UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

DIANE MILITÃO YAMAMOTO

O cuidado à saúde da criança e sua família: experiências de estudantes de enfermagem

Ribeirão Preto

2011

DIANE MILITÃO YAMAMOTO

O cuidado à saúde da criança e sua família: experiências de estudantes de enfermagem

Ribeirão Preto

2011

DIANE MILITÃO YAMAMOTO

O cuidado à saúde da criança e sua família: experiências de estudantes de enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do Título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

Ribeirão Preto

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Yamamoto, Diane Militão

O cuidado à saúde da criança e sua família: experiências de estudantes de enfermagem. Ribeirão Preto, 2011.

82 p. : il; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Linha de pesquisa: Assistência à criança e ao adolescente.

Orientadora: Profa. Dra. Débora Falleiros de Mello

1. Criança. 2. Cuidado em saúde. 3. Educação em Enfermagem.

FOLHA DE APROVAÇÃO

Diane Militão Yamamoto

O cuidado à saúde da criança e sua família: experiências de estudantes de enfermagem

Dissertação apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, Programa de Pós-
Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovado em: __/__/__

Comissão Examinadora

Nome: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Nome: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

À minha orientadora, com amor, admiração e gratidão por sua compreensão, amizade, carinho, presença e incansável apoio ao longo do período de elaboração deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus pela força no caminhar e por seu imenso amor em minha vida.

A Débora minha querida orientadora que com carinho me acolheu e com paciência me ajudou e fez do pesado ser leve, suave e realidade. Você se tornou muito especial!!!

A minha família pelas orações, força, ânimo, dedicação e amor demonstrado incondicionalmente. Amo vocês!!!

A minha mãe pela garra e exemplo de vida. Sem você não conseguiria realizar todos os meus sonhos e desejos. Te amo muito, muito, muito!!!

As eternas professoras Beatriz, Neusa e Claudia pelo incentivo e por acreditar na recém chegada do Japão, que mal sabia escrever em português. Saudades!!!

Antônio pela compreensão, dedicação, paciência e amor demonstrado. Te amo!!

Aos amigos de perto e longe pelo carinho, amizade, compreensão e apoio. Vocês são muito importantes!!!

Aline e Ivete irmãs para todas as horas e momentos. Saudades, amo vocês!!!

Altair e Carol pelas longas conversas e pela hospedagem. Vocês foram fantásticos!!!

Laiane pela amizade e boas risadas!!! Saudades!!!

Aos amigos e colegas que fiz na USP pela companhia e troca de experiências. Aprendi muito com todos vocês, sentirei saudades!!!

Bruna e Evandro pela força e ajuda. Obrigada!!!

Tia Sirlene você é fantástica!! Obrigada pelos conselhos!!

Edna, Adriana Scatena, e docentes do Senac pelas discussões e reflexões, pela amizade e apoio. Vocês foram companheiras (os).

Aos companheiros de trabalho pelo incentivo e trocas de escala!!!

Aos alunos da graduação que participaram deste estudo, adorei as trocas de experiências. Aprendi muito com todos!!!

Aos meus alunos pela compreensão, força, cartinhas de ânimo e carinho demonstrado nessa caminhada, vocês são muito especiais!!!

A todos que de forma direta ou indireta ajudaram esse projeto virar realidade, sintam se agradecidos e com carinho abraçados. Muito obrigada!!!

"Comece fazendo o que é necessário,
depois o que é possível,
e de repente você estará fazendo o impossível."
São Francisco de Assis

RESUMO

YAMAMOTO, D. M. **O cuidado à saúde da criança e sua família: experiências de estudantes de enfermagem.** 2011. 82 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

A busca pela consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil trouxe repercussões na organização dos serviços de saúde, nas concepções de promoção da saúde, na prevenção de agravos, nas medidas terapêuticas, na produção de cuidados e integralidade da atenção à saúde. Nessa perspectiva, foram lançadas discussões sobre estratégias de mudanças para ampliar a compreensão do sistema de saúde e nesse movimento foi proposta uma aproximação entre as instituições formadoras e os serviços do SUS. No Brasil, o ensino de Enfermagem, a partir das mudanças preconizadas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, necessita repensar seus projetos e procurar superar as concepções conservadoras, tendo desafios com novas formas de ensinar. O presente estudo teve por objetivo geral analisar as experiências dos estudantes de enfermagem durante a graduação referente à saúde da criança e sua família, na perspectiva do cuidado em saúde, com vistas à reflexão da formação do enfermeiro/a no contexto do SUS. Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com análise qualitativa dos dados, tendo por base os relatos de estudantes de enfermagem durante a graduação, pautado na análise temática a partir de entrevistas semi estruturadas gravadas com 23 estudantes. As idéias-chave e significados das experiências dos estudantes de enfermagem culminaram no agrupamento dos seguintes temas: O cuidado em saúde da criança; Cuidar da criança com a participação da família. O cuidado em saúde é visto pelos estudantes de enfermagem entrevistados como complexo e amplo, que envolve cuidar da vida e da saúde. Entre os elementos para compor esse cuidado, os estudantes destacam o relacionamento interpessoal, o trabalho em equipe, a ajuda de forma ampliada na resolução de problemas, bem como a prevenção, a melhoria da saúde, o tratar, o estar junto e o respeito ao outro. Os estudantes abordaram que o cuidado da saúde da criança está ligado ao contexto em que ela vive, que é preciso conhecer sua família, suas características, seus relacionamentos e condições de vida, pois entendem que a família é a referência para a criança, atentando para um olhar ampliado, não só para a doença, mas para outras necessidades de saúde. Os estudantes expressaram preocupações com a integralidade, o acolhimento e a humanização do cuidado, destacando que tais princípios devem permear todos os níveis de atenção à saúde. As experiências dos estudantes permitiram a construção de conhecimentos significativos e um ‘saber-fazer’ fundamentado nas necessidades da criança e sua família.

Palavras-chave: criança, cuidado em saúde, educação em enfermagem.

ABSTRACT

YAMAMOTO, D. M. **The health care of children and their families: experiences of nursing students.** 2011. 82 f. Thesis (MA) – School of Nursing of Ribeirão Preto, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The search for the consolidation of the Unified Health System (SUS) in Brazil has had repercussions on the organization of health services, the concepts of health promotion, prevention of diseases in therapeutic measures, the production of comprehensive care and health care. From this perspective, strategies were launched discussions on changes to broaden the understanding of the health system and this movement was proposed a rapprochement between training institutions and the NHS services. In Brazil, the teaching of nursing, given the changes recommended by the National Curriculum Guidelines for Undergraduate Courses in Nursing, you need to rethink their designs and seek to overcome the conservative views, and challenges with new ways of teaching. This study aimed at analyzing the experiences of nursing students during graduation on the health of the child and his family from the perspective of health care, in order to reflect the training of nurses / in the context of the SUS. It is an exploratory and descriptive study with qualitative data analysis, based on reports of nursing students during the graduation, based on thematic analysis from semi-structured recorded interviews with 23 students. The key ideas and meanings of the experiences of student nurses led to the grouping of the following topics: The health care of the child, take care of the child with family participation. The health care is seen by respondents as nursing students and a large complex, which involves caring for life and health. Between the elements to make this care, students highlight the interpersonal relationships, teamwork, assistance extended in order to solve problems, as well as prevention, improved health, treat, being together and respect each other . Students addressed the health care of children is linked to the context in which it lives, it is necessary to know their family, their characteristics, their relationships and living conditions, since they assume that the family is the reference to the child, noting an extended look, not only for disease but for other health needs. Students expressed concerns about the completeness, the host and the humanization of care, noting that these principles should permeate all levels of health care. The experiences of students allowed the construction of meaningful knowledge and a 'know-how "based on the needs of the child and his family.

Keyword: child, health care, nursing education.

RESUMEN

YAMAMOTO, D. M. El cuidado de la salud de los niños y sus familias: las experiencias de los estudiantes de enfermería. 2011. 82 f. Tesis (MA) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

La busca por la consolidación del Sistema Único de la Salud (SUS) en el Brasil a traído repercusiones en la organización de los servicios de la salud, en las concepciones de la promoción de la salud, en la prevención de los agravos, en las medidas terapéuticas, en la producción de los cuidados y integralidad de la atención a la salud. En esta perspectiva, fueron lanzados algunas discusiones sobre la estrategia de los cambios para ampliar la comprensión de lo sistema de la salud y en este movimiento ha sido propuesto una aproximación entre las instituciones formadoras y los servicios del SUS. En Brasil, la enseñanza de la enfermería, a partir de los cambios preconizados por las Directrices Curriculares Nacionales de los Cursos de Graduación en enfermería. Necesita repensar sus proyectos y procurar superar las concepciones conservadoras, teniendo como desafíos, nuevas formas de enseñanzas. El presente estudio tuvo por objetivo general, analizar las experiencias de los estudiantes de enfermería durante la graduación referente a la salud de los niños y sus familias, en la perspectiva del cuidado en la salud, visando una reflexión de la formación de los enfermeros/as en el contexto del SUS. Tratase de uno estudio exploratorio y descriptivo, con analise cualitativa de los datos, teniendo por base los relatos de los estudiantes de enfermería durante la graduación, pautado en la analise temática a partir de las encuestas semi estructuradas registradas con 23 estudiantes. Las ideas –llaves y significados de las experiencias de los estudiantes de enfermería culminan en el agrupamiento de los siguientes temas: El cuidado con la salud del niño; el cuidado del niño con la participación de la familia. El cuidado con la salud es vista por los estudiantes de enfermería que han respondido a la encuesta como complexa y amplia, que envuelve cuidar de la vida y de la salud. Entre los elementos para componer ese cuidado, los estudiantes destacan el relacionamiento interpersonal, el trabajo en equipo, la ayuda de forma ampliada en la resolución de los problemas, bien como la prevención, la mejoría de la salud, el tratar, el estar juntos el respecto del otro. Los estudiantes abordan que el cuidado con la salud de los niños esta ligado al contexto en que vive, es preciso conocer la familia, sus características, sus relacionamientos y condiciones de vida, pues se entienden que la familia es la referencia para el niño, teniendo una mirada ampliada, no solo para la enfermedad, como también, para las otras necesidades de la salud. Los estudiantes expresaran preocupaciones con la integridad, la acogida y la humanización del cuidado, destacando que tales principios deben permear todos los niveles de la atención a la salud. Las experiencias de los estudiantes permitirán la construcción de los conocimientos significativos en uno saber-hacer fundamentado en las necesidades del niño y su familia.

Palabras-claves: Niño, cuidado con la salud, educación en la enfermería.

SUMÁRIO

1 Introdução	12
1.1 Diretrizes Curriculares Nacionais na área da saúde: aspectos para formação do/a enfermeiro/a.....	17
1.2 A atenção à saúde da criança e a formação do/a enfermeiro/a.....	26
2 Objetivos.....	35
3 Percurso Metodológico.....	35
3.1 Tipo de estudo.....	35
3.2 Local do Estudo e Participantes.....	36
3.3 Coleta dos dados.....	37
3.4 Procedimento Éticos.....	39
3.5 Análise dos Dados.....	40
4 Resultados e Discussão.....	41
4.1 O cuidado em saúde da criança.....	41
4.2 Cuidar da criança com a participação da família.....	54
5 Considerações finais.....	68
6 Referencias bibliográficas.....	72
APÊNDICES.....	78
Apêndice 1.....	79
Apêndice 2.....	80
ANEXO.....	81
Anexo 1.....	82

1. Introdução

No Brasil, o final da década de 1980 é marcado pelo movimento de construção de novos paradigmas do processo saúde-doença decorrentes da reforma do setor saúde. As Ações Integradas de Saúde (AIS), de 1983, acompanhadas do movimento sanitário brasileiro e de discussões coletivas, principalmente da VIII Conferência Nacional de Saúde, de 1986, levaram à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), que ganhou força com a nova Constituição Brasileira de 1988. Essa Constituição definiu o acesso à assistência à saúde como direito e obrigação do Estado, garantido pelas políticas públicas econômicas e sociais para redução de riscos e acesso a toda a população brasileira a serviços e ações de saúde.

A busca pela consolidação do SUS trouxe repercussões na organização dos serviços de saúde, nas concepções de promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento, produção de cuidados e a perspectiva da integralidade da atenção à saúde. Nessa perspectiva, foram lançadas discussões sobre estratégias de mudança que envolvesse a compreensão do sistema de saúde, a construção conceitual, a prática da integralidade da atenção à saúde e o trabalho em equipe.

De acordo com o Ministério da Saúde, para tal feito torna-se necessário construir a aproximação entre as instituições formadoras e os serviços do SUS, a fim de constituir-se em eixo transformador, em estratégias mobilizadoras de recursos, com vistas a fortalecer o SUS, a introduzir mudanças para além das pontuais na formação e na atenção à saúde (BRASIL, 2001).

Para Almeida e Ferraz (2008), o planejamento ativo e o gerenciamento na produção de recursos humanos com foco na construção de instituições formadoras fortes, no fortalecimento da regulação profissional e na revitalização das capacidades de recrutamento são estratégias centrais no desenvolvimento da força de trabalho. Desse modo, os autores apontam que é possível produzir recursos humanos em quantidade e qualidade técnicas acessíveis e capazes de alcançar as diferentes necessidades e populações.

As bases legais que legitimam a ação do Ministério da Saúde na construção da política de formação de recursos humanos na saúde podem ser verificadas no artigo 200, inciso III, da Constituição Federal de 1988, o qual estabelece que uma das atribuições do SUS é a ordenação da formação de recursos humanos para o Sistema (BRASIL, 1988). Ainda, a Lei Nº 8.080/90 explicita a necessidade de articulação entre as esferas do governo para a formalização e execução da política de recursos humanos, ou seja, o Ministério da Saúde tem a responsabilidade, por definição constitucional e da Lei Orgânica da Saúde, de estimular e ordenar a formação de trabalhadores em saúde.

As discussões sobre o delineamento e implantação do SUS, relacionadas aos recursos humanos ganham espaço e maior visibilidade nas Conferências Nacionais de Saúde (CNS) e Conferência Nacional de Recursos Humanos (CNRH). Contudo, observamos que mesmo nos marcos da 8ª CNS e I CNRH, encontra-se dissociação entre a formação de profissionais de saúde e as reais necessidades de recursos humanos voltados para o SUS.

Ainda, cabe esclarecer que o Ministério da Educação é o órgão que regula a abertura de cursos, a oferta de matrículas e a qualidade da formação. Ao Ministério da Saúde compete a ordenação dessa formação na perspectiva de garantir as condições necessárias para o desenvolvimento da atenção à saúde.

Segundo Campos *et al.* (2001), a desarticulação entre as definições políticas dos Ministérios da Educação e da Saúde contribui para o distanciamento entre a formação dos profissionais e as necessidades do SUS, pois embora o mercado de trabalho para o SUS seja significativo, não é suficiente para produzir impacto sobre o ensino de graduação na área da saúde. Na tentativa de superar essas dificuldades, em 2005 foi estabelecida uma política articulada de educação em saúde, institucionalizada pela portaria Interministerial nº 2.118 de 3 de novembro de 2005, a qual oficializa a cooperação técnica entre os Ministérios da Educação e da Saúde, para a formação e desenvolvimento de profissionais nessa área (BRASIL, 2005).

Na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996 (BRASIL, 1996), há inovações e mudanças na educação nacional. A Lei prevê a reestruturação dos cursos de graduação, com extinção dos currículos mínimos e a adoção de diretrizes curriculares específicas para cada curso. O currículo mínimo definia cursos e perfis profissionais estáticos, e as diretrizes curriculares abrirem a possibilidade das instituições de ensino superior definir diferentes perfis e adaptarem as transformações das ciências contemporâneas às necessidades sócio-político-econômicas da sociedade (ITO *et al.*, 2006).

Nas Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da área da saúde o conceito de saúde e os princípios e diretrizes do SUS são elementos fundamentais a serem enfatizados na articulação da política de educação superior com a política de gestão da saúde. Esse empenho tem a finalidade de comprometer a articulação e integração ensino-serviço com a construção e consolidação do SUS e configuração de novos papéis profissionais, mais adequados às exigências sociais de qualidade da atenção em saúde (BRASIL, 2001).

