desafio atual na área de enfermagem é a criação de dispositivos que favoreçam a superação do modelo atualmente encontrado, o qual centraliza o ato dos profissionais e tem pouca ênfase nas ações de promoção da saúde. Essas mudanças de paradigma permitirão a construção de um cuidado centrado na perspectiva do usuário.

Especificamente em relação ao curso de enfermagem da FAMEMA, considera-se o cuidado nos âmbitos individual, coletivo, de gestão e de organização dos serviços de saúde, pautado em princípios científicos e éticos. Esse cuidado deve ser desenvolvido de forma humanizada e integral, requerendo-se o compromisso com a cidadania e a responsabilidade social, na perspectiva da vigilância em saúde.

Assim, no âmbito individual, o cuidado requer a identificação das necessidades de saúde por meio da história e exame clínico, formulação do problema, elaboração, execução e avaliação de um plano de cuidado.

No que se refere ao cuidado coletivo e gestão dos serviços de saúde, utilizam-se os princípios da epidemiologia e do planejamento em saúde.

Em suma, o que a FAMEMA espera é que esse cuidado esteja fundamentado na integralidade dos sujeitos, na comunicação clara, na postura acolhedora que favoreça o vínculo de modo a contemplar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, em consonância com os princípios do SUS.¹¹

METODOLOGIA

Neste estudo, focaliza-se parte dos dados qualitativos de uma pesquisa mais ampla – aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Famema. O objetivo foi avaliar os resultados do curso de enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), mediante a percepção e a atuação de seus egressos, bem como as avaliações de usuários do serviço de saúde, de gestores e supervisores sobre a prática desses egressos, envolvendo instrumentos quantitativos e qualitativos de coleta. Aqui, tratar-se-á apenas dos dados gerados dos instrumentos qualitativos.

Foram convidados para participar deste estudo os egressos que concluíram o curso em 2005 e 2006. Essa escolha se justificou porque os egressos de 2005 representam a última turma do projeto curricular baseado predominantemente na problematização e os de 2006 pertenceram à primeira turma que vivenciou a aprendizagem baseada em problema e o projeto curricular orientado por competência.

Também foram convidados a participar da pesquisa gestores que, de alguma forma, coordenaram o trabalho dos egressos e usuários que estavam sendo atendidos por eles.

Os sujeitos foram codificados com nomes fictícios. Os nomes dos egressos que concluíram o curso em 2005 iniciam-se com a letra “A” e os que concluíram no ano de 2006, com a letra “C”. Os gestores dos egressos de 2005 iniciam-se com a letra “E” e os de 2006, com a letra “D”. Todos os usuários atendidos pelos egressos se iniciam com a letra “M”.

As técnicas trabalhadas na abordagem qualitativa foram a entrevista semiestruturada, a elaboração de plano de cuidado e a observação de situações simuladas.

A temática da entrevista que estruturou este trabalho pautou-se pelo que o egresso considerou mais importante no processo de cuidar do seu paciente e o que conseguia colocar em prática.

Com relação ao usuário, foi solicitado que descrevesse como havia sido o atendimento feito pelo egresso e se este havia sido diferente daquele prestado por outros profissionais de enfermagem.

O gestor foi questionado se o egresso se aproximava do modelo que considerava como ideal para um enfermeiro e se identificava diferenças entre a atuação do enfermeiro que foi formado pela FAMEMA e a atuação daquele formado por outra instituição.

Os entrevistados foram selecionados mediante os seguintes princípios de amostra qualitativa: a) sujeitos que detinham os atributos relacionados ao que se pretendia estudar; b) considerar que tais sujeitos em número suficiente para que pudesse haver reincidência das informações; c) considerar a possibilidade de inclusões sucessivas de sujeitos até que fosse possível uma discussão densa das questões da pesquisa.¹² Com base nesses princípios, foram entrevistados 12 egressos, sendo 6 de cada ano de estudo; 11 gestores, sendo quatro de 2005 e sete de 2006. Foram entrevistados seis usuários, sendo 2 de 2005 e 4 de 2006.