Assim, passou a ser dever do Estado garantir dos padrões de qualidade do ensino, a vinculação entre a formação, o trabalho e as práticas sociais e, ainda, a integração das ações do poder público que conduzam à melhoria da qualidade do ensino à formação para o trabalho e à promoção humanística, científica e tecnológica do país (Ceccim, Feuerwerker, 2004). Os autores apontam que esse entendimento pode proporcionar o compromisso e a responsabilidade da educação superior com a formação de profissionais competentes, críticos, reflexivos e de cidadãos que possam atuar para além da área de formação, no processo de transformação da sociedade.

Já Almeida e Ferraz (2008) chamam a atenção para o desafio de promover a adequação quantitativa e qualitativa dos profissionais, a inter e a transdisciplinaridade dentro do trabalho coletivo em saúde e a necessidade da redução da fragmentação causada pela separação dos cursos em ciclo básico e profissional e superação das dicotomias: básico x clínico e teoria x prática.

As Diretrizes Curriculares Nacionais propõem uma formação que prepare o futuro profissional a enfrentar os desafios das transformações da sociedade, do mercado de trabalho e das condições do exercício profissional (BRASIL, 1996). Para Chiesa *et al.* (2007), o desafio das instituições formadoras é preparar profissionais para atuarem nos diferentes níveis do sistema de saúde, conforme preconizam as Diretrizes Curriculares Nacionais, visto que a formação generalista requer a inserção precoce do aluno no mundo do trabalho e sua atuação crítica e reflexiva para o desenvolvimento de uma visão global, integrada e crítica da saúde, tendo como eixo central a promoção da saúde. Os currículos, muitas vezes, não seguem tais diretrizes e tornam-se insuficientes para esse tipo de formação.

Alguns esforços foram empreendidos para viabilizar o definido nas Diretrizes Curriculares Nacionais, como a criação do Programa Nacional de Reorientação da

Formação Profissional em Saúde - PRO-SAÚDE (2005), do Programa de Educação pelo Trabalho – PET-SAÚDE (2005) e do Programa Pró-Ensino na Saúde.

O PRO-SAÚDE tem por objetivo incentivar as transformações do processo de formação, geração de conhecimentos e prestação de serviços à população, para abordagem integral do processo de saúde-doença. Para Almeida e Ferraz (2008), estas ações são importantes durante todo o processo de ensino aprendizagem, com integração da orientação teórica com a prática assistencial e com boa articulação entre atividades teórico-assistenciais em nível individual e coletivo.

O PET-SAÚDE visa à integração ensino-serviço-comunidade, para o fortalecimento da atenção básica e da vigilância em saúde, de acordo com os princípios e necessidades do SUS, tendo como pressuposto a educação pelo trabalho.

O Programa Pró-Ensino na Saúde tem por objetivo incentivar a produção de pesquisa científica e tecnológica e a formação de mestres, doutores e estágios pós-doutoral na área de ensino na saúde e contribuir na formação estratégica para a consolidação do SUS. A parceria dos Ministérios da Saúde e da Educação tem resultado em ações setoriais que articulam as políticas saúde e de educação, com o objetivo de promover a formação de profissionais de saúde preparados adequadamente para prestarem uma atenção à saúde resolutiva e de melhor qualidade.

Esses programas são estratégicos tanto para o desenvolvimento educacional quanto para o desenvolvimento assistencial em saúde, pois visam a superar e a enfrentar as distorções dos serviços de saúde (ALMEIDA E FERRAZ, 2008). Assim, o SUS assume um papel ativo na reorientação das diretrizes e modos de cuidar, tratar e acompanhar a saúde individual e coletiva e tem sido capaz de provocar importantes repercussões nas estratégias e modos de ensinar e aprender na área da saúde (BRASIL, 2001).

As mobilizações e discussões relacionadas à produção de melhores caminhos e estratégias para inovação e transformação na orientação e na organização dos cursos da área de saúde culminaram em movimentos de mudança no âmbito da graduação, buscando discutir as diretrizes que indicassem como possibilidade a desejável perspectiva transformadora da formação de profissionais de saúde.

É nessa direção que apresentamos a seguir alguns aspectos das Diretrizes Curriculares Nacionais na área da saúde, destacando elementos para a reflexão sobre as mudanças na formação do profissional enfermeiro/a.

1.1 Diretrizes Curriculares Nacionais na área da saúde: aspectos para a formação do enfermeiro/a

Diante da necessidade de uma formação profissional que vise à atuação competente, crítica, reflexiva, global e transformadora da sociedade, no âmbito dos cursos da saúde, um dos instrumentos mais impactantes tem sido as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Enfermagem, Medicina e Nutrição, para atingir essas mudanças (BRASIL, 2001).

Ao inovar trazendo um perfil comum à área, as Diretrizes sinalizam que os currículos de graduação devem atentar para a questão da humanização e da ética, do estudante como sujeito do conhecimento; da problematização como estratégia metodológica privilegiada; da integração dos currículos com o SUS; da educação permanente como instrumento em um contexto de significativas transformações econômicas, políticas e educacionais no país (BRASIL, 2001).

A fim de reforçar a necessidade da articulação entre ensino superior e saúde, com o objetivo de uma formação geral e específica dos egressos/profissionais de saúde, com ênfase na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, projeta-se a construção de um outro perfil acadêmico e profissional. Esse abrange o desenvolvimento de competências, habilidades, atitudes e conteúdos dentro de perspectivas e abordagens pertinentes, com referenciais nacionais e internacionais, capazes de preparar para uma atuação com qualidade, eficiência e resolutividade no SUS.

Em outras palavras, o interesse básico é por uma formação profissional que possa:

Levar os alunos dos cursos de graduação em saúde a aprender a aprender, que engloba aprender a ser, aprender a fazer, aprender a viver juntos e aprender a conhecer, garantindo a capacitação de profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção e a qualidade e humanização do atendimento prestado aos indivíduos, famílias e comunidades (BRASIL, 2001, p.3).

O documento acima expressa os quatro pilares da Educação organizada por Jacques Dellors (2003) no relatório enviado para UNESCO sobre a Educação para o Século XXI, que estabelece um conjunto de orientações pelas quais a educação deve se orientar.

Sendo que para o mesmo autor a educação proporciona para o homem o enriquecimento e isto independe de sua fase da vida, para tanto refere quatro pilares para a educação, em que primeiramente temos o “aprender a conhecer”, com o pressuposto de aprender a pensar a realidade, a pensar o novo, a reinventar o pensar, a pensar e reinventar o futuro. Está relacionado ao prazer da descoberta, da curiosidade, da busca da compreensão da construção e reconstrução do conhecimento.

Na sequência, temos o “aprender a fazer”, ou seja, as oportunidades de desenvolvimento de competências amplas para enfrentar o mundo do trabalho e está relacionado à competência pessoal que possibilita ao profissional trabalhar coletivamente, adquirir qualidades para as relações interpessoais no trabalho e o fomento ao trabalho em equipe.

O terceiro pilar é “aprender a viver junto”, que oferece possibilidades para a compreensão do outro, para a busca do esforço comum e para a participação em projetos de cooperação com o outro.

Por último, temos o “aprender a ser”, que integra os outros três pilares, criando condições para o desenvolvimento integral da pessoa com inteligência, sensibilidade, sentido ético e estético, responsabilidade pessoal, espiritual, pensamento autônomo e crítico, criatividade, iniciativa e rigor científico. Todos beneficiam o beneficia o indivíduo para a aquisição de autonomia e discernimento.

O conceito de competência profissional é discutido e estudado por vários autores. Na presente investigação, seguiremos o conceito elaborado por Fernandes *et al.* (2005), que abordam que a competência consiste na capacidade de articular os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridos, integrá-los ou mobilizá-los, visando à resolução dos diversos problemas enfrentados no cotidiano. O saber agir e transformar a prática vai-se conformando por meio da identificação e mobilização de conhecimentos que darão suporte para a solução dos problemas. Para os autores o conhecimento é construído no decorrer da formação, a partir das representações da realidade vivenciada no decorrer das experiências acadêmicas.

Assim, o perfil de profissional exigido requer habilidades cognitivas (saber) e operacionais (saber fazer), sustentadas pela ética e comprometimento (saber ser), conforme explicitado anteriormente (BRASIL, 2001).

Para Feuerwerker, Almeida (2003), as Diretrizes Curriculares Nacionais expressam o compromisso dos movimentos por mudanças na formação dos profissionais de saúde com compreensão ampla do significado do currículo, sendo esse responsável por expressar o posicionamento da universidade diante do papel social dos conceitos de saúde e educação, por isso a necessidade da formação estar comprometida e direcionada aos princípios da Reforma Sanitária Brasileira e do SUS.

Cabe ressaltar que as Diretrizes Curriculares Nacionais constituem-se apenas em uma indicação ou uma recomendação, já que no Brasil as universidades gozam de autonomia. De acordo com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), a universidade possui autonomia como prerrogativa de criação, expansão, modificação e extinção de cursos e programas de educação superior, fixação dos currículos de seus cursos e programas, planificação e programação de pesquisa científica e de atividades de extensão, além da elaboração da programação dos cursos (BRASIL, 1996).

Em relação à autonomia universitária, Ceccim, Feuerwerker (2004) alertam que a universidade não pode ser independente da regulação e direção política do Estado, que ela exerce um mandato público, socialmente outorgado e não uma soberania acadêmica como se a formação profissional superior, a produção de conhecimentos, a produção científica e tecnológica ou a promoção da informação da arte e da cultura pudessem ser independentes dos interesses da sociedade ou da sua relevância pública. Já a LDB, Lei nº 9.394, capítulo IV, em seu artigo nº43, adverte que a educação superior deve ter entre suas finalidades o estímulo

ao conhecimento dos problemas do mundo atual, destacando os problemas nacionais e regionais, prestando serviços especializados à população, com uma relação de reciprocidade.

Dessa forma, as Diretrizes Curriculares Nacionais contribuíram para a construção de compromissos da universidade com o SUS, uma vez que indica mudanças no processo de formação e há uma preocupação com a consolidação do SUS. Há, também, um esforço em romper definitivamente com os antigos paradigmas biologicista, medicalizante, hospitalocêntrico e centrado em procedimentos, atendendo aos novos desafios da contemporaneidade na produção de conhecimentos e na produção das profissões (CECCIM, FEURWERKER, 2004).

Entre as mudanças de paradigmas no setor saúde no Brasil, Fernandes *et al.* (2005) enfatizam que os maiores destaques estão configurados do paradigma flexneriano¹ ao da integralidade, do enfoque em doenças à ênfase na promoção da saúde, da transmissão da informação à construção do conhecimento, da compartimentalização disciplinar à integralidade, do hospitalocentrismo à diversidade dos cenários de ensino e aprendizagem, da centralidade no saber à escolha de conteúdos baseada nas necessidades sociais. E que, a saber, essas mudanças são constantes e fundamentais à continuidade e avanço do movimento pela Reforma Sanitária brasileira, bem como à consolidação do SUS (Brasil, 2001).

Nesta perspectiva Ceccim, Feurwerker (2004) acrescentam que a necessidade de transformação no setor saúde entre os elementos importantes estão as novas modalidades de organização do trabalho em saúde e as exigências em relação ao perfil dos novos profissionais, os desafios da transdisciplinaridade na produção de conhecimentos ou a

¹ O modelo flexneriano é baseado num paradigma fundamentalmente biológico gerou o culto à doença e não à saúde, e a devoção à tecnologia, sob a presunção ilusória de que seria o centro de atividade científica e de assistência à saúde. O paradigma flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e constitui uma âncora que permite sustentar a prática sanitária da atenção médica.

necessidade de a universidade reconstruir seu papel social considerando a multiplicidade de lugares produtores do conhecimento no mundo atual.

No tocante à Enfermagem, a Resolução CNE/CES Nº 3, 7/11/2001, a partir do disposto no Art. 9º, do § 2º, alínea “c”, da Lei nº 9.131, de 25 de novembro de 1995, e com fundamento no Parecer CNE/CES 1.133, de 7 de agosto de 2001, definiu as Diretrizes Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem.

Essas Diretrizes devem ser apreendidas destarte como produto de uma construção social e histórica, trazendo no seu conteúdo os posicionamentos da enfermagem brasileira como ponto de partida para as mudanças necessárias à formação do enfermeiro; como referência para que as escolas e cursos, a partir de sua autonomia, construam, coletivamente, seus projetos pedagógicos respeitando a especificidade regional, local e institucional (FERNANDES *et al.*, 2005). Segundo esses autores, os movimentos por mudanças na educação em enfermagem, explicitando a necessidade do compromisso com os princípios da Reforma Sanitária brasileira e do SUS, surgiram a partir de propostas e mobilização de enfermeiros, por meio da associação de classe, de entidades educacionais e de setores da sociedade civil interessados em defender as mudanças da formação na área da saúde. Ito *et al.* (2006) acrescentam que a preocupação e justificativa para as mudanças no mercado de trabalho impõem um questionamento a respeito de como acontecem as relações entre escola e mercado de trabalho.

Já Silva, Sena (2008) apontam que a mudança na formação dos profissionais de saúde deve ser um esforço coletivo capaz de incidir sobre políticas públicas, que supere desafios e crie oportunidades de melhoria na qualidade do ensino. O pressuposto defendido pelas autoras na formação do profissional enfermeiro é a orientação da formação para

reconhecimento da saúde como direito, determinada pelas condições dignas de vida, e com uma atuação que possa garantir a integralidade da assistência.

Eis o desafio posto nas Diretrizes Curriculares, sob a forma de características, quanto ao perfil do profissional enfermeiro:

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

Segundo Batista e Batista (2004), as mudanças cada vez mais rápidas e profundas do mundo do trabalho exigem que os trabalhadores respondam às demandas da vida profissional de modo criativo e inovador. Além de uma atitude empreendedora e eficiente, deles são esperados senso de responsabilidade, espírito crítico e autoconfiança, crescente autonomia intelectual, honestidade e comportamento ético. Formar trabalhadores com tal perfil é o atual desafio na educação.

Em estudo relacionado à implantação de propostas pedagógicas nos cursos de Enfermagem, Fernandes *et al.* (2005) observaram que as escolas e cursos encontram dificuldade na incorporação das propostas para incrementar as mudanças na formação dos futuros profissionais, estabelecidas pelas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação em Enfermagem. As dificuldades estão ligadas, principalmente, à aquisição, desenvolvimento, avaliação das competências e das habilidades, dos conteúdos essenciais, das práticas e das atividades complementares. Os autores enfatizam que:

[...] a busca da implementação de uma mudança para adequar a formação profissional à diversidade e complexidade do mundo contemporâneo implica o enfrentamento a desafios, tais como: o

afastamento das práticas de ensino centrado no professor para as atividades de aprendizagem centradas no aluno; a superação do modelo disciplinar fragmentado para a construção de um currículo integrado, em que o eixo da formação articula a tríade prática/trabalho/ cuidado de enfermagem; a saída da oferta da teoria ministrada de forma isolada, antecedendo a prática, para a articulação teoria/prática; o abandono da concepção de saúde como ausência de doença para a concepção de saúde enquanto condições de vida; o rompimento da polarização individual/ coletivo e biológico/social para uma consideração de inter-penetração e transversalidade; a mudança da concepção de avaliação como processo punitivo para a de avaliação como instrumento de (re)definição de paradigmas (FERNANDES *et al.*, 2005, p. 446).

Frente a isso, as escolas são chamadas a redirecionar seus projetos pedagógicos incrementando as relações entre cultura, sociedade, saúde e educação. Os projetos pedagógicos são tidos como a base da gestão acadêmico-administrativa, e devem conter os elementos filosóficos, conceituais, políticos e metodológicos que definem as competências e habilidades essenciais à formação dos enfermeiros (BRASIL, 2001).

As Diretrizes Curriculares orientam de forma geral, algumas vezes genérica, porque não têm a pretensão de ser a expressão de um Currículo Nacional. As escolas necessitam repensar seus projetos e procurar superar as concepções conservadoras, a rigidez, o conteudismo e as prescrições estritas existentes nos currículos mínimos. De acordo com Feuerwerker, Almeida (2003), no interior das formulações expressas nas Diretrizes Curriculares é possível as escolas exercitarem sua autonomia, formularem e organizarem seus projetos pedagógicos, elegerem estratégias e modos de fazer articulados com as demandas sociais, de modo a contemplar práticas sanitárias relacionadas a um conceito ampliado de saúde e de justiça social.

Os conteúdos curriculares, as competências e as habilidades a serem assimilados e adquiridos no âmbito da graduação do enfermeiro, devem conferir terminalidade e capacidade acadêmica e/ou profissional, considerando as demandas e

necessidades prevalentes e prioritárias da população, conforme o quadro epidemiológico do país/região em que este conjunto de competências possa promover no aluno e no profissional enfermeiro a capacidade de desenvolvimento intelectual e profissional autônomo e permanente (BRASIL, 2001).

Para tanto, as Diretrizes Curriculares de Enfermagem apontam que o projeto político pedagógico da graduação deve buscar a formação integral e adequada do estudante através de uma articulação entre o ensino, a pesquisa e a extensão/assistência, porém ter a investigação como eixo integrador que retroalimenta a formação acadêmica e a prática do enfermeiro. Assim, as Diretrizes Curriculares de Enfermagem deverão contribuir para a inovação e a qualidade do projeto pedagógico do curso, sendo tais diretrizes e o projeto pedagógico orientadores do currículo do curso de graduação em Enfermagem para um perfil acadêmico e profissional do egresso (BRASIL, 2001).

Conforme Ceccim, Feuerwerker (2004), o perfil de formação dos profissionais, sua capacidade de oferecer atenção integral, as diretrizes constitucionais do SUS devem ser tomadas como determinantes na formulação da política do SUS para a mudança na graduação, uma vez que é uma exigência clara das lutas nacionais por saúde, consolidadas nas Conferências Nacionais de Saúde realizadas no bojo da Reforma Sanitária Brasileira, como exigência do direito à saúde.

As Diretrizes Curriculares definem, ainda, que a formação do enfermeiro deve conter conhecimentos requeridos para o exercício das competências e habilidades gerais, tais como: atenção à saúde, tomada de decisões, comunicação, liderança, administração e gerenciamento e educação permanente. Porém, conforme Ito *et al.* (2006), o grande desafio na formação do profissional enfermeiro é criar condições para a determinação pela nova LDB e pelas Diretrizes Curriculares ao formar profissionais que superem o domínio teórico-prático

exigido pelo mercado de trabalho, enquanto agentes inovadores e transformadores da realidade, inseridos e valorizados nesse contexto.

Para tanto, as principais tendências de transformações educacionais conforme Ito *et al.* (2006) são: a desospitalização do processo ensino-aprendizagem; a aprendizagem direcionada para a aquisição de competências cognitivas e tecnológicas em prevalência à apreensão de aptidões específicas; a adoção da transdisciplinaridade, a incorporação da avaliação econômica e da bioética nos currículos e o estímulo à investigação.

Assim, novos passos devem ser tomados para que as mudanças na formação ocorram nas graduações em saúde. Entretanto, reconhecer a necessidade da transformação, buscar novos caminhos conceituais e explorar práticas inovadoras, embora elementos indispensáveis, conforme Ceccim, Feuerwerker (2004), não são suficientes para superar conceitos e práticas hegemônicas, solidamente instaladas dentro e fora das instituições formadoras. Na concepção desses autores, o caminho até aqui percorrido tem trazido muitas conquistas no campo da saúde e do compromisso social, da democratização das estruturas do Estado, do acesso ampliado às ações e aos serviços de caráter não hospitalar e mais próximo dos territórios de moradia das pessoas e famílias na atenção básica, mas ainda é longo o caminho a percorrer para alcançar um sistema capaz de garantir à população a oferta de atenção integral e de elevada qualidade assistencial.

No presente estudo o interesse é pelo ensino na área de enfermagem com um recorte para o ensino de enfermagem com foco na criança, que destacamos a seguir.

1.2 A atenção à saúde da criança e a formação do/a enfermeiro/a

Em âmbito mundial, no contexto da Atenção Primária de Saúde (APS), a saúde da criança tem sido uma preocupação constante da Organização Mundial da Saúde (OMS), em consonância com as Metas do Milênio para o Desenvolvimento das nações, declarada no ano de 2000 pelas Nações Unidas (MACIEL, 2000)

Tais metas implicam em compromissos assumidos por todos os países em relação ao desenvolvimento global das sociedades, com os principais desafios de: promover a redução da pobreza, a educação, a saúde materna, a igualdade de gênero e o propósito de combater e reduzir a mortalidade infantil, na perspectiva de uma aliança global.

De acordo com dados do Fundo das Nações Unidas para a Infância-Unicef (2006), o Brasil possui uma taxa de mortalidade três vezes menor que a média mundial. O país reduziu a mortalidade infantil em 46,9% no período de 1990 a 2006. A taxa de óbitos entre menores de um ano diminuiu de 46,9 por mil nascidos vivos em 1990 para 24,9 por mil nascidos vivos em 2006. Contudo, as taxas de desigualdades encontradas entre as diferentes regiões do país são alarmantes, pois enquanto a média nacional, entre crianças com menos de cinco anos de idade, é de 20 mortes para cada mil nascidos vivos, em São Paulo é 18,4 e no Nordeste esse número chega a 45,9. Todos esses indicadores são de extrema importância para se repensar a saúde da criança.

No Brasil, a partir da Constituição de 1988, avançou-se no conceito da humanização da assistência à criança com a promulgação da Lei nº 8.069, em 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, seguindo um movimento nacional de democratização e participação da sociedade (BRASIL, 1990).

Nesse Estatuto, o Artigo 227 expressa que “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à

liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”. O capítulo I trata do Direito à Vida e à Saúde, aponta a proteção à criança e ao adolescente por meio de políticas sociais públicas, que permitam o desenvolvimento sadio e harmonioso em condições dignas de existência. O Art. 7º diz que “A criança e o adolescente têm direito à proteção, à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência”; no Art. 11: “É assegurado atendimento médico à criança e ao adolescente, através do Sistema Único de Saúde, garantindo o acesso universal igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde”; e o Art. 12 coloca que os estabelecimentos de atendimento à saúde deverão proporcionar condições para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável, nos casos de internação de criança ou adolescente (BRASIL, 1990, p.08).

Esses princípios são recomendados para serem seguidos em todos os momentos de atenção à saúde da criança e do adolescente, no entanto nem sempre esses direitos estão garantidos no cotidiano, tornando-se um desafio aos profissionais da área da saúde e demais áreas.

A evolução da assistência à saúde da criança caminhou da construção da identidade da criança e da família para a promoção da saúde e prevenção de doenças numa proposta de assistência integral (COLLET, 2001).

A evolução do conhecimento de enfermagem sobre a família data do início da década de 1980. Vem sendo reconhecida a participação da família como parte da assistência de enfermagem, o que implica em cuidar da família que tem um filho doente (ANGELO, 1997). Além de uma compreensão por parte dos profissionais de que as famílias se inserem numa dimensão social, com demandas psíquicas formuladas pelos indivíduos a

partir dos valores que atribuem às relações e às mudanças intensas e rápidas que estão ocorrendo nesses valores, mudando o sentido e significado das relações (ROCHA, LIMA; SCHOCHI, 1997).

Quando a proposta de assistência é integral, a experiência estressante do tratamento da doença para a criança pode ser amenizada pelo favorecimento de certas condições como a presença de familiares, contato com outras crianças, disponibilidade afetiva dos trabalhadores de saúde, informação, atividades recreacionais, entre outras. No contexto hospitalar a adoção do alojamento conjunto pediátrico é considerada uma das estratégias que possibilita a redução do estresse emocional (LIMA, 1996).

A tendência atual é a de prestar uma assistência integral à criança, procurando olhar a criança em sua totalidade, um ser em crescimento e desenvolvimento, que pertence a uma família. Um ser cujo processo saúde-doença é determinado socialmente, isto é, pertence a um grupo social que o caracteriza (COLLET; ROCHA, 2001).

A humanização da assistência requer um preparo maior da equipe de saúde, não mais podendo ficar a cargo de um único profissional, como no modelo anterior, no qual a figura centralizadora do poder na atenção à saúde era o profissional médico. O processo de trabalho é beneficiado com uma equipe multiprofissional, que compreende o médico, o enfermeiro, o nutricionista, o psicólogo, o fisioterapeuta, entre outros, que com seus conhecimentos específicos podem implementar uma assistência integral. Quando falamos em humanização da assistência à criança inclui a inserção da família nesse processo, que implica, necessariamente, na interação desta com a equipe de saúde, como co-partícipe na tomada de decisões, respeitando suas especificidades e particularidades (COLLET, 2001).

Além das particularidades do cuidado da criança no âmbito hospitalar, das recomendações no Estatuto da Criança e do Adolescente no Brasil, também foram sendo

propostas novas estratégias para a atenção primária de saúde. Os anos de 1990 trouxeram para o setor saúde uma revalorização do tema família, culminando, em 1994, com a criação do Programa de Saúde da Família (PSF), denominada atualmente como Estratégia Saúde da Família (ESF). Essa estratégia foi criada com vistas à reorganização da atenção básica à saúde no Brasil, embasada nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência, preconizando o vínculo com a família e comunidade, a definição de responsabilidades entre serviços e população, humanização das práticas de saúde e estímulo à participação popular, com foco na vigilância à saúde, ações de prevenção de doenças, promoção, recuperação e reabilitação da saúde (BRASIL, 2007).

Na ESF, a atenção está centrada na dimensão da família, entendendo-a a partir do seu contexto, possibilitando à equipe uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e das necessidades de intervenções para além das práticas curativas (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999). A ESF constitui uma das prioridades do Ministério da Saúde para implantação e implementação do SUS, no Brasil, por meio da Portaria nº 1.887/97, em funcionamento desde 1994. Institucionalmente, é visto como uma alternativa para mudança do atual modelo assistencial, caracterizado pela fragmentação da assistência, centralidade das ações nos atos médicos e medicalizadores e centralidade na patologia (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

Essa estratégia de reorganização do modelo assistencial deve estar estruturada a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, do aumento da capacidade resolutiva da rede básica de atenção, da vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade e da perspectiva de promover uma ação intersetorial (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

De acordo com a Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006 que aprovou a revisão de diretrizes para a organização da atenção básica para a ESF, no capítulo II, cada equipe multiprofissional é responsável por, no máximo, quatro mil habitantes, sendo a média recomendada de 3000 habitantes (BRASIL, 2007).

Assim, o trabalho em saúde da família, como modelo de atenção primária, deve considerar a família como *locus* básico de atuação. As técnicas utilizadas para executar o trabalho devem ser baseadas na realidade local, construindo um fazer consistente que contribua para a melhoria dos indicadores de saúde da comunidade e satisfaça não só a população atendida como também da equipe que executa as ações de saúde.

A ESF vem se apresentando como campo propício à incorporação da estratégia AIDPI no contexto do SUS. A estratégia AIDPI foi adotada no Brasil em 1996, de acordo com proposição da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do Unicef, e tem como objetivos: a redução da mortalidade de crianças menores de 5 anos de idade; diminuição da incidência e/ou gravidade dos casos de doenças infecciosas, especialmente pneumonia, diarreia, parasitoses intestinais, meningite, tuberculose, malária, sarampo, e também distúrbios nutricionais; garantia de adequada qualidade da atenção à saúde dos menores de 5 anos, tanto nos serviços de saúde quanto no domicílio e na comunidade; o fortalecimento da promoção à saúde e de ações preventivas na infância (OPAS, 2000). Órgãos públicos orientam esforços para apoiar a adaptação e implantação dessa estratégia nos países com indicadores de saúde infantil que demandam melhoria, onde tais doenças causam muitas mortes. A implantação dessa estratégia envolve três componentes: a melhora na performance dos profissionais de saúde na prevenção e tratamento das doenças prevalentes na infância; a melhora na organização e na atuação dos serviços de saúde para que estes possam prover uma atenção de qualidade; e a melhorar nas práticas familiares e comunitárias em relação à saúde da criança (BRASIL, 2001; BENGUIGUI, CUNHA, SILVA, 2006). Desse modo, é relevante

a formação de recursos humanos com vistas ao incremento da atenção à saúde com foco na APS e, nessa direção, os princípios da estratégia AIDPI podem trazer subsídios para a formação do enfermeiro no âmbito da atenção primária à saúde da criança.

No caso da estratégia AIDPI, o conceito de maximizar o alcance da atenção à saúde da criança tem como foco combinar a assistência às enfermidades prevalentes com ações preventivas, curativas, de vigilância e de promoção da saúde (CUNHA *et al.*, 2001, VERÍSSIMO *et al.*, 2003), além de imprimir nova abordagem de comunicação com as famílias, privilegia o acolhimento, a escuta e as particularidades do contexto de vida de cada família. Tais aspectos estão em consonância com os princípios do SUS e da APS no Brasil.

A consolidação da estratégia AIDPI tem requerido muitos esforços e parcerias, incluindo as instituições de ensino. A introdução da estratégia AIDPI em programas de ensino para enfermeiros e profissionais de saúde tem o objetivo de fortalecer e formar os estudantes para o cuidado da criança no domicílio e unidades de atenção primária, para além do hospital, com a meta de melhorar a qualidade do cuidado à saúde da criança no contexto da atenção primária nos serviços de saúde, família e comunidade.

Recursos humanos em saúde qualificados representam a espinha dorsal de qualquer sistema de saúde e as instituições de ensino são importantes para o preparo dos futuros profissionais de saúde, muitos dos quais trabalharão em unidades de atenção primária à saúde (ALMEIDA, FERRAZ, 2008).

Desse modo, a dimensão da formação de recursos humanos em saúde pode ser incrementada, procurando a melhoria da atuação profissional na prevenção, promoção, tratamento e reabilitação da criança e sua família no contexto da APS, atendendo às orientações das Diretrizes Curriculares e necessidades do SUS.

As Diretrizes Curriculares para os cursos de Enfermagem enfoca uma formação voltada para os princípios do SUS, destacando que “a formação do enfermeiro deve atender às necessidades sociais da saúde, com ênfase no Sistema Único de Saúde e assegurar a integralidade da atenção e a humanização do atendimento” (BRASIL, 2001).

O profissional enfermeiro tem uma posição chave para o desenvolvimento e utilização de estratégias inovadoras na promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento, reabilitação e educação em saúde, proporcionando interação com mães, famílias e profissionais de saúde para aquisição de conhecimentos, trocas de experiências e ampliação da atenção à saúde.

É de extrema importância que o profissional enfermeiro construa o cuidado de enfermagem de forma ampliada, englobando os principais problemas de saúde da criança no contexto da família, a prevenção, o tratamento e o seguimento, procurando assegurar importante impacto sobre a saúde infantil, mediante atenção às principais causas de mortalidade. É importante também que outros aspectos estejam integrados nesse cuidado, como os fatores protetores de saúde (apego mãe-filho-família, comunicação e coesão familiar), o que contribui para melhorar os conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao cuidado nos serviços de saúde, nos domicílios e na comunidade.

O cuidado de enfermagem pode ser entendido como ato comunicativo que requer conhecimentos específicos e de compreensão do contexto onde vivem, trabalham e adoecem as pessoas. O desenvolvimento de competências de enfermagem, além da aquisição de conhecimentos teóricos e técnicos, necessita também de apropriação e desenvolvimento de atitudes para melhorar a qualidade da relação interpessoal e da comunicação para o cuidado (BERMEJO, 1999).

Os cuidados de enfermagem pediátricos orientam-se para a criança e sua família, reconhecendo-se esta como uma constante na vida da criança, que os profissionais de saúde devem apoiar e encorajar, potencializando as suas forças e reforçando as suas competências (WONG, 1999).

O cuidado de enfermagem em saúde da criança centra-se no seu processo de crescimento e desenvolvimento e no contexto da família e, nesse cuidado, lida com uma gama de experiências das mães e famílias no processo saúde-doença (MELLO, LIMA, SCHOCHI, 2007). O cuidado de enfermagem à criança tem como eixo norteador o processo de crescimento e desenvolvimento infantil, com intervenções de promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde de forma indissociável, sendo fundamentais as singularidades da criança e da família e atenção à saúde qualificada e humanizada, em consonância com as realidades contextualizadas e compartilhadas entre profissionais, famílias e crianças (MELLO, LIMA, 2009).