Após responderem às questões da entrevista, os egressos receberam uma situação-problema por escrito – uma paciente com tuberculose pulmonar a ser admitida numa unidade de internação hospitalar. Diante dessa situação, os egressos deveriam elaborar um plano de cuidados em enfermagem.

Em um segundo momento, todos os egressos foram convidados a participar de situações que simulam a prática de enfermeiro, no cenário estruturado da FAMEMA, tendo como ponto de partida conseguir pelo

menos duas simulações de cada turma. Ao todo, foram observadas cinco situações simuladas, sendo duas referentes aos egressos de 2005 e três, de 2006. Essas situações simuladas duraram, aproximadamente, 50 minutos e retrataram uma consulta de enfermagem em paciente simulado¹³⁻¹⁶ com quadro de tétano, atendido na Unidade de Saúde da Família. Cada simulação foi gravada em vídeo e em som. Tanto o egresso como o paciente simulado receberam orientações por escrito sobre a atividade. No final, o egresso fez uma autoavaliação por escrito.

Os textos produzidos com base na transcrição das gravações ou filmagens referentes às entrevistas feitas com egressos, gestores, usuários e situações simuladas com egressos foram analisados e interpretados com base no Método de Interpretação de Sentidos.^{17,18} Esse método baseia-se em princípios hermenêutico-dialéticos que buscam interpretar o contexto, as razões e as lógicas de falas, ações e inter-relações entre grupos e instituições.

Na trajetória analítico-interpretativa dos textos, foram percorridos os seguintes passos: a) compreensão geral do material obtido; b) identificação e recorte temático que emergiram dos depoimentos e das simulações; c) busca e problematização de sentidos mais amplos (socioculturais), subjacentes às falas e às ações observadas em cada recorte temático; d) diálogo entre as ideias problematizadas, informações provenientes de outros estudos sobre o assunto e o referencial teórico do estudo; e) elaboração de síntese interpretativa, procurando articular objetivo do estudo, base teórica adotada e dados empíricos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A formação da enfermagem na perspectiva do cuidado ampliado se sustenta, principalmente, nas falas e nos planos de cuidados dos egressos e se fragiliza nas ações de alguns desses, representadas, principalmente, nas situações simuladas.

Mediante os dados deste estudo, foram atribuídos três sentidos para o cuidado ampliado: o cuidado humanizado, o cuidado integral e o cuidado individual e coletivo. Esses sentidos se articulam direta ou indiretamente com as atuais tendências do cuidado ampliado em saúde.

O cuidado humanizado foi retratado pelos egressos como aquele centrado nas pessoas, e não na doença, com comunicação clara e empática e também com postura ética. Segundo os egressos, tais princípios abrangem o paciente, a família e toda a equipe de trabalho.

Alguns egressos expressaram essa ideia na entrevista quando salientaram que o importante ao se cuidar do paciente é o *acolhimento, a relação interpessoal, o compromisso profissional* (Angélica) e também o *vínculo* (Angelina). Outro egresso apontou a necessidade da empatia: *perceber a pessoa como ser humano, que tem*

suas dores, os seus sofrimentos (Cícero). Entretanto, alguns egressos, apesar de valorizarem o atendimento humanizado, enfatizaram a atenção primária. Na atenção terciária, a valorização ficou em torno dos cuidados técnicos e biológicos, como ilustrado nas falas: o importante é *conhecer a patologia, os exames que foram realizados, fazer o histórico de enfermagem para poder organizar a assistência* (Alana).

No hospital particular, o cuidado humanizado parece estar mais vinculado às exigências da instituição e à posição socioeconômica do paciente, ficando a relação centrada *no esclarecer [suas] dúvidas o tempo todo [...] porque hospital particular você não pode deixar o paciente sem resposta* (Amanda).