Em geral, o ensino para graduandos na área de saúde da criança e pediatria tem algumas limitações, tais como uma tendência a concentrar o ensino, principalmente, em unidades hospitalares, com pouca flexibilidade para experiências com pacientes ambulatoriais ou no domicílio, e essa ênfase pode não prover o estudante de oportunidades de aprendizagem para o desenvolvimento de habilidades e necessidades de saúde junto às famílias e comunidade (MELLO, LIMA, 2009).

Muitos aspectos podem ser motivo de questionamentos, mas vem a tona uma preocupação com a percepção dos estudantes sobre o cuidado em saúde da criança, como sua visão sobre cuidar vai se constituindo em relação à atenção integral à saúde, se o cuidado à criança e família se mostra articulado aos princípios do SUS e da APS.

Nesta investigação, o pressuposto é que durante a graduação os estudantes de enfermagem podem enriquecer suas experiências de cuidar em enfermagem a partir do cuidado da criança e sua família, contribuindo para suas reflexões sobre o cuidado em saúde para a sua formação profissional com base no SUS e na APS.

Assim, a presente investigação está centrada em explorar aspectos da formação do enfermeiro/a no que se refere ao cuidado da criança e sua família, buscando descrever como os estudantes lidam com o cuidado da criança no contexto da família, apreendendo valores, significados e experiências cotidianas.

2 Objetivos

O presente estudo teve por objetivo geral analisar as experiências dos estudantes de enfermagem durante a graduação referente à saúde da criança e sua família, na perspectiva do cuidado em saúde, com vistas à reflexão da formação do enfermeiro/a no contexto do Sistema Único de Saúde.

Os objetivos específicos foram:

- Descrever as experiências dos estudantes de enfermagem em relação ao cuidado em saúde da criança, em uma escola de enfermagem do interior do estado de São Paulo;
- Analisar as experiências dos estudantes de cuidar da criança com a participação da família e as contribuições para sua formação.

3 Percorso Metodológico

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, com análise qualitativa dos dados, tendo por base os relatos de estudantes de enfermagem durante a graduação em uma escola de enfermagem do interior do Estado de São Paulo.

A pesquisa exploratório-descritiva combinada tem o propósito de observar e explorar aspectos de uma situação com o objetivo de descrever amplamente determinado fenômeno com o acúmulo de informações detalhadas (MARCONI; LAKATOS, 2007). O estudo é de natureza qualitativa, e abordagens qualitativas têm o objetivo de expandir a compreensão. Seus objetos de estudo consistem no modo como as diferentes pessoas envolvidas entendem e experimentam os processos da vida (BOGDAN; BIKLEN, 1994).

Neste estudo, a perspectiva qualitativa é relevante para clarear e ampliar a compreensão das experiências dos estudantes de enfermagem sobre o cuidado cotidiano da saúde da criança e sua família, procurando nas suas narrativas identificar experiências significativas para sua formação.

3.2 Local do Estudo e Participantes

A pesquisa foi desenvolvida no município de Ribeirão Preto, interior de São Paulo, em uma Escola de Enfermagem, com estudantes de graduação dos cursos de bacharelado e licenciatura em enfermagem. A escolha da instituição foi devido ao fato desta possuir uma estrutura curricular que está de acordo com o preconizado pelas Diretrizes Curriculares da área da saúde e seu projeto político pedagógico orientado de modo a contribuir para a consolidação e construção do SUS.

Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser acadêmico de enfermagem da instituição selecionada, dos cursos de bacharelado (4 anos de duração, diurno) ou licenciatura (cinco anos de duração, vespertino e noturno); que tenha cursado as disciplinas que envolvem o cuidado da criança tanto na atenção básica de saúde quanto no âmbito hospitalar; que tenha finalizado tais disciplinas. No período da coleta de dados, os estudantes se encontravam no terceiro ano do curso bacharelado e no quarto ano do curso licenciatura.

Os estudantes foram convidados a participar da pesquisa após uma apresentação da mesma pela mestrandia, em uma sala de aula da referida escola. Essa participação foi opcional. Em um segundo momento foi realizada uma abordagem individual, em que foram reiteradas as explicações sobre o projeto e seus objetivos. Quando aceito o

convite, o estudante foi orientado e apresentado o termo livre esclarecido. Após assinado foi entregue uma via ao estudante e outra permaneceu com a mestrand. A entrevista ocorreu em uma sala reservada e pré-agendada na instituição, foram gravadas em fita cassete e foram realizadas no mês de agosto de 2010.

Foram entrevistados 23 estudantes, todas do sexo feminino, sendo 13 do curso bacharelado e 10 do curso de licenciatura, com faixa etária entre 20 e 29 anos, grande parte solteira e sem filhos, somente uma acadêmica referiu ser casada e ter um filho. A maioria das entrevistadas referiu ter tido contato com crianças antes da graduação, por meio de experiências com familiares, vizinhos ou conhecidos. Em sua maioria participam de projetos de extensão ou de pesquisa com o foco na criança ou na família, em média com 1 mês a 3 anos de participação, somente três acadêmicas referiu participar de grupo de pesquisa ou extensão com foco no adulto.

Na coleta dos dados empíricos, foi utilizado o conceito de saturação que “é definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” (FONTANELLA, RICAS, TURATO, 2008, p.17).

3.3 Coleta dos dados

As estratégias de investigação, além de instrumentos operacionais na coleta de dados, devem ultrapassar a discriminação e a verificação, possibilitando uma inter-relação entre sujeito e objeto do conhecimento, uma vez que a pesquisa qualitativa "trabalha com o

universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis" (MINAYO, 1996, p. 22).

A técnica eleita para a realização da pesquisa foi a entrevista semi-estruturada. A entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo da pesquisa qualitativa, por meio dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa, que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Essa técnica caracteriza-se por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala e, também, como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico (MINAYO, 2008).

Na entrevista, a relação que se cria é de interação, havendo uma atmosfera de influência recíproca entre quem pergunta e quem responde, especialmente nas entrevistas não totalmente estruturadas, nas quais não há a imposição de uma ordem rígida de questões, o entrevistado discorre sobre o tema proposto com base nas informações que detem, que são a verdadeira razão da entrevista, permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações e a entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Assim, nesta pesquisa, a entrevista foi um meio que nos permitiu apreender nosso objeto de investigação, já que o enfoque está relacionado tanto aos aspectos objetivos como aos subjetivos do cuidado da saúde da criança e sua família. Para orientação do diálogo com os entrevistados, formulamos um roteiro (Apêndice 1), apontando as questões que serviram de fio condutor para a apreensão da temática em estudo.

As entrevistas foram gravadas a fim de obter maior segurança da fidelidade dos dados, visto que, com a reprodução por meio da memória ou de anotações corremos o risco de não contemplar a riqueza das falas. A gravação permite retratar com profundidade os relatos diminuindo a deturpação dos dados captados. Tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda sua atenção no entrevistado (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

As entrevistas foram gravadas e ocorreram em uma sala pré-agendada da instituição, tiveram a duração de 30 a 50 minutos. As entrevistadas foram identificadas com as letras **B** que significa bacharelado e **L** significa licenciatura, e com um número na sequência que significa a ordem a qual foi entrevistada, assim temos B1 estudante do bacharelado que foi a primeira a ser entrevistada, B2 do bacharelado sendo a segunda a ser entrevistada, e do mesmo modo foi utilizado para licenciatura, L1 estudante de licenciatura que foi a primeira a ser entrevistada, L2 de licenciatura sendo a segunda a ser entrevistada e assim sucessivamente.

3.4 Procedimentos Éticos

O projeto de pesquisa foi enviado para apreciação da Comissão de Graduação e junto ao Comitê de Ética em Pesquisa, obtendo parecer favorável (Anexo 1). Os sujeitos do estudo foram informados sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa e sobre seus direitos de não participar, de retirar seu consentimento a qualquer momento, de terem esclarecidas suas dúvidas a respeito do trabalho pelo pesquisador, bem como de não terem qualquer tipo de prejuízo por sua participação, de sigilo sobre as informações fornecidas e de anonimato na publicação dos dados, momento em que serão utilizados pseudônimos. Os que

aceitaram participar assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e receberam uma cópia do mesmo (Apêndice 2).

A realização das entrevistas foi após a conclusão das disciplinas que envolviam o cuidado da saúde da criança e após os resultados finais das avaliações dos estudantes. Dessa forma, não houve preocupação ou inibição dos estudantes acerca de sua avaliação específica nas próprias disciplinas.

3.5 Análise dos Dados

A análise dos dados foi pautada pela análise de conteúdo, modalidade temática, que “consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algo para o objeto analítico visado” (Minayo, 2008, p.316).

Foi realizada a transcrição das entrevistas, procedendo à ordenação dos dados, pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação (Minayo, 2008). Por meio de leitura, releituras, organização em arquivos e leitura flutuante do conjunto, buscamos a estruturação das partes, relacionando-as e procurando identificar tendências e idéias relevantes, para propor inferências e realizar interpretações.

Neste estudo, os dados qualitativos foram organizados e estruturados em partes para a identificação de aspectos que se repetiam e se destacavam e para a apreensão de idéias relevantes, ou seja, as idéias-chave e significados das experiências dos estudantes de enfermagem, culminando no agrupamento dos dados em dois temas: **O cuidado em saúde da criança; Cuidar da criança com a participação da família.**

A seguir, são apresentados os resultados e discussão.

4 Resultados e Discussão

A partir da análise dos relatos dos estudantes de enfermagem foi possível uma apreensão de suas experiências durante a graduação com enfoque no cuidado da criança e sua família.

4.1 O cuidado em saúde da criança

O primeiro tema é *o cuidado em saúde da criança* e ele traz conceitos e componentes do cuidado, o contexto social e familiar da criança, o SUS e a importância do modelo assistencial, as necessidades de saúde das crianças e apreensões sobre o aprendizado durante a graduação.

Inicialmente, apresentamos alguns **aspectos conceituais sobre o cuidado** em saúde e os elementos que compõem esse cuidado, elaborados pelos estudantes em seus relatos.

“A arte do cuidado pra mim, assim, não é simples, é muito complexo, envolve desde relacionamento interpessoal, toda uma equipe estruturada capaz de atender isso, o cuidado não se faz sozinho, tem que ter ciência de quais as funções de cada membro. [...] O cuidado é cuidado de vida, de saúde, mente e de espiritualidade. [...] Acho que o cuidado é isso, é algo muito amplo.”L1

“Cuidar é você além de tratar bem, de olhar o que está faltando, de poder estar junto, de estabelecer saúde, é você dar carinho, e você fazer aquela pessoa se sentir querida, se sentir importante, e que você está fazendo não é só um trabalho, você está ali porque você acredita que está fazendo alguma coisa boa.” B7

“Para mim cuidado integral é cuidar do indivíduo de todas as formas que você puder interferir, é você poder ajudar ele em uma questão psicológica, você ajuda ele no problema de saúde que ele tem, você pode ajudar prevenir alguma coisa, você pode ajudar a melhorar. Para mim isso é cuidado

integral, você poder ajuda o indivíduo em tudo que você puder e da melhor forma que você puder.”L6

A partir dessas falas, o cuidado em saúde é visto como algo complexo e amplo, que envolve cuidar da vida e da saúde. Entre os elementos para compor esse cuidado, os estudantes destacam o relacionamento interpessoal, o trabalho em equipe, a ajuda de forma ampliada na resolução de problemas, prevenção, melhoria da saúde, o tratar, o estar junto e o respeito ao outro.

Segundo Horta (1979) o conhecimento em Ser-Enfermeiro, ou seja, ser humano com dimensões e potencialidades, bem como restrições, alegrias e tristezas, deve ser desenvolvido como ação humana numa relação efetiva entre quem cuida e quem recebe o cuidado, pois a enfermagem é ‘gente que cuida de gente’.

Na perspectiva de que os profissionais de Enfermagem devem cuidar de suas relações internas (consigo mesmo), é de extrema importância compreender sua singularidade para conhecer suas fragilidades e possibilidades. De tal modo, que reconheça o outro numa relação marcada pela interação/ação, o que contribui para o desenvolvimento de um processo de cuidar que ultrapassa a assistência puramente técnica.

Sendo a enfermagem considerada uma ciência humana, destinada a cuidar da pessoa sadia ou doente, que o ato de cuidar implica no estabelecimento de interação entre sujeitos, ou seja, quem cuida e quem é cuidado, que participam da realização de ações (AYRES, 2004; TEIXEIRA *et al.*, 2006).

Para Bison (2003), o cuidado e o cuidar como essências da enfermagem implicam em atitudes e sentimentos diversos, que permite a quem o executa e a quem o recebe uma

interação capaz de produzir efeitos extremamente benéficos para ambas às partes, como o afeto, conforto, compaixão, zelo e empatia.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para os Cursos de Graduação em Enfermagem contribuíram para reflexões e mudanças conceituais do cuidado no ensino de enfermagem, buscando garantir o “cuidar” como ação direta e de responsabilidade da categoria da enfermagem, com a finalidade de fortalecer a prática de cuidados de enfermagem de acordo com as necessidades de saúde de aqueles a serem cuidados.

Desse modo, na formação de recursos humanos para a saúde, e em especial na enfermagem, é importante que durante a graduação esses conceitos sejam trabalhados para que os discentes compreendam e atuem de forma crítica, eficaz, resolutiva e eficiente.

Para o significado do cuidado é preciso vivenciar o cuidar e, nesse sentido, nota-se que as experiências dos estudantes de enfermagem na presente investigação permitiram certa internalização do conceito do cuidado em saúde.

Os relatos dos estudantes também retratam **o contexto social e familiar** como importantes para o cuidado integral da criança, como nos seguintes exemplos:

“Olhar a pessoa, o contexto, a gente tem um olhar mais amplo, não só pra questão da doença, mas como a família está vivendo, o porquê dos problemas e fazer um link com a saúde que é o nosso enfoque.” B10

“O cuidado integral para a criança além de você prestar assistência pensando na criança inserida num contexto familiar, num contexto econômico, acho que o a mais que tem é pensar no desenvolvimento.” L7

“Eu acho que é ver como um todo, não só o fisiológico, tem a doença tal, tem que tratar disso, mas é ver o emocional, o social, em que meio ela está inserida, o que aquilo contribui pra que ela esteja assim, como pode melhorar aquele ambiente, como posso tratar aquela pessoa para que ela se sinta respeitada, se sinta um ser humano. Eu acho que envolve tudo isso, o que eu penso é um todo, a pessoa ela não é desligada, ela é tudo, aí eu acho

que cuidado integral exige isso, enxergar quem é aquele indivíduo, o quanto ele é importante pra a família dele, pra todo mundo, ele faz parte da sociedade e que você tem que respeitar e tratar como ser humano, porque não é só ah ele está aqui porque está doente, não. Ele está aqui porque tem uma necessidade de saúde, mas ele tem outras necessidades, tem necessidades psicológicas. Então, eu acho que é tudo, tem que tratar da melhor forma possível, eu acho que é assim que eu penso o cuidado integral.” L10

“A gente está ali pra levar o apoio, as orientações de saúde, mas tem coisas que a gente não tem como mudar, a parte social, que é o contexto dessa família, é a condição que ela tem, a casa que eles tem, a condição salarial que ela tem, que é o que constrói aquela realidade, a casinha que ela tinha, o canto que ela tinha era aquele, o que eu vi que a gente podia fazer, o máximo era a orientação de higiene, cuidados com a criança e tudo. Mas, infelizmente, não dá pra recortar tudo aquilo ali e mudar. Então, essa parte deixa a gente, pelo menos eu, um pouquinho triste. [...] É um impacto você ir lá na casa, então a gente vê a realidade da pessoa dentro de casa, quer dizer ela chega e conta pra gente, ah minha casa é assim e assim, você fica imaginando, você chega lá e vê o canto que a criança dormia, um cantinho apertado no meio dos outros irmãos, um quarto só para a família inteira, pra criança e para o casal, a realidade deles ali mesmo, como ela fazia para cuidar dessa criança, como ela estava limpando o coto, o canto que ela tinha pra trocar essa criança.”B9

“Não só tomar como base o nascimento do nenê, quais as expectativas que a mãe tem depois que sai de lá, porque eu vivenciei um caso em que uma mãe não queria [...]. Ela estava relatando pra gente que era mais uma criança naquela casa, ela não tinha condições financeiras nenhuma, ela conversou com a gente, contou toda história dela. Lá no hospital é tudo perfeito, tem banheiro, tem chuveiro, tem tudo, tem gente cuidando. [...] Aí a gente foi na casa dela, foi vivenciar o que é não querer ter filhos, a gente foi ver o porquê ela não queria ter filhos. Quando eu cheguei na casa dela era uma situação de precariedade mesmo, era uma favela, são condições, assim, críticas, do crítico, do crítico, e só quando a gente entra numa casa e vê que tem 10 crianças que dormem no chão, todo mundo sem colchão, não tem banheiro, é banho de bacia, é então aí que foi caindo a minha ficha. Assim, só quando a gente vivencia o ser integral, a família no contexto social, econômico, cultural, que a gente vai ter noção do que é ser integral, cuidado integral. Então, pra mim isso ficou muito forte, que não é só a história dela ali no hospital. [...] Eu acho que o profissional, ele tem uma carga de trabalho muito forte, muito alta, são muitas crianças para um profissional só, é muito difícil você dar uma atenção integral quando você tem tanto trabalho pra fazer, tantas metas para atingir, tantas coisas para alcançar.”B4

Os estudantes abordam, nos relatos acima, que o cuidado da saúde da criança está ligado ao contexto em que ela vive seus aspectos familiares, sociais, econômicos e psicológicos, atentando para um olhar ampliado, não só para a doença, mas para outras necessidades de saúde.

As situações apresentadas pelos estudantes com o atendimento de crianças e famílias enfocam a insegurança das mães com a maternidade, a falta de vínculo com o bebê, quem vai assumir o cuidado, a ausência de companheiro, bem como a preocupação com as condições financeiras, sociais, de higiene, entre outras. Esses aspectos podem ser configurados como a visão que o estudante tem das vulnerabilidades individuais e sociais.

O compromisso dos estudantes aparece vinculado à disponibilidade para estarem com as crianças e suas famílias, abertos para a ajuda e para a escuta. Nos exemplos que abordam a ida às casas das famílias relatam o impacto com a realidade que as crianças e famílias vivem.

No seguimento da saúde da criança, o profissional de saúde precisa ir dando suporte com avaliação e diálogo com a mãe e família. A mãe busca se fortalecer na interação com os profissionais. A conversa é um elo de extrema importância, pois colabora para estruturar e construir a confiança, a segurança, a identidade materna e por consequência ir fortalecendo a interação entre mãe, filho e família. Há necessidade de uma avaliação profissional, tanto para validar o cuidado que a mãe presta ao filho quanto para aprender mais sobre esse cuidado cotidiano (MELLO; LIMA; SCHUCHI, 2007).

No espaço da visita domiciliar, Amaro (2000) considera que a meta do profissional ao realizar a visita deve ser de explorar a realidade para melhor compreendê-la e aproximar-se da verdade. Para a autora, a visita não é destinada para verificar ‘coisas’ previamente eleitas para serem vistas, pois os componentes da realidade a serem observados não se limitam a situações conhecidas, mas a situações desconhecidas e disponíveis à exploração do profissional que se mantém aberto para percebê-las.

A visita domiciliar, de acordo com Kearney; York e Deatrick (2000), tem a finalidade de priorizar a educação contínua da família, o seguimento a longo prazo, com uma frequência e regularidade, enfocando a construção do relacionamento entre as pessoas e proporcionando apoio para a interação entre mãe-criança-família e o desenvolvimento global da criança.

Os acadêmicos mencionam que o contato com o outro e a interação permitem e contribuem para o desenvolvimento do cuidar, pois possibilita refletir sobre o cuidar fundamentado no atendimento real das necessidades do ser cuidado, com um olhar do contexto que o indivíduo está inserido e envolvido e não somente uma assistência técnica. Dessa forma, é possível entender o cuidado como modo de ser dinâmico e, conforme Bison (2003), baseado na interação/relação com o outro, por meio da ação/reação entre seres humanos que se permitem cuidar e ser cuidado, bem como a partir do contexto de ser e viver de cada um, do ambiente onde se dá o cuidado e dos sentimentos que surgem desta relação.

As experiências proporcionaram aos alunos o refletir sobre a realidade, o que na educação podemos sinalizar como o aprender a conviver e o aprender a aprender. Tais conceitos, na educação, têm a missão de tratar dos conhecimentos sobre a diversidade da espécie humana, levar as pessoas a tomar consciência das semelhanças e da interdependência entre todos os seres humanos e aproveitar para descobrir a si mesmo, a fim de se colocar no lugar do outro e compreender suas reações, a fim de desenvolver uma atitude de empatia e reconhecer o outro (DELLORS, 2003).

Deste modo, o aprender a aprender se dará na compreensão do mundo que o rodeia, e será possível desenvolver as capacidades profissionais esperadas, tanto aquelas com a finalidade de compreender, conhecer e descobrir, quanto aquelas próprias e esperadas da profissão. Assim, originar competências que permite a reflexão da saúde e bem estar da díade

criança-família, o que capacita o pensar e o repensar em suas ações, refletindo nas habilidades do seu cuidar.

Aspectos do **SUS e a importância do modelo assistencial** também são apontados nos relatos dos estudantes, como nos exemplos a seguir:

“[...] analisando nosso modelo de assistência atual, o SUS, foi possível a gente analisar essa integralidade de cuidado, nesse contexto. Assim, nós promovemos um cuidado integral com esse ser humano, mas no sentido de tentar olhar pra ele como um todo.” L1

“[...] o modelo ideal de trabalho, pra mim humanização é tudo no atendimento, acolhimento com relação não só em unidade básica da saúde, saúde da família. O acolhimento, humanização e o contexto integral da criança têm que conter em qualquer esfera do atendimento, tanto hospitalar quanto básica, como unidade saúde da família. Mas tem que ser muito bem planejada, muito bem organizada, tem que ter um profissional que seja muito bem estruturado e tenha muito conhecimento, com especializações e com muito trabalho chegar um dia atuar dessa forma, e é isso que eu tenho como espelho.”B4

Os estudantes expressam preocupação com a integralidade, o acolhimento e a humanização do cuidado, destacando que tais princípios devem permear todos os níveis de atenção à saúde.

A integralidade é um princípio do SUS, sendo norteada por políticas que orientam a implementação de ações para sanar as necessidades da população, nos diferentes níveis de atenção e complexidade. A abordagem na formação deve ser realizada de forma participativa, a qual todos os sujeitos: estudantes, docentes, profissionais do serviço e comunidade venham contribuir para a melhoria das práticas de saúde, de educação e de controle social.

A Política Nacional de Humanização traz aspectos importantes para um reposicionamento na formação dos profissionais de saúde no SUS e para o SUS. Conforme Pache (2010), nos processos de formação em diversas localidades do território nacional vem

sendo possível revisitar concepções, diretrizes e estratégias que orientam a própria formação de recursos humanos na saúde. Para tanto, o autor considera que a formação é intervenção, e que ela pressupõe o exercício prático de experimentação no cotidiano dos serviços de saúde com equipes de saúde, ou seja, a formação é um exercício indissociável da experimentação, do convívio, da troca entre sujeitos em situações reais e concretas do cotidiano dos serviços, e a qualidade e intensidade desta troca irá garantir bons processos de formação.

A troca implica intercâmbio, significa disponibilidade para o conhecimento, teorias e experiências entre os sujeitos, a fim de produzir o saber e a construção de disposição subjetiva e produzir a diferença com o outro, assim como permite a construção de compromisso e contrato entre sujeitos e coletividade .

A Política Nacional de Humanização tem o propósito de consolidar o próprio SUS, com uma aposta metodológica, um certo modo de fazer, lidar e intervir sobre os problemas do cotidiano do SUS. Uma de suas diretrizes centrais é o acolhimento, que de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), é uma orientação ética, pois é um contrato entre os sujeitos que cuidam e os que são cuidados, cuja ação é produzir um campo comum de produção do cuidado compartilhado e com corresponsabilização, sustentando assim os processos de cuidar.

É importante que o acolhimento seja entendido como uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário(a), que não se limite a ser, mais uma vez, um roteiro de normas e rotinas a serem cumpridas, ou apenas um espaço ou um local, mas, sim uma mudança para uma postura ética e solidária. Desse modo, “não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde” (BRASIL, 2005, p. 16).

O desafio da humanização da assistência é um tema atual na área da saúde, que não pode ser equacionada com a necessidade de mais tecnociência ou menos tecnociência, mas sim com um enriquecimento das relações entre fundamentos, procedimentos e resultados das tecnociências da saúde e os valores dos sujeitos associados à felicidade e aos projetos existenciais de indivíduos e comunidades (AYRES, 2004).

Outro ponto de destaque nos relatos dos estudantes são **as necessidades de saúde das crianças**, como expressam os seguintes exemplos:

“Ah eu acho que primeiro eu ver a criança como uma criança, ver as especificidades que ela tem”. B2

“Ver o todo na criança. Eu olhava e conseguia ver esse todo incluindo a família e via, assim, que eles são pacientes específicos, porque eles não sabem reclamar do que você está fazendo com eles. Então, eles são pacientes que necessitam de profissionais que tenham essa noção de humanização e de respeito com o outro, porque você vai estar lá fazendo as coisas e o bebezinho não vai saber reclamar, ele não vai ter autonomia, isso eu quero, isso não quero.” B6

“Eu fiquei pensando muito na pediatria, a criança que fica muito hospitalizada. Por exemplo, um bebê nasceu lá, ficou até agora, está internado, é muito diferente de uma criança que vai, que fica em casa, uma coisa que minha professora falou que eu nunca tinha pensado ele não sabe o que é um barulho de telefone, ele não sabe o que é um cachorro latindo, o que é uma TV ligada, são sons, são texturas que se tem quando ela está na casa e no hospital ela não vai ter isso. Eu senti muita falta, acho que eu não proporcionei integral porque eu não tinha como desenvolver isso, a gente não tinha espaço, não tinha recurso na unidade que a gente estimulasse o desenvolvimento da criança na fase que ela deveria estar. A criança institucionalizada sofre muito no desenvolvimento, por causa disso mesmo que depois ela venha sair bem do hospital ela vai ter um déficit. [...] o cuidado integral da criança vai além de pensar no bio.”L7

“O cuidado integral é olhar a criança como um todo, a criança não é só uma criança, é uma criança que está inserida numa família, com determinada necessidade, que tem traços de personalidade, que têm que ser respeitado também, às vezes têm que ser trabalhados de como é isso, a criança ela tem direito de ir a escola. Eu acho que a gente enquanto enfermeiro que cuida de uma criança tem que olhar pra tudo isso, além de olhar se ela está bem biologicamente e fisicamente, é um pouco de tudo isso.”L4

Nos relatos acima, os estudantes destacam algumas especificidades e singularidades das crianças que merecem ser levadas em consideração para o cuidado delas. Apontam que para as situações de saúde é importante estar atento aos traços da personalidade, o respeito, a humanização, o estímulo ao desenvolvimento, a inclusão da família e o direito da criança.

Nas falas temos a compreensão que a criança possui especificidades e são evidenciadas não somente nas questões físicas e biológicas, mas no psicológico e social com inclusão da família nessa terapêutica e como parte integrante desse processo. As experiências dos acadêmicos nesse contato com a criança durante o período de estágios foram essenciais e necessárias para despertar a sensibilidade para observar as subjetividades nas expressões verbais e não verbais da criança e de sua família, o que contribui para proporcionar uma assistência pautada no conhecimento, habilidade e atitude.

Na visão de Ferreira (2006), com relação à essência do cuidado, o cuidar do outro deve ser pautado não somente em questões técnicas, mas sensível, que envolve o contato com o outro a partir do toque, do olhar, do ouvir, do falar e do sentir.

Os estudantes também apontaram aspectos sobre os direitos da criança como importantes para o cuidado em saúde. Cabe destacar que na perspectiva da criança, os direitos referem-se principalmente à autonomia pública, isto é, direitos sociais como o direito à nutrição (crescimento pondero-estatural adequado), ao desenvolvimento (desempenho cognitivo e emocional superior), à saúde (menor e menos grave morbimortalidade) e, no limite, o direito à vida (AYRES, 2004).

Os relatos dos estudantes também trazem aspectos sobre o **aprendizado durante a graduação** em relação ao cuidado em saúde da criança, como estes exemplos:

“É bom, assim, estar no campo da prática e ter um pouco de confiança em tudo que foi aprendido. Então, esse cuidado em saúde e tudo o que eu já vivi certamente que eu saio daqui com o olhar diferente, um olhar de tentar fazer o diferente, do que está na prática, um olhar mais humanizado, um olhar mais global mesmo. [...] Então, o que eu levo de toda essa minha prática pra minha prática de vida e profissional é tentar olhar o mundo com olhos diferentes a cada dia, e pensar que sempre tem algo a mais a aprender.”B13

“Eu consegui ver o cuidado integral, mas eu sei que numa realidade do profissional enfermeiro, com tantas atividades que ele tem no dia a dia, eu sei que se torna muito difícil ele ter essa visão que eu tive, de ver a mãe lá com seu nenê no colo na unidade, na estrutura de trabalho, no convívio social, econômico, cultural dele.”B4

“Tiveram vários casos, mulheres usuárias de drogas, isso inclui o álcool é claro, mulheres vitimizadas de estupro, violência doméstica, então a gente tem que fazer uma outra abordagem, não é igual. [...] A mãe de primeira viagem é de um jeito, a mãe que teve vários filhos é de outra. Essas mulheres, por exemplo, com essas especificidades a gente tem que abordar de outro, a receptividade de uma não é igual a da outra. Então, a gente tinha que saber a situação e na nossa imaturidade, na nossa inexperiência, como mãe que eu não sou e como mulher ainda que eu tenho poucas experiências. Nesse sentido, eu tentava me adequar, eu fui em casa de mulheres usuárias de drogas que não fizeram pré-natal, que tiveram filhos com problemas. Então, como eu ia lidar com isso, como eu ia fazer orientações e prevenção de saúde, sabe? Então, eu tive que ir buscando o respaldo científico, para levar o conhecimento científico da melhor maneira de cuidar, mas não deixar de ter aquele contato humano, porque eu preso muito, assim, por essa questão, do atendimento humanizado. Primeiro eu tentava me aproximar da forma mais natural e informal do mundo, e aos poucos ia acrescentando e colocando essa questão da saúde no meio.”B10

Eu vejo o cuidado bem antes, a gente começa essa prática, essa eficiência e vai trabalhando nesse processo aí, e nós vamos primeiro ver, observar e depois sentir, ah vamos refletir sobre isso, onde está errando, onde pode melhorar, onde é nossa função, fazer essa distinção do que é criticar, o que é julgar o outro, qual é esse processo de ensino aprendizagem.” L1

“Uma criança que já não tinha mais realmente prognóstico terapêutico, que já estava em cuidados paliativos, mas que, mesmo estando em cuidados paliativos, a equipe tinha se apegado, se afeiçoado a ela, e toda vez que ocorria uma parada, por relatos da enfermeira, elas tentavam a ressuscitação cardíaca. Então, ver essa criança também mexe um pouco com o emocional, o pessoal e com o profissional também. No momento, veio uma série de questionamentos: ah será que o que essa equipe está fazendo em se afeiçoar é o melhor? Não se afeiçoar ao paciente, mas mesmo ela não tendo um prognóstico é interessante tentar a ressuscitação? É certo? É ético? E essa família, por que não vem vê-lo? Porque não acompanha? mesmo que não todos os dias, uma presença constante, talvez uma presença pontual, uma vez por semana, pelo menos pra ele sentir que tem alguém ali, sabe?, que cuida, que gosta. Acho que os questionamentos foram muitos, que é um paciente como qualquer outro, requer um cuidado muito específico, requer até um cuidado que vai além da nossas possibilidades, que mexe tanto com o profissional, quanto pessoal, porque como não se afeiçoar a uma criança tão

indefesa, que está passando aí por um período, que eu me lembre ele tinha 3 anos, é uma história de vida muito triste, que já nasceu com problemas, já vem desde o nascimento tendo várias complicações. Acho que faz a gente refletir com relação a vida, ao profissional, a tudo.” B11

Os relatos acima mostram que o caminhar durante a graduação traz experiências que levam a certo amadurecimento. Os estudantes mencionam que ao cuidarem de crianças adquirem um olhar diferente e ampliado sobre o cuidado em saúde e uma conquista da confiança para cuidar. Há momentos em que chegam a duvidar de sua maturidade e possibilidades, enxergam a complexidade da saúde, os aspectos éticos e de vínculo profissional.