O cuidado humanizado não se restringiu apenas ao paciente, mas também se estendeu para a equipe de trabalho, conforme expressa Clara a seguir: *Muito jogo de cintura, muita sabedoria porque às vezes para você cuidar de alguém, tem que ter a noção de que não cuida sozinho que tem toda uma equipe*.

Nos planos de cuidado elaborados pelos egressos, também foi observado o cuidado numa perspectiva mais humanizada. Como exemplo disso, Antônia destaca que é importante *acolher a usuária procurando escutar seus sentimentos e anseios, desejos e perspectivas*. Artur diz que *é importante colocar-se à disposição da paciente, estimular a paciente a expor sentimentos e preocupações relacionadas a internações*.

Os egressos de 2006 também destacaram, no plano de cuidados, que é importante *verificar dúvidas da paciente em relação ao processo saúde-doença e procurar tranquilizá-la* (Cibele). Clara realça a importância de *esclarecer dúvidas da paciente e dos familiares, bem como da própria equipe de saúde*.

No entanto, nem todos os egressos contemplaram em seu plano de cuidado aspectos relacionados à humanização. A exemplo disso, Amanda enfocou o cuidado como uma relação direta com o paciente, mas esse cuidado e essa relação para a egressa estão relacionados a tarefas, e não a vínculo e afetividade. Segundo a egressa, *primeiro, realizaria a entrevista com a paciente levantando dados importantes de sua história clínica atual e pregressa [...], acomodaria a paciente em local confortável*.

Em contrapartida, nas situações simuladas, observou-se que essa perspectiva humanizada se materializou quando todos os egressos receberam o paciente à porta, chamaram-no pelo nome, apresentaram-se e declararam suas funções.

Quanto à atitude, os egressos de 2005 não dispensaram atenção e escuta qualificada, bem como a valorização imediata das queixas mencionadas pelo paciente simulado, promovendo uma relação mais superficial com ele. Artur, apesar de chamar o paciente pelo nome durante a consulta, fez a coleta de dados de forma mecanizada, anotou e, algumas vezes, direcionou o olhar para o paciente. Interrompeu-o, dizendo que ia dar uma olhada no pé machucado, não o estimulando

a caracterizar suas queixas. Apesar de facilitar ao paciente a expressão de suas dúvidas, não lhe explorou a ansiedade e as possíveis preocupações.

Os egressos de 2006 demonstraram, no atendimento, atitude mais espontânea e menos formal. Cibele sentou-se ao lado da mesa, ficando mais próxima do paciente. Durante a consulta, procurou olhar para ele, demonstrando interesse com uma postura muito acolhedora. Assim que ele falou sobre a lesão do pé, a egressa valorizou, olhou o machucado, enquanto colhia os dados da história clínica.

Além dessas considerações, observam-se também fragmentos das falas dos usuários que podem apontar o sentido do cuidado:

Ah, eu penso comigo que eles devem tratar bem o paciente, como até hoje eu não tenho queixas em todos os lugares que eu fui atendida, eu fui bem atendida. (Márcia)

Deve ser atenciosa, acolhedora, entender o que está fazendo, gostar do que faz e ser educada com os pacientes difíceis. (Manuela)

Para os usuários atendidos pelos egressos de ambas as turmas, o conceito de cuidado envolve um atendimento humanizado, no qual o enfermeiro explica ao paciente o que ele tem de fazer, trata-o bem, identifica-se no início do atendimento, é atencioso, acolhedor, entende e gosta do que faz. Assim, de acordo com os usuários do serviço de atenção primária do SUS, não foram encontradas diferenças nas consultas de enfermagem entre as referidas turmas.