Os aspectos relacionais, para os estudantes, exercem influência na forma de interagir e de perceber o cuidado. Assim, identificam obstáculos que influenciam as práticas sociais e de saúde, e tornam-se motivados para o diálogo com as mães e famílias, contribuindo para a construção de conhecimentos durante a graduação.

Conforme Ferreira (2006), a consciência do cuidado se dá pelo sentido atribuído pelo seu fazer e pelo senso de responsabilidade, que corresponde uma consciência profissional.

Mayeroff (1990) aborda que o cuidado tem sentido de crescimento, pois no processo de cuidar existe uma relação que se caracteriza por estar com a pessoa, no mundo dela, o ser cuidado e o cuidador crescem com esse encontro.

Para Ayres (2004), o cuidado é uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente às diversas ações de saúde em que se reclama uma ação terapêutica, uma interação entre sujeitos com objetivo de aliviar um sofrimento ou alcançar o bem-estar, sempre mediado por saberes específicos voltado para essa finalidade.

A partir da atuação em diferentes locais de assistência à criança e sua família, durante as práticas nos serviços de saúde, houve para os estudantes participantes deste estudo uma ampliação de seu olhar frente ao cuidado de enfermagem à criança e família, pois verificaram a dinâmica do cuidado no âmbito da atenção básica, domiciliar e hospitalar. Também, nota-se a reflexão sobre valores éticos, sociais e de cidadania. De acordo Perrenoud (2000) com , o cuidado é permeado de valores éticos, políticos, sociais e de cidadania que vão ao encontro dos valores profissionais. Para essa autora, o cuidado envolve a moral e a ética e esses atributos contribuem para atender as necessidades do outro dentro do cuidado de enfermagem.

Para Perrenoud (2000), os conhecimentos são representações da realidade ao sabor da experiência e formação de cada um como parte dos recursos cognitivos do indivíduo.

Os pressupostos da educação crítico-reflexiva têm como base a aprendizagem significativa, que considera o sujeito como protagonista de sua aprendizagem, que ninguém é uma folha em branco e que esses conhecimentos prévios precisam ser valorizados e devem servir de âncora para o novo aprendizado. A aprendizagem significativa ocorre quando o conteúdo é significativo para o educando e que ele esteja motivado para relacionar o que aprendeu com o que já sabe (BRASIL, 2005).

Os relatos dos estudantes entrevistados trazem aspectos relevantes para uma aprendizagem significativa, com situações em que eles estão vivenciando o cotidiano do cuidar e que estão sendo sujeitos cuidadores.

4.2 Cuidar da criança com a participação da família

O segundo tema é *cuidar da criança com a participação da família*, com destaque para os seguintes aspectos: a importância de conhecer a família, o reconhecimento de situações de vulnerabilidade na família, o contato com a família durante o cuidado da criança, os sentimentos em relação à família, a construção de diálogo, empatia e confiança, o amadurecimento do estudante ao cuidar da criança em conjunto com a família.

Inicialmente, apresentamos alguns aspectos sobre **a importância de conhecer a família**, apontada pelos estudantes em seus relatos.

“A gente precisa conhecer onde a criança está inserida, entendeu? Se eu conhecer a família, vou conhecer como é a criança, porque tudo está interligado. Se a gente não conhece o jeito que é a família, como a família se relaciona com a criança, como é o relacionamento mãe e filho, pai, irmão, não vai saber o porquê a criança vai ter algumas atitudes e o que está acontecendo. É isso que a gente precisa ver da família, se o pai está desempregado, por que a criança tem determinada atitude, porque tudo tem relação, como o pai e a mãe se tratam, como o pai trata os filhos, como a mãe trata os filhos, se moram muita gente, se não mora, se mora os avós, entendeu? A família é o núcleo da criança, é onde ela vai tirar o centro de referência, é onde ela vai aprender o mínimo, é onde ela vai tirar como viver, é dali que ela vai tirar como se comportar na escola, com a comunidade, ela vai ter o comportamento que ela tem em casa, porque a criança é espontânea, ela vai fazer o que ela vai fazer em casa em todo lugar.” B2

“Eu não tenho experiência e, às vezes, era uma mãe de primeira viagem, adolescente, e eu queria saber muito da história da vida dela, saber como ela ficou grávida, se ela queria a gravidez, como seria daqui pra frente, como ela ia cuidar. [...]. Eu conversava muito, eu queria mesmo saber as experiências, de como foi ser mãe. Às vezes, a gente pegava mãe que já teve vários filhos, perguntava pra ela como foi, as experiências com todos eles, se era a mesma coisa, como que era, se a sensação era a mesma, o sentimento era o mesmo desde o primeiro nascimento e agora no quarto, terceiro, queria muito saber disso” B10

“A gente foi atrás de uma adolescente que era pensativa, de 15, 14 anos, uma coisa assim, que o serviço estava contatando porque ela estava com a mãe e me parece que essa mãe tinha perdido a guarda dessa filha e ela tinha ido viver com o pai, mas o pai passava o dia inteiro fora. Então, a gente foi tentar contatar para ver a situação. Um contexto mais ou menos assim e uma adolescente com uma criança.” B12

Os estudantes relatam que para cuidar de uma criança é preciso conhecer sua família, suas características, seus relacionamentos e condições de vida, pois entendem que a família é a referência para a criança. Também trazem que conhecer as experiências pregressas da família ou da mãe pode auxiliar no cuidado em saúde e no seu aprendizado de cuidar de crianças e mães.

O assistir a família é necessário para conhecer a realidade familiar em sua situação cotidiana, sendo possível observar e identificar como é sua dinâmica, os aspectos culturais, as dificuldades e facilidades, que contribuirão para o tratamento e acompanhamento, de forma a atender as reais necessidades de saúde.

Para Rocha, Nascimento e Lima (2002), conhecer a estrutura da família, sua composição, bem como funções, papéis e sua organização e interação com o ambiente, bem como adotar um conceito de família amplo é vital para a enfermagem no planejamento do cuidado.

Marcon e Elsen (1999) consideram que a família é o agente propulsor de saúde, sendo responsável pelos cuidados de saúde de seus membros, e possuem potencialidades a serem desenvolvidas para melhorar o atendimento de suas necessidades de saúde.

A família é considerada a base fundamental para a vida humana, sendo importante o acolhimento, proteção e cuidado do indivíduo, relevante para sua sobrevivência, com funções biológica, educacional, psicológica, social, emocional e histórica (Bernardino, Oliveira, Ciampone, 2006).

Além de conhecer a família e seus relacionamentos, há também ênfase nos relatos dos estudantes sobre **o reconhecimento de situações de vulnerabilidade na família**, como nos exemplos a seguir:

“Eu tive contato, todas elas [as crianças], todo mundo me marcou bastante nos meus nos estágios. Mas, eu não pontuaria um único assim, porque todos tinham especificidades, não foi nada muito comum, nada muito corriqueiro, um dia era uma mãe drogadita, outra dia uma mãe vitimizada, outro dia uma menina que foi estuprada e o filho não tinha pai, uma mãe solteira, um que o marido não queria mais, enfim, ‘n’ problemas.” B10

“Eu tive uma paciente que ela teve gêmeos, um foi embora e o outro ficou lá, eu pude ver as dificuldades da mãe lidar com isso.” B7

“eu assustei um pouco, eu vi muitas adolescentes sendo mãe com 14, 13 e 15 anos e, assim, você vê assim todas que eu falava: você é muito nova para ser mãe, e elas me respondiam aconteceu, fazer o quê? Todas, assim, com 15 anos, que já parou de estudar, que não tem mais esperança de futuro nenhum, que está ali tendo aquele bebê e seja o que Deus quiser daqui para frente.” L5

Os estudantes destacam alguns exemplos de situações vulneráveis, se dizem assustados ao identificar uma realidade diferente da deles. Ao se depararem com casos de violência, uso de drogas e gravidez na adolescência, entre outros problemas, os estudantes mostram preocupação e reflexão com o cotidiano do outro, buscando apreender diferentes especificidades que tem implicações para o cuidado em saúde.

As famílias possuem suas significações de saúde e doença e práticas de cuidar, originadas de seu contexto sociocultural, desse modo é importante o contato e interação com essa realidade para uma boa assistência de enfermagem.

Marcon e Elsen (1999) consideram que a enfermagem, para desenvolver ações congruentes, necessita de interagir com a consciência de que sua cultura pessoal e profissional poderá ser diferente daquela dos indivíduos, famílias e grupos com quem está atuando, e isso, por sua vez, só será possível através do conhecimento da cultura do outro.

Outro aspecto interessante nos relatos dos estudantes é **o contato com a família durante o cuidado da criança**, mostrando que a proximidade é importante.

“O que nós pudemos acompanhar com as famílias foi o contato com as mães, quando as mães tinham essa proximidade e iam até o hospital. Então, a gente pode trocar informação, pra poder direcionar isso pras necessidades.” L1

“Eu tive contato, mais contato com a família da criança no berçário. [...]. A família recebe muito bem a gente.” B1

“Eles [os pais], às vezes, necessitavam de mais cuidados que as próprias crianças. Havia, assim, muitas vezes que eles passavam pras crianças um medo tão grande, que eles necessitavam de uma explicação do que tava acontecendo, não era grave, não era tão grave assim, que não tinha motivos pra preocupação. Mas, o fato do sofrimento de ta longe e de ficar tão pouco tempo ali, e de serem crianças que não sabiam se defender, não sabiam queixar nada. Assim, deixavam eles muito mais sensíveis. Então, eu acho que é importante essa proximidade do profissional, que às vezes os pais precisam muito mais cuidado que a criança.” L5

“No alojamento conjunto era um envolvimento grande com as mães e com seus filhos. [...]. Tinham mães que elas eram fragilizadas, assim por estar passando por um processo de ter um filho prematuro, muitas delas tinham outros filhos. Então, elas estavam se recuperando, e mesmo assim elas tinham que ir pro hospital ver o filho, e elas não queriam desapegar. Então, foi um contato meio que intenso e diferente. Foi muito bom, tinha mães que eram muito comprometidas e isso facilitava nosso entrosamento, os cuidados elas davam continuidade, e tinha mães que não se interessavam, assim, a gente sofria muito também, de parecer que a gente fazia parte daquilo.” L10

“A gente ia lá visitava, conversava com a família pra levar um pouco de conforto, para tirar algumas dúvidas, esclarecer sobre a própria doença, tratamento, foi mais esclarecimento com a família” B10

Os estudantes identificam a necessidade do contato com a família em diferentes cenários de aprendizagem, no âmbito hospitalar e na atenção básica. O estudante se vê fazendo parte do cuidado e esclarecendo a família.

Alguns exemplos de relatos trazem um entendimento sobre como os pais colaboram para a recuperação da criança:

“Bom eu pude ver, assim, com a criança que eu acompanhei, ela não tinha a mesma questão de sentimento e afeto que eu via nas outras crianças. Então, isso foi uma das coisas que parece que quando o pai e mãe estavam juntos a recuperação da criança era muito mais rápida. Era, assim, nítido que quando os pais se dedicavam e iam, tratavam da criança que estava doente como sendo uma criança saudável, parece que a recuperação era muito mais

rápida. [...]. Então, eu achei muito importante e até mudou minha visão porque pra eu trabalhar com adultos, eu nunca fui muito adepta do acompanhante o tempo todo com o paciente, porque eu via acompanhantes que acabavam indo lá levar problemas pros pacientes ou alguma coisa assim. E no caso da criança em momento nenhum vi isso, vi o quanto isso era importante e o quanto essas crianças sentiam falta.”L5

“Eu acho muito satisfatório você ter a família próximo da criança e, assim, eu acho que a família contribui muito para o tratamento da criança” B4

Eu sempre tento conversar com a mãe e explicar o que eu vou fazer, na verdade explicar numa linguagem fácil pra tentar adquirir a confiança dos dois [criança e família], e aí acho que fica mais fácil de trabalhar.” L4

Os estudantes expressam que a presença e a participação da família nos cuidados da criança permitem melhor tratamento e ampliação do cuidado.

Molina e Marcon (2009) abordam que a presença e participação das mães nos cuidados à criança hospitalizada trazem muitos benefícios, tais como: o estreitamento dos vínculos afetivos, tranquilidade para a criança e segurança para as mães.

Para Milanesi, Collet, Oliveira e Silva (2006), a família necessita de uma assistência humanizada e individualizada já que está em meio a um sofrimento, por conviver com o fato de o filho estar doente, e a hospitalização é um fator desestabilizador da família, pois quando o filho adoece, todos adoecem.

Puthmatharith *et al.* (2007) também enfatizam a importância do reconhecimento das necessidades da família no processo de cuidados à criança, como pressuposto para o desenvolvimento do papel parental.

Os estudantes também expressam **sentimentos em relação à família**, mostram-se de certo modo inconformados com as situações das famílias para o cuidado da criança, particularmente em exemplos de cuidado quando a criança está hospitalizada.

“Antes por leitura de prontuário, assim, no momento, depois que eu li, o primeiro sentimento que eu tive por essa mãe foi raiva, raiva pelo fato da, do histórico familiar, no criar em relação àquela criança, pela conversa e pelo relato dos funcionários a respeito da mãe. Depois que eu conheci a mãe, que eu pude conversar com ela, que eu vi realmente o preconceito que eu tive a respeito dela, que ela tinha sim a dificuldade de poder estar ali, de poder tá cuidando da criança e ela era vítima de estigma-social também, mas ela tinha o desejo de cuidar, que ela queria aprender, mostrava bastante carinho com a criança. Então, aquele meu sentimento de raiva em relação a mãe, ele deixou de existir e eu passei a ter um sentimento de compreensão, de querer tá ajudando em relação a mãe com a criança.” L2

“Eu sabia da família pelo o que eu tinha lido no prontuário, mas a minha colega de sala que ficou com ele anteriormente ela tinha tido contato, ela viu quando eles estavam planejando alta pra ele, a mãe foi convocada a comparecer algumas vezes no hospital, e de todas as convocações elas não compareceu em todas, mas algumas ela compareceu até que um dia teve uma discussão entre ela e os profissionais. E essa minha colega me chamava, ah vamos lá pra você ver a mãe dele e eu não consegui porque eu sabia das dificuldades que ela tinha pra visitá-lo, era de outra cidade, era de família pobre, não tinha muitas condições. Só que eu sabia também, assim, que ele não foi uma criança planejada, que tudo isso tinha anotação da assistente social e da psicóloga, que ele não foi uma criança planejada, que o pai e a mãe eram usuários de craque, ela fez uso de craque durante a gestação, fez uso de bebida alcoólica. Então, isso me revoltava um pouco.” L5

“Uma experiência triste que me marcou foi um bebê que a gente acompanhou e fazia tipo uns oito meses que ele estava internado. Ele tinha mais de oitenta problemas e além de tudo ele tinha Síndrome de Down, ele tinha gastrostomia, ele ficava com oxigênio o dia inteiro, ele chorava muito. E a gente pensa, assim, nossa cadê essa mãe, porque essa mãe não vem. Depois a gente foi saber a história da mãe, a mãe não vinha porque o patrão não liberava para vim, porque se liberava, descontava do dia do serviço e ela não tinha o apoio do pai desse bebê, e o pai sumiu, nunca mais viu ela, e ela tinha uma outra filha que ela precisava sustentar uma criança também de 4 anos. No dia que ela veio e pegou esse bebê no colo e ela começou a chorar, e ela chorou tanto e eu fui chorando junto no meu canto, porque ver o amor que ela tinha nesse menino, mesmo ela estando longe tinha um amor nele incondicional. Até nossa amiga que estava com o bebê sentou e falou vamos conversar, aí ela falou eu amo ele eu não venho aqui porque não dá, se eu venho aqui a outra passa fome em casa eu amo ele e vou fazer das tripas coração para levar ele embora, não sabia nem o jeito que ia fazer para levar esse bebê. Isso me marcou muito, eu vi a ausência dela, mas uma ausência necessária, coitada. E esses bebês que não tem a presença da mãe ficam meio assim sozinhos, e quando ela ficava ele mudava da água para o vinho, eu tenho certeza ele se sentia confortável com ela lá. As tardes que ela vinha não dava um pio, a oxigenação dele não alterava, não dava febre, não dava nada, mas quando ela não estava era triste.” L6

“É horrível, a primeira coisa que você pensa é ficar revoltada, mas tem tanta coisa que envolve ao redor disso, tem tanto contexto de tudo. Porque a primeira impressão, assim, eu acho que mexe muito é o fato de eu ser mãe. Então, a primeira impressão que você tem é “nossa, essa mãe não tem coração, isso não é mãe”, é a primeira coisa que você pensa. Mas, a gente tem que analisar o contexto de tudo, né? Se a mãe tem um outro filho

também, tem outros filhos, a situação financeira dessa mãe, se outros filhos não precisam do cuidado dessa mãe também. Mas, você não deixa de ficar revoltada, porque a criança não tem culpa, ela precisa de carinho. Foi ótimo o estágio de pediatria, pensando foi bem melhor do que eu achava que fosse. [...] Em termos assim de humanização. [...], abriu muito a nossa cabeça nesse sentido de parar de julgar e tentar analisar um pouquinho do contexto de tudo, e não apenas julgar tipo assim “Ai, a família não vem visitar” “Ai, aquela pessoa nem olha pra aquela criança”. Mas, você não deixa de ficar revoltada, eu não deixo de ter certeza que eu não quero trabalhar com isso, entendeu? Isso me faz mal.” L8

A interação mãe-filho é necessária e importante, porém dependendo da realidade da família não há condições financeiras para a permanência da mãe ou cuidador junto ao filho durante uma hospitalização e é importante o estudante presenciar e vivenciar essas condições, para ampliar o olhar da assistência ao binômio e trabalhar questões e preconceitos, estigmas e, principalmente, pré-julgamentos. Há o entendimento que a família é importante e que sua presença é modificadora no tratamento e na condição da criança. O que os relatos apontam é que as situações vivenciadas mexem com as emoções dos estudantes devido à realidade daquela mãe ou família.