Por sua vez, os gestores relataram satisfação com o trabalho dos egressos, salientando o aspecto relacional com os colegas, com os pacientes, com os funcionários e com a equipe multiprofissional. No entanto, um gestor questionou se essa postura está relacionada à formação ou à pessoa:

Não sei se é da personalidade da egressa ou se tem a ver com a formação da Famema [...] percebi que a egressa não tinha medo de chegar perto da assistência, então me parece que esta formação para ela estava muito bem estruturada. (Diogo)

Assim, os dados relacionados ao cuidado humanizado se aproximam da perspectiva do Ministério da Saúde quanto à política nacional de humanização, a qual valoriza os diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, que se faz presente de diferentes formas, incluindo a escuta, o estabelecimento de vínculos e afetos, o acolhimento, o respeito à autonomia e à ética, a corresponsabilidade entre os sujeitos e a participação coletiva no processo de gestão.¹⁹ Ayres⁴ também corrobora a ideia de que o diálogo, com vista a uma escuta cuidadosa, é importante para se estabelecer uma boa relação com os sujeitos envolvidos.

Por outro lado, o fato de os egressos terem valorizado o atendimento humanizado na atenção primária pode ser justificado em virtude de a equipe da atenção básica ter mais possibilidade de conhecer a família, sua situação afetiva, as consequências e o significado do adoecimento de um dos seus membros, sendo uma das características dessa assistência a continuidade do cuidado.¹⁹ Essa observação pode ser entendida considerando-se as peculiaridades da atenção básica que se centram na pessoa e são orientadas para a família.

Os dados comparados com essa perspectiva teórica apresentam limites quando retratados no trabalho em saúde hospitalar, sendo este centrado nos procedimentos, exames e medicações. Além disso, o cuidado recebido e vivenciado pelo paciente é a soma de um grande número de cuidados parciais que vão se complementando de forma mais ou menos consciente e negociada entre os vários profissionais. As regras hospitalares, em sua maioria, servem para reafirmar as relações de poder da instituição e profissionais de saúde para com o paciente, dificultando a humanização do cuidado.^{20,21}

Uma pesquisa norte-americana demonstrou que, em internações hospitalares, os profissionais responsáveis pela assistência (médicos e enfermeiros) dedicam apenas 20% de seu tempo à atividade de contato direto com o paciente e para aqueles pacientes que ficam internados em média de quatro a cinco dias, a rotatividade de profissionais de saúde fica em torno de 67 pessoas. No Brasil, esses dados podem ser até mais alarmantes, considerando o processo de trabalho da equipe de enfermagem e do médico, geralmente fragmentado em tarefas e especialidades, organizado em plantões e com jornada de trabalho descontínua.²²

Outro aspecto que aponta uma perspectiva ampliada pelos egressos se refere ao cuidado integral, no qual as pessoas são percebidas de forma holística. Essa concepção aparece nos depoimentos dos egressos de 2005 e de 2006, que reconhecem o ser humano, nas dimensões biológica, psicológica e social, como sujeito do cuidado.

Antonia, que atua na atenção básica, menciona que para cuidar do seu paciente é necessário *considerar o todo [...] o contexto de vida dele e seu social, econômico, [...] o que ele está sentindo naquele momento, o que ele está enfrentando e as condições psicológicas*. Para Clara, o mais importante é *ver a necessidade do outro porque às vezes pode não ser tão grande para você, mas para ele é*.

Nos planos de cuidado, houve discreto predomínio da dimensão biológica em detrimento da psicológica e social em ambas as turmas de egressos. No entanto, vários egressos demonstraram um olhar ampliado, apontando para uma mudança de entendimento em relação ao cuidar. Isso pode ser observado no plano de Angélica: *comunicar a assistência social para fazer uma visita e verificar as condições de moradia da paciente [...], instrução sobre seus hábitos alimentares e o que deverá ser feito*. Nessa mesma linha, Cibele destaca que é

importante *tirar dúvidas e esclarecer quanto à doença, tanto para a família, como na escola.*

Na situação simulada, todos os egressos contemplaram as três dimensões, com maior ênfase na dimensão biológica e na atenção individual. Uma diferença marcante foi que os egressos de 2005 tiveram uma atitude mecanicista e direcionada à queixa principal, como é o caso de Antônia, que durante a situação simulada apresentou uma comunicação interrompida e com vícios de linguagem, repetindo sempre *Ah, tá.* Além disso, foi pouco acolhedora e deixou de explorar os dados clínicos do paciente.

Diferentemente, os egressos de 2006 apresentaram uma postura mais acolhedora e uma relação enfermeira-paciente mais humanizada, com um olhar ampliado. Cíntia mostrou-se atenta durante a consulta de enfermagem, olhando para o paciente, escrevendo em alguns momentos sem interferir na comunicação.

Na situação simulada, os egressos de 2005 demonstraram pouca preocupação em estabelecer um vínculo e uma atitude empática. Percebeu-se um atendimento voltado para a necessidade que o caso requeria do ponto de vista biológico, sem levar em consideração o paciente como um todo.

Os egressos de 2006, por sua vez, realizaram um atendimento menos formal. Preocuparam-se em atender às necessidades biológicas que o caso exigia, mas se aproximaram mais do atendimento integral. Essa aproximação foi caracterizada por atitudes de respeito à cultura e às crenças, com esclarecimentos de medos e dúvidas dos pacientes.

Além dessas considerações, fragmentos das falas dos usuários apontaram esse sentido do cuidado integral, como é o caso do discurso de Monique, ao destacar que o egresso que a atendeu *esclarecia todas as [suas] dúvidas em relação à doença;* e do de Marina, que relatou que a egressa *falou sobre amamentação, orientou e visitou a gestante.* Foi também apontado um fato no qual a enfermeira intermediou uma situação em que a usuária necessitava de atestado médico. Este, a princípio, havia sido negado, mas, com a intervenção da egressa, isso foi resolvido. Segundo essa usuária, a egressa *ficou no pé do médico e ele fez [o atestado] no outro dia.*

Nas falas dos gestores, o cuidado integral é relacionado à formação, destacando-se que o egresso da FAMEMA demonstrou muita atenção e cuidado diferenciado com o paciente e considerou o seu contexto social, atendendo satisfatoriamente no que diz respeito às condutas, estando *preparada para trabalhar na Unidade de Saúde como enfermeira de que a unidade precisa.* (Denise).

Os gestores destacaram a sistematização da assistência de enfermagem (SAE) contemplando-lhe todos os passos e proporcionando-lhe melhor avaliação do paciente, de tal forma que o egresso relata realmente o que acontece com este e adota a conduta correta. Para a operacionalização da SAE, pressupõe-se uma visão

não individualista do paciente, mas a consideração deste como um indivíduo inserido em uma família e em uma comunidade.

Os gestores afirmaram que os egressos *têm um movimento bastante ampliado, [...] mobilizam conhecimento na ação, na perspectiva da integralidade do cuidado num processo de cogestão.* (Elaine)

O cuidado integral à saúde está voltado para o ser humano como sujeito, e não como objeto. Portanto, não há como conceber um cuidado integral se o ser humano não for visto por completo. Assim, é preciso integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivado pelo olhar reducionista da medicina dos órgãos e reconhecer nele um sujeito, um semelhante, reorientando o modelo do cuidado.²³

De acordo com Brasil,²⁴ a abordagem integral do ser humano consiste na superação da fragmentação do olhar e intervenções sobre o sujeito, que devem ser vistas em suas inseparáveis dimensões biopsicossociais.

Outro aspecto que aponta uma perspectiva ampliada pelos egressos se refere à abordagem individual e coletiva. Na visão dos egressos, o cuidado individual enfoca as necessidades de saúde específicas de determinado indivíduo, olhando seu contexto de vida e entornos: *Não basta simplesmente eu fazer meu contato individual porque a estrutura vai estar toda engessada e a reprodução social daquela doença vai continuar para sempre* (Cibele). Já no aspecto coletivo, o cuidado é pensado em termos mais abrangentes relacionados a políticas públicas de saúde. Cibele acrescenta que *as políticas sociais [...] são uma das maneiras de cuidar das pessoas; é você pensar em políticas sociais efetivas que vão contribuir para a vida das pessoas que vão modificar o serviço.*