É importante que o estudante de enfermagem estabeleça uma relação com a família, compreenda qual o vínculo familiar existente entre mãe/cuidador e filho, os sentimentos, as percepções, atitudes e expectativas dos pais frente à hospitalização dos filhos, entre outros aspectos (Shaurich, 2009).

Araújo *et al.* (2009) apontam que para a família usufruir ativamente o direito de participar nos cuidados à saúde da criança, necessita ter mais informação e profissionais de saúde motivados e preparados para a integralidade do cuidado. Para essas autoras, a comunicação eficaz entre os profissionais de enfermagem e a família é fundamental, com contribuições para reduzir a ansiedade dos pais, aumentar a sua aceitação e envolvimento no processo de cuidados da criança, durante a hospitalização ou no domicílio.

No ensino de enfermagem em saúde da criança é de extrema importância proporcionar aos estudantes vivências que incluam a família no cuidado em saúde, ampliando a comunicação, a compreensão do ser humano e as intervenções de enfermagem no processo saúde-doença e cuidado (Veríssimo *et al.*, 2003).

Nos relatos dos estudantes aparece **a construção de diálogo, empatia e confiança**, como elementos importantes para o cuidado em saúde.

“quando eu conversei com a mãe pela primeira vez, eu procurei ouvir ela, eu identificar primeiro quem era essa mãe, não assim de primeiro momento já tratar mal, ou não buscar dela mesma qual que era a relação dela com o filho, como que tava, como que tinha sido pra ela ter gerado aquela criança, ter tido aquela criança, como que estava hoje. Então, assim, conversando com ela pra poder ta entendendo, acho que a partir desse momento de ta conversando, criado aquele sentimento de empatia com ela, acabei tendo maior contribuição dela. Acabou conversando bastante que era uma coisa que ela não conseguia fazer com as funcionárias, ela tinha muita dificuldade, ela tinha uma relação bem ríspida, era a maior turbulência dela com as funcionárias da unidade.” L2

“A mãe que está ali fechada com a criança no hospital, quais as preocupações dela, quando ela vem desabafar, quando ela vem falar que está preocupada com aquela criança. Às vezes, não tem com quem ela falar, ela tem que estar ali forte do lado da criança, e a gente como profissional enfermeira que a gente vai ser, a gente vai saber que quando a gente for lá cuidar de uma criança tem a mãe que ta ali com esse sentimento, que ta ali preocupada com essa criança. Ver a criança também, que ela tem o sofrimento dela ali, ela ta fora de casa, fora do quarto, fora do ambiente dela, é um ambiente totalmente diferente para ela e na maioria das vezes assustador.” B9

“Eu ia fazer alguma coisa e tinha algum familiar junto. Eu falava: eu só vou fazer isso nele, por causa disso e disso, tentava explicar certinho, explicar o porquê você está fazendo.” B6

“a gente trabalhava com a família, mas no intuito de ter a família como terapeuta também. Então, muitas famílias aceitam e também tem grupos de apoio. [...]. Eles viam como uma válvula de escape, para poder falar sobre os problemas que eles estavam passando frente ao tratamento do filho ou da filha. Assim, eles aceitavam muito, a gente conversava bastante com eles de tudo, não só sobre a doença, porque é uma fase muito difícil. Então, eles viam na gente não só como enfermeiros, a gente era tudo.” B10

Conversar com a família foi um aspecto muito importante ressaltado pelos estudantes para que fosse efetivado o cuidado. O cuidado passa pelo diálogo, com construção da empatia e da confiança.

Estabelecer uma relação de vínculo, ou seja, de confiança e respeito entre a família e profissionais significa, de acordo com Lima *et al.* (2010), transformar o ambiente hospitalar em um local de menor sofrimento tanto para os profissionais quanto para a criança e sua família.

Na visão dos estudantes o vínculo pode ser estabelecido, para alguns foi construído e para outros uma dificuldade a ser conquistada, como a seguir:

“Eu me senti mais segura também, porque quando eles pegavam confiança na gente, a gente podia ajudar a criança e sabia que eles iam ajudar tanto a gente quanto a criança. E eu percebi, assim, que quando os pais eram mais fechados, a gente, eu tinha dificuldade de prestar os cuidados, porque eu tinha medo de eles compararem a pessoa que trabalha faz de um jeito e ela tá fazendo de outro, então é melhor, ela é aluna. Então, eu me sentia, assim, quando eu conseguia manter esse vínculo com eles, era muito mais fácil pra mim e pra eles. Pra eu aprender e pra ir atrás pra perguntar. Quando eu ficava muito insegura eu ficava tão preocupada de acontecer alguma coisa com aquela criança.” L5

“Eu cuidava mais da mãe, eu tinha um foco maior com as mães, com a mama das mães, e tal, mas não olhava muito o bebê, eu via mais o relacionamento entre eles, que eu inclusive incentivava a isso “olha, é importante você manter o vínculo com o bebê, abraçar, olhar olho no olho quando ele estiver fazendo sucção, mamando, porque vai fortalecer o vínculo de vocês dois.” L9

“Eu tive uma paciente que a mãe disse que não sabia que estava grávida e que não estava preparada de jeito nenhum para ter o bebê. Eu que, alguns dias, tinha que fazer o papel de alimentar esse bebê porque ela não dava conta, e depois a gente começou a fazer um trabalho de fazer ordenha dela, e começar a aproximar desse bebê e consegui. Depois, no final, a gente tinha conseguido dela ficar mais próxima, e conseguindo, assim, aceitar amamentar melhor o bebê, e saber a importância do aleitamento materno. Acho que é um dos casos que me marcou com essa mãe.” B7

“Eu tive um vínculo muito forte com a mãe [...]. Ela era uma mãe que criticava muito a equipe porque ela achava que a equipe não dava atenção para a filha dela, e ela veio me falar coisas tão bonitas, tipo “você como estagiária é melhor do que as enfermeiras aqui da própria unidade, que não sei o que”, e assim eu tive um vínculo muito amável com ela, mas eu

também entendia a situação dos profissionais, muitas crianças para cuidar. Na verdade, às vezes, a mãe é que queria muito atenção pra ela mesmo. [...]. Eu acho que o estagiário acaba não se aproximando tanto assim da família, não é distante, é próximo, a gente aprende a lidar com a família. Então, pra mim esse contato foi satisfatório, eu consegui tirar de bom da situação, mas é difícil lidar com a família, eu acho que você tem que saber como trabalhar isso também, porque senão acaba não tendo muito vínculo e isso acaba atrapalhando o que você queria fazer.” B4

“É mais complicado a interação com os familiares. Então, acho que primeiro você tem que ficar um pouco mais fácil, que primeiro você tem que estabelecer vínculo, conquistar um pouco a mãe e com a criança não tem grandes problemas. Agora, na pediatria já não, como as crianças já são maiores você tem que perceber os vínculos, tem que colocar a criança no vínculo com a mãe e aí fica um pouco mais difícil. Eu sei que não é uma dificuldade minha, é de todo mundo, de respeitar o espaço do outro, de essa coisa de vínculo com outro é coisa de tempo, e não é uma coisa fácil mesmo de ser feita, e acho que continua sendo uma grande dificuldade” L4

As falas expressam que os entrevistados possuem preocupação com as mães/famílias, o que levam a conversar, orientar, ouvir, ter a empatia para minimizar o sofrimento. Há a preocupação em estabelecer um vínculo para conseguir realizar as atividades práticas propostas no estágio, com maior cooperação da família, além de apresentar a preocupação da comparação com os cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem com mais experiência prática. O vínculo na fala de alguns estudantes é possível por meio de dedicação, atenção e tempo disponibilizado para com o binômio criança-mãe.

A enfermagem se caracteriza como uma profissão produtora de ações de cuidado, esses devem ser desenvolvidos em conjunto com o ser cuidado, resultando em interação, relação empática, envolvimento, solidariedade, responsabilização e não apenas procedimentos técnicos (LIMA *et al.*, 2010).

Cabe destacar que a falta de comunicação entre os profissionais de saúde e a família é desencadeador de angústia devido o desconhecimento da situação da criança. Em estudo sobre o sofrimento psíquico da família da criança hospitalizada, Milanesi, Collet,

Oliveira e Silva (2006) observaram que é revoltante para a mãe sentir-se sem importância para os profissionais de saúde, e estes manifestam ignorar o direito da família de orientação e cuidados, o que acarreta uma relação conflituosa.

LIMA *et al.* (2010), afirmam que é de responsabilidade da enfermeira fornecer à família informação completa, apurada, correta e clara a respeito do estado de saúde do filho, do diagnóstico, tratamento e prognóstico, além de verificar o grau de compreensão que a família possui sobre os processos, essa troca de informação significa compartilhamento de cuidado.

Para tanto, o diálogo cotidiano da assistência de enfermagem à criança e sua família é importante para estabelecer relações, rompendo barreiras, sendo este diálogo algo interativo e que permite a coparticipação e corresponsabilidade da enfermeira e da família pelo cuidado.

O vínculo com os sujeitos que cuidamos na saúde tem sido foco de muitas discussões e estudos. De acordo com Merhy (1994, p.138), “criar vínculos implica ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, sentindo-se responsável pela vida e morte do paciente, possibilitando uma intervenção nem burocrática e nem impessoal”.

Nos relatos foi possível identificar **o amadurecimento do estudante ao cuidar da criança em conjunto com a família**, como nos exemplos a seguir:

“Houve crescimento, amadurecimento. E eu digo que agora, a cada dia que passa, eu acho que não estou finalizando, acho que estou iniciando uma nova etapa, acho que daqui pra frente não é o fim e sim o começo. Com a formação chegando, estou mais pra começar tudo do que pra finalizar, eu acho que eu cresci muito, amadureci muito, eu olho pra trás e lembro do que eu era no primeiro ano e no que hoje eu sou e no que eu hoje eu sou capaz de ver e enxergar de fazer, eu acho que foi um crescimento muito grande, não digo que acabou aí, não estou dizendo isso, até porque estamos

constantemente aprendendo e, a cada dia que passa, a gente está sempre aprendendo e a sensação é de que a gente não sabe nada. Às vezes, eu tenho muito essa sensação, mas, eu olho pra trás eu vejo poxa quando eu estava no primeiro ano eu pensava será que quando eu tiver no quarto eu vou conseguir fazer isso, isso e isso? e hoje eu vejo que eu faço e dou conta e assim foi graças a essas experiências e a ‘n’ outras experiências da graduação que eu vejo que teve muito crescimento.” B12

“Eu acho que tudo isso é um construir, tudo isso é um processo, eu acho que a coisa que eu achar que não é nada, lá na frente vai me valer, pra muita coisa. [...]. Eu acho que o cuidar em saúde é um processo que não se acaba depois que se formar, pelo contrário começa. [...]. Se eu sei tudo é porque eu não sei nada, mas que bom, assim, é bom estar no campo da prática e ter um pouco de confiança em tudo que foi aprendido. Então, esse cuidado meu em saúde e tudo o que eu já vivi, certamente, que eu saio daqui com o olhar diferente, um olhar de tentar fazer o diferente, do que está na prática, um olhar mais humanizado, um olhar mais global mesmo, que a gente ouve holístico. Então, o que eu levo de toda essa minha prática, pra minha prática de vida e profissional é tentar olhar o mundo com olhos diferentes a cada dia, e pensar que sempre tem algo mais a aprender.” B13

“As experiências emocionais fazem a gente refletir como te disse e aí crescer em cima disso, já as experiências técnicas de habilidades mesmo também fazem crescer no profissional, que a gente como te disse, a gente aprende muito que um ser tão pequeno requer cuidados muito específicos, assim como todo cuidado tem que ser muito, a gente tem que ter muita atenção. Então, eu acho que essa disciplina foi essencial na minha formação por que me fez ser um ser melhor, me contextualizou com esse espaço. [...]. Então, eu acho que colabora muito pras minhas habilidades, assim mais voltada pro profissional mesmo.” B11

“Nossa como pessoa, não tenho nem palavras porque ainda mais que eu enfrentei um problema muito forte para mim e como pessoa aprendi ser mais humana, parar de reclamar tanto na vida, e a gente vê tantas coisas tristes nesses lugares e você vê que seu problema é pequenininho perto daquele problema, daquele serzinho tão pequenininho que você está acompanhando, daquela mãe que você está acompanhando, e como pessoa aprendi ser uma pessoa mais humana, uma pessoa mais feliz, uma pessoa que dá mais valor a vida.” L6

“Me tornou um pouco mais humana, porque toda a experiência me torna, né, assim, torna a gente um pouco mais rica, principalmente falando dessa área, assim, de gravidez, todos os cuidados eu vou pensar duas vezes, assim, antes de engravidar, né? Porque a gente viu, assim, que não é, em uma eu estava trabalhando com situações anormais, em outras situações mais normais, mas que havia muitos jovens que estavam nessa e que, às vezes, estavam perdidos, assim, falavam “E agora, o que eu vou fazer? Eu não tenho condições nenhuma nem de me sustentar, e agora eu estou com um filho. Então, eu acho que o que mais, assim, despertou pra mim foi como pessoa, como profissional.” L9

“Cada caso é um caso e tem que avaliar mesmo, tem que colher a história, coletar a história de vida da pessoa pra poder fazer o melhor planejamento possível.” L9

“Eu queria muito a questão do compartilhar, experiências que eu nunca tive e aprender um pouquinho com cada uma delas, porque da próxima vez que eu tiver contato eu vou saber que cada um é cada um, cada caso é um caso. Assim, eu vou pelo menos saber como me aproximar, como lidar, não chegar de sopetão e falar besteira.” B10

Os relatos dos estudantes trouxeram reflexões sobre o aprender a ser e conviver, pois as experiências proporcionaram modificação na perspectiva de mundo deles, pois uma vez que entram em contato com realidades diferentes e convivem com pessoas e cenários, numa interação e relação de ensino-aprendizagem há uma construção e desconstrução de paradigmas que favorecem uma modificação nos modos de pensar, agir e ser. Podemos, assim, apontar que houve um aprendizado significativo e modificador.