No plano de cuidados, os egressos enfocaram não apenas a intervenção curativa, mas também as ações de prevenção e de promoção, tanto no âmbito individual, como no coletivo. No aspecto individual, foi destacado:

Verificar dúvidas da paciente em relação ao processo saúde-doença e buscar tranquilizá-la [...], verificar e anotar reações emocionais, psicológicas e sociais em relação à internação [...], explicar sobre as reações comuns dos medicamentos para tuberculose e tirar dúvidas. (Cibele)

No coletivo, no atendimento de uma paciente com tuberculose, Cibele destacou, ainda, que é importante

verificar suporte familiar e social; fazer a notificação do caso de tuberculose; investigar na família e na escola onde Amália trabalha possíveis casos de tuberculose; conversar com a enfermeira da atenção primária da área sobre o caso e a continuação do tratamento.

Na situação simulada de um atendimento de um jovem com tétano, observou-se que essa perspectiva se materializou com a promoção à saúde, como é o caso de Clara, que diz ao paciente:

Deixa eu explicar uma coisa para o senhor, quando cortar, assim, tem que lavar com água e sabão e procurar vir. Um machucado aberto, uma ferida aberta, a melhor coisa é só lavar, só lavar mesmo, lavar com água e sabão e trazer para a gente ver.

Clara abordou, também, a prevenção contra o tétano, do ponto de vista individual: *Vai ter que tomar a vacina de tétano e a primeira dose é agora, depois tem mais duas doses.* A promoção da saúde no aspecto coletivo foi enfocada quando ressaltou a importância da vacinação para os familiares e os trabalhadores rurais:

A gente pode estar vendo na casa do senhor se tem mais alguém lá que não tenha esta vacina. Como vocês trabalham na lavoura, vocês têm muito contato com terra, com ferro, com muita coisa que pode dar tétano [...]. Se tiver outras pessoas que não tomaram, a gente vai vacinar todo mundo, tá bom?

Além dessas considerações, observam-se também fragmentos das falas dos usuários que podem apontar esse sentido individual e coletivo quando se referem aos grupos realizados nas unidades de saúde.

Toda quinta feira, às 2 horas da tarde, a gente vem aqui e ela dá o grupo de gestante para a gente. Ela explica, convida dentistas, ela já convidou pediatra para vir falar com a gente, tentou a nutricionista. (Ana)

Para os gestores, a formação dos egressos se amplia além do cuidado individual e coletivo para a área da gestão. Nesse sentido, foi destacada a importância de o egresso ser o gestor do serviço, ter capacidade técnica, de tomada de decisão e resolução de problemas, considerando o contexto em que atua, sua efetividade e também a vinculação ao cuidado.

Débora, gestora da egressa Claudia, argumenta:

A gente percebe, assim, a questão da responsabilidade, tomada de decisões, parece que eles [egressos da FAMEMA] adquirem um hábito de enfrentar as situações com determinação, eu [gestor] consigo enxergar um profissional bem mais tranquilo para atuar.

Os gestores agregam a esses aspectos positivos, também, os limites dos egressos da FAMEMA no que se refere à gestão política dos serviços de saúde. Nesse sentido, Daniela, gestora de Cibele, destaca:

Ela [egressa] não conseguia perceber as implicações políticas do serviço; acho que é mais difícil [...], mas talvez não seja nem problema dela, eu acho que talvez seja da própria deficiência do curso [referindo-se ao curso de aprimoramento].

Apesar dos limites apontados, os egressos da FAMEMA se aproximam da perspectiva de Ayres,² que reforça a importância de superar a conformação individualista, seguindo rumo a esferas coletivas, institucionais e estruturais da intervenção. Também destaca que a verdadeira saúde pública passa por um atento cuidado de cada um dos seus sujeitos nas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste trabalho, mostrou-se que existem diferenças na amplitude das ações de enfermagem em relação ao processo de cuidar. Essas diferenças foram observadas entre as duas turmas de egressos avaliadas.

Um aspecto importante a ser considerado quanto a essas diferenças reside na mudança curricular ocorrida entre as turmas. Entre os determinantes que podem ter contribuído para as diferenças observadas estão a introdução, na turma de 2006, da Unidade de Prática Profissional (UPP),^a do Laboratório de Prática Profissional (LPP),^b do método da Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP)^c e também do processo de avaliação.^d Entretanto, outra explicação para tais resultados relaciona-se à individualidade dos egressos, ou seja, à história de vida, às capacidades e às aproximações desses sujeitos com o mercado de trabalho, dentre outros fatores.

Todas essas mudanças constam no Projeto Político-Pedagógico da FAMEMA²⁵ e estão em consonância com as Diretrizes Curriculares do Curso de Enfermagem,²⁶ que preconizam a formação de um egresso que saiba intervir nos problemas/situações de saúde/doença, prevalentes no território nacional, identificando as dimensões biopsicossociais dos seus determinantes. Esse egresso também deverá atuar com responsabilidade e compromisso social, objetivando a promoção da saúde integral do ser humano.

Neste estudo, os egressos abordaram um cuidado integral, humanizado, com enfoque individual e coletivo, compatível com as competências e habilidades preconizadas nas diretrizes curriculares, as quais se referem à atenção à saúde, à tomada de decisões, à comunicação, à liderança, à administração e ao gerenciamento.

Outro aspecto importante verificado neste trabalho é que os egressos ora apresentaram uma atitude transformadora, ora uma atitude reprodutora de um modelo dominante de atenção à saúde. No entanto, é compreensível que a transformação da prática seja um processo gradual, que leva tempo, mas que é importante que o egresso enfrente

^a UPP: uma unidade em um cenário real (Unidade de Saúde da Família) com a articulação dos cursos de medicina e de enfermagem, em pequenos grupos, desde a 1ª série.

^b LPP: um momento que possibilita o exercício de situações vivenciadas na prática profissional.

^c ABP: método de aprendizagem baseada em problemas, utilizada em pequenos grupos nas unidades educacionais sistematizadas.

^d A avaliação passa a ser diagnóstica, formativa e somativa, utilizando situações reais e simuladas nos diferentes cenários de atuação.

esse desafio de transformação da sua prática com vista à realização de um cuidado mais ampliado.^{2,3}

Apesar dos limites deste estudo, nossos resultados apontam para a possibilidade da formação do cuidado ampliado no âmbito da graduação em enfermagem, preconizado pelas Diretrizes Curriculares que orientam esse curso. Caminhando nessa lógica, destacamos que é possível a formação de um cuidado que, além de se orientar pelo paradigma anátomo-fisiológico, se ancore

em perspectivas psicológicas e socioculturais para que possa atender às demandas individuais e coletivas de forma mais abrangente.

Agradecimentos

Aos egressos das turmas de Enfermagem da FAMEMA de 2005 e 2006, pela participação na pesquisa. Às bibliotecárias, pela revisão bibliográfica e às secretárias do Grupo de Avaliação, pelo apoio na formatação.

REFERÊNCIAS

1. Gomes R, Francisco AM, Tonhom SFR, Costa MCG, Hamamoto CG, Pinheiro OL, et al. A formação médica ancorada na aprendizagem baseada em problema: uma avaliação qualitativa. *Interface Comun Saúde Educ.* 2009 jan./mar; 13(28):71-83.
2. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface Comun Saúde Educ.* set 2003./fev 2004; 8(14):73-91.
3. Silva KL, Sena RR. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP.* 2008 mar; 42(1):48-56.
4. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis (Rio J.).* 2007 jan./abr; 17(1):43-62.
5. Koerich MS, Backes DS, Scortegagna HM, Wall ML, Veronese AM, Zeferino MT, et al. Tecnologias de cuidado em saúde e enfermagem e suas perspectivas filosóficas. *Texto & Contexto Enferm.* 2006; 15 nº espec:178-85.
6. Souza ML, Sarton VVB, Padilha MICS, Prado ML. O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica. *Texto & Contexto Enferm.* 2005 abr./jun; 14(2):226-70.
7. Waldow VR. Cuidado humano: o resgate necessário. 3ª. ed. Porto Alegre (RS): Sagra Luzzatto; 2001.
8. Merhy EE, Chakkour M, Stéfano E, Stéfano ME, Santos CM, Rodrigues R, et al. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: Merhy EE, Onoko, R., organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* 2. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006. p.113-50.
9. Rocha PK, Prado ML, Wal ML, Carraro TL. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo de cuidado. *Rev Bras Enferm.* 2008 jan./fev; 61(1):113-6.
10. Barra DCC, Nascimento ERP, Martins JJ, Albuquerque GL, Erdmann AL. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. *Rev Eletrônica Enferm.* 2006; 8(3):422-30. [Citado 2007 set 13]. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista_8_3/v8n3a13.htm
11. Faculdade Medicina de Marília. Unidade de Prática Profissional: UPP4: Curso de Enfermagem – 2009. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2009.
12. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9ª. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006.
13. Barrows HS. An overview of the uses of standardized patients for teaching and evaluating clinical skills. *Acad Med.* 1993 june; 68(6):443-51.
14. Venturelli J. Educación médica: nuevos enfoques, metas y métodos. Washington (DC): OPAS; 1997. Capítulo 8, Recursos educacionales; p. 193-205.
15. Mazzoni CJ, Moraes MAA. A avaliação prática estruturada de habilidades clínicas na Famema: fundamentos para construção e aplicação. *Gestão Univ.* 2006; (99):63-70 [Citado 2007 set 13]. Disponível em: <http://www.gestaouniversitaria.com.br/index.php/edicoes/68-99/321-a-avaliacao-pratica-estruturada-de-habilidades-clinicas-na-famema—fundamentos-para-construcao-e-aplicacao.pdf>
16. Troncon LEA. Utilização de pacientes simulados no ensino e na avaliação de habilidades clínicas. *Medicina (Ribeirão Preto).* 2007 abr./jun;40(2):180-91.
17. Gomes R, Souza ER, Minayo MCS, Malaquias JV, Silva CFR. Organização, processamento, análise e interpretação de dados: o desafio da triangulação. In: Minayo MCS, Assis, SG, Souza ER, organizadoras. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais.* Rio de Janeiro (RJ): Editora Fiocruz; 2005. p. 185-221.
18. Gomes R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 25ª. ed. Petrópolis (RJ): Vozes; 2007. p. 79-108.
19. 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.
20. Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo (SP): Hucitec; 2005.
21. Cecílio LCO, Merhy EE. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. In: Pinheiro R, Mattos RA, editores. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e prática em saúde.* Rio de Janeiro (RJ): IMS, ABRASCO; 2003. p. 197-210.
22. Rollo AA. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: Merhy EE, Onocko R, organizadores. *Agir em saúde: um desafio para o público.* 2ª. ed. São Paulo (SP): Hucitec; 2006. p. 321-52.
23. Silva AC, Fonseca AM, Silva JLL, Góes FGB, Cunha FTS. Refletindo sobre a integralidade no cuidado de enfermagem: estudo bibliográfico. *Online Braz J Nurs.* 2006; 5(3). [Citado 2007 set 3]. Disponível em: <http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/442/104>
24. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS.* 3ª ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.
25. Faculdade de Medicina de Marília. Projeto pedagógico do Curso de Enfermagem. Marília (SP): Faculdade de Medicina de Marília; 2008.
26. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde: objetivos, implementação e desenvolvimento potencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Ministério da Educação; 2007.

Data de submissão: 24/7/2009

Data de aprovação: 5/11/2009