Nessa interação é interessante verificar que as necessidades de saúde da criança e sua família são relacionadas não apenas quanto às questões biológicas, mas em aspectos psicológicos, emocionais, sociais e culturais, bem como o entendimento do estudante em aprender e ensinar, como uma via dupla, e uma reflexão nos modos de ensino e aprendizado de vida e de enfermagem.

Para Rogers (1978), a aprendizagem significativa é uma aprendizagem que provoca modificação no indivíduo, em seu modo de pensar, em suas atitudes e em sua personalidade, a qual permite a pessoa desenvolver-se, atingir autonomia, ser responsável por seu próprio aprendizado e seu futuro profissional e adquirir autoconsciência do processo de aprender.

Conforme Pettengill, Angelo (2000), no processo de cuidar o estudante deve compreender a experiência do outro, para conseguir um cuidado centrado na pessoa, deve desenvolver autonomia e autoconhecimento para cuidar do outro, e necessita aprender a

cuidar de si mesmo e a ser cuidado, para assim encontrar sentido naquilo que faz, sendo que a experiência será uma sensação de motivação que o impulsiona a seguir em frente.

Para Araújo *et al.* (2009) quando a comunicação entre os profissionais de saúde e família é eficaz, é possível uma redução da ansiedade dos pais e maior propensão para o envolvimento no processo de cuidar da criança, tanto durante a hospitalização, quanto no domicílio, o que facilita a adesão aos tratamentos, contribuindo para maior autonomia dos pais.

No setor saúde, cada vez mais, torna-se clara a relevância de entender a dinâmica da família e seu ambiente e o que isso acarreta na vida da criança, no seu processo de crescimento e desenvolvimento. O estudante parece ter consciência de que ele não modifica a condição social da família, porém que uma compreensão ampliada relacionada ao processo saúde-doença é necessária para sua formação fundamentada no cuidado em saúde. No cuidado em saúde é preciso priorizar a interação e uma integração entre saberes técnicos e saberes práticos, procurando produzir narrativas, identificar experiências, escolhas e tomadas de decisão para a ampliação do cuidado, tendo por base o diálogo com os membros das famílias.

O cuidado de enfermagem, visto de forma ampliada, precisa englobar os problemas de saúde da criança no contexto da família, assegurando prevenção, promoção, tratamento e o seguimento, contemplando conhecimentos, atitudes e habilidades para uma prática qualificada.

5 Considerações finais

Neste estudo foi possível explorar e descrever as experiências dos estudantes de enfermagem durante a graduação referente à saúde da criança e sua família, na perspectiva do cuidado em saúde, com reflexões sobre a formação do/a enfermeiro/a no contexto do Sistema Único de Saúde.

O cuidado em saúde é visto pelos estudantes de enfermagem entrevistados como complexo e amplo, que envolve cuidar da vida e da saúde. Eles elegem os seguintes elementos para compor o cuidado: o relacionamento interpessoal, o trabalho em equipe, a ajuda de forma ampliada na resolução de problemas, bem como a prevenção, a melhoria da saúde, o tratar, o estar junto e o respeito ao outro. Os estudantes expressaram preocupações com a integralidade, o acolhimento e a humanização do cuidado, destacando que tais princípios devem permear todos os níveis de atenção à saúde.

Os estudantes entrevistados abordaram que o cuidado da saúde da criança está ligado ao contexto em que ela vive, que é preciso conhecer sua família, suas características, seus relacionamentos e condições de vida, pois entendem que a família é a referência para a criança, atentando para um olhar ampliado, não só para a doença, mas para outras necessidades de saúde.

Os estudantes destacaram que algumas especificidades e singularidades das crianças merecem ser levadas em consideração no cuidado e que para as situações de saúde é importante estar atento aos traços da personalidade, o respeito, a humanização, o estímulo ao desenvolvimento, a inclusão da família e o direito da criança. Eles identificaram a necessidade do contato com a família em diferentes cenários de aprendizagem, no âmbito hospitalar e na atenção básica. O estudante traz experiências em que se vê fazendo parte do cuidado e

esclarecendo a família. Eles expressaram que a presença e a participação da família nos cuidados da criança permitem melhor tratamento e ampliação do cuidado.

Os relatos dos estudantes entrevistados mostram que o caminhar durante a graduação traz experiências que levam a certo amadurecimento. Os estudantes mencionam que ao cuidarem de crianças adquirem um olhar diferente e ampliado sobre o cuidado em saúde e uma conquista da confiança para cuidar. Há momentos em que chegam a duvidar de sua maturidade e possibilidades, mas visualizam a complexidade da saúde, os aspectos éticos e de vínculo profissional.

Conversar com a família foi um aspecto muito importante ressaltado pelos estudantes para que fosse efetivado o cuidado. O cuidado passa pelo diálogo, com construção da empatia e da confiança. Para os estudantes, o vínculo é possível por meio de dedicação, atenção e tempo.

Os estudantes ao adentrarem na realidade de saúde nos diferentes âmbitos conseguem vivenciar e produzir encontros, que geram afetos, satisfação, conflitos, trocas, experiências concretas da doença e adoecimento da criança e da família. Há uma satisfação em desempenhar as atividades acadêmicas propostas, ultrapassar medos, desenvolver as competências, realizar o contato com a criança, identificar e fortalecer a afinidade com essa área da saúde e o compromisso ético com a vida.

Os relatos dos estudantes trouxeram reflexões sobre o aprender a ser e conviver, pois as experiências proporcionaram mudanças nas perspectivas de mundo deles, ao entrar em contato com realidades diferentes e conviver com pessoas e cenários diversos, favorecendo modificações nos modos de pensar, agir e ser.

Assim, foi possível apreender que várias experiências dos estudantes entrevistados possibilitaram a construção de intersubjetividades, especialmente com crianças e famílias, trazendo o cuidado apoiado na interação e no diálogo.

As propostas de mudanças contidas nas Diretrizes Curriculares Nacionais dos cursos de graduação na área de saúde contribuem para a formação voltada para o SUS. Para o profissional de Enfermagem essas diretrizes vêm trazer importantes contribuições para sua atuação no âmbito do SUS e da Atenção Primária em Saúde.

Os quatro pilares para a educação, o ‘aprender a conhecer’, o ‘aprender a fazer’, o ‘aprender a viver junto’, e o ‘aprender a ser’ parecem estar presentes nas experiências relatadas pelos estudantes deste estudo, contribuindo para a construção do conhecimento e de sua formação.

É importante criar espaços para a discussão da formação do profissional enfermeiro devido a complexidade da temática e as interfaces e implicações relacionadas às mudanças do formar para o SUS, bem como desenvolver mais os pilares do aprender a fazer, aprender a viver juntos, aprender a conhecer, aprender a ser, o que culmina no aprender a aprender.

Nesta perspectiva, ao educador cabe aceitar e enfrentar o desafio da mudança, pois estas são muito além das preconizadas, é uma transformação no modo de construção do conhecimento, da mudança de posição de sujeitos, bem como de atingir, mobilizar e articular a comunidade escolar.

Neste estudo algumas limitações foram notadas, com destaque para a ênfase das respostas dos estudantes em suas experiências de cuidado da criança no ambiente hospitalar (na maternidade, nas unidades neonatais ou nas unidades pediátricas), trazendo uma memória mais recente da última disciplina sobre saúde da criança que eles haviam cursado. Cabe

destacar que outros estudos serão importantes para a continuidade das discussões sobre o ensino de enfermagem, que utilizem grupos focais, observações ou outras técnicas de investigação para expandir os conhecimentos e contribuições para as dimensões do ensino, da pesquisa e da prática de enfermagem.

6 Referências bibliográficas

- ALMEIDA, L. P. V. G.; FERRAZ, C. A. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n.1, p.31-35, 2008.
- AMARO, S. T. A. Visita domiciliar: orientações para uma abordagem complexa. In: SAULNIERS, J. B. R (Org.). **Fenômeno: uma teia complexa de relações**. Porto Alegre. EDUPUCRS, 2000. P. 195-202.
- ANGELO, M. **Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem**. 1997. 117 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.
- ARAÚJO, Y. B.; COLLET, N.; MOURA, F.M.; NOBREGA, R. D. Conhecimento da família acerca da condição crônica na infância. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.18, p. 498-505, 2009.
- AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.13, n.3, p. 16-29, 2004.
- BEGUIGUI, Y.; CUNHA, A. J. L. A.; SILVA, M. A. S. F. Panorama atual e perspectiva da AIDIPI na Região das Américas. In: Cunha, A. J. L. A.; Benguigui, Y.; Silva, M. A. S. F. (organizadores). **Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: implantação e avaliação no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 27-54.
- BERMEJO J.C. **Salir de la noche: por una enfermería humanizada**. Serie: Humanizar la salud. Santander (España): Editorial Salterrae; 1999.
- BISON, R. A. P. **A percepção do cuidador entre estudantes e profissionais de enfermagem**. 2003. 119 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 68 p.
- BRASIL. Portaria Interministerial nº2.118. **Parceria entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde para cooperação técnica na formação e desenvolvimento de recursos**

humanos na área da saúde. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, Seção 1, p.112, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar.** Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação/Conselho Nacional de Educação. Parecer CNE/CES. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2001. Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Seção 1E, 131 p.

BRASIL. Lei n. 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Dispõe sobre as bases e diretrizes da educação nacional.** Brasília, 1996, 32 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto da criança e do adolescente.** Brasília: Ministério da Saúde, 1990. 110 p.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da Republica Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 1988.

BATISTA, N. A.; BATISTA, S. H. **Docência em saúde:** temas e experiências. Ed. Senac, São Paulo, 2004.

BERNARDINO, E.; OLIVEIRA, E.; CIAMPONE M. H. T. Preparando enfermeiros para o SUS: o desafio das escolas formadoras. **Rev. Brasileira Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 36-40, 2006.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação.** Porto Alegre: Porto, 1994.

CAMPOS, F. E.; FERREIRA, J. R.; FEUERWERKER, L.; SENA, R. R.; CAMPOS, J. J. B.; CORDEIRO, H.; CORDONI, L. J. Caminhos para aproximar a formação de profissionais de saúde das necessidades da atenção básica. **Rev. Bras. Educação Médica**, v. 25, n. 2, 2001.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1400-1410, 2004.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. D. L. R.; **Educação em saúde na prática do PSF.** Texto disponibilizado para aula de Saúde Coletiva, 2001.

CHIESA, A. M.; NASCIMENTO, D. D. G.; BRACCIALLI, L. A. D.; OLIVEIRA, M. A. C.; CIAMPONE, M. H. T. A formação de profissionais de saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n. 2, p. 236-240, 2007.

COLLET, N. **Criança hospitalizada:** participação das mães no cuidado. 2001. 321 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

COLLET, N.; ROCHA, S.M.M. **Transformações no ensino das técnicas em enfermagem pediátrica.** 2. ed. Goiânia: AB, 2001.

CUNHA, A. J. L. A.; SILVA, M. A. F. S.; AMARAL, J. J. F. A estratégia de atenção integrada às doenças prevalentes na infância – AIDPI e sua implantação no Brasil. **Rev. Pediatria Ceará**, v. 2, n. 1, p. 33-38, 2001.

DELORS, J. **Educação:** Um tesouro a descobrir. 2 ed. São Paulo: Cortez. Brasília, DF: MEC/UNESCO, 2003.

FERNANDES, J. F. et al. Diretrizes curriculares e estratégias para implantação de uma nova proposta pedagógica. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v. 39, n. 4, p. 443-449, 2005.

FERREIRA, M. A. A comunicação no cuidado: uma questão fundamental na enfermagem. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 3, p. 327-330, 2006.

FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M. Diretrizes curriculares e projetos pedagógicos: é tempo de ação! **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 56, n. 4, 2003.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATTO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345-353, 1999.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: EPU, 1979.

ITO, E. E.; PERES, A. M.; TAKAHASHI, R. T. LEITE, M. M. J. O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopía x realidade. **Rev. Escola de Enfermagem USP**, v. 40, n. 4, p. 570- 575, 2006.

KEARNEY, M. H.; YORK, R.; DEATRICK, J. A. Effects of home visits to vulnerable Young families. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 32, n. 4, p. 369-375, 2000.

LIMA, R. A. G. **Criança hospitalizada:** a construção da assistência integral. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

LIMA, A. S.; SILVA, V. K. B. A.; COLLET, N.; REICHERT, A. P. S.; OLIVEIRA, B. R. G. Relações estabelecidas pelas enfermeiras com a família durante a hospitalização infantil. **Texto e Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 4, p. 700-708, 2010.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação:** abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MACIEL, Marco. A ONU e a Cúpula do Milênio. In: **Carta Internacional**, ano VIII, nº 52, outubro 2000.

MARCON, S. S.; ELSSEN, I. A enfermagem com um novo olhar... A necessidade de enxergar a família. **Família Saúde Desenvolvimento**, v. 1, n. 1, p. 21-26, 1999.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2007

MAYEROFF, M. **On caring**. New York: Harper Perennial, 1990.

MELLO, D. F.; LIMA, R. A. G. Êxito técnico, sucesso prático e sabedoria prática: bases conceituais hermenêuticas para o cuidado de enfermagem à criança. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.17, n.4, p. 580-585, 2009.

MELLO, D.F; LIMA R.A.G, SCHOCHI C.G.S. Health follow-up of children in poverty situation: between the routine and eventuality of daily care. **Rev.Latino-Am. Enfermagem**, v.15, n. spe, p.820-827, 2007.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O (org) **Inventando a mudança em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 116-160.

MILANESI, K.; COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G.; VIEIRA, C. S. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 6, p. 769-774, 2006.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11 ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2008.

MOLINA, R. C.; MARCON, S. S. Benefícios da permanência de participação da mãe no cuidado ao filho hospitalizado. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 43, n.4, p.856-864, 2009.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. Melhorando a saúde das crianças – **AIDPI: o enfoque integrado**. Brasília: OPAS/AIDPI, 2000.

PETTENGILL, M. A. M.; ANGELO, M. O sentido do cuidar da criança e da família na comunidade: A experiência da aluna de enfermagem. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v. 34, n. 1, p. 91-98, 2000.

PERREBOUD, L. **Dez novas competências para ensinar**. Porto Alegre: Artmed, 2000.

PUNTHMATHARITH, B.; BUDDAHARAT, U.; KAMLANGDE, T. Comparisons of needs, needs responses, and needs response satisfaction of mothers of infants in neonatal intensive care units. **Journal of Pediatric Nursing**, v. 22, n. 6, p.498-506, 2007.

ROCHA, S. M. M.; LIMA, R. A. G.; SCHOCHI, C. G. S. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. **Saúde e Sociedade**, v.6, n.1, p. 25-52, 1997.

ROCHA, S. M. M.; NASCIMENTO, L. C.; LIMA, R. A. G. Enfermagem pediátrica e abordagem da família subsídios para o ensino de graduação. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v. 10, n. 5, p. 709-714, 2002.

ROGERS, C. **Liberdade para aprender**. 4ed. Belo Horizonte: Interlivros, 1978.

SHAURICH, D. Compreensões de acadêmicos de enfermagem sobre famílias: algumas reflexões. **Rev. Enf. Esc. Anna Nery**, v.13, n.2, p. 415-20, 2009.

SILVA LARA, K.; SENA, R. R. DE. Integralidade do cuidado na saúde: indicações a partir da formação do enfermeiro. **Rev. Escola de Enfermagem. USP**, v. 42, n. 1, p. 48-56, 2008.

TEIXEIRA, E.; VALE, E. G.; FERNANDES, J. D.; SORDI, M. R. L. Trajetória e tendências dos cursos de enfermagem no Brasil. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n.4, p.479-487, 2006.

UNICEF. **Situação da infância brasileira**. 2006. Disponível em: <[HTTP://www.unicef.org.br](http://www.unicef.org.br)>. Acesso em: 12 set. 2009.

VERÍSSIMO, M. Ó. R.; MELLO, D. F.; BERTOLOZZI, M. R.; SIGAUD, C. H. S.; FUJIMORI, E.; LIMA, R. A. G. A formação do enfermeiro e a estratégia Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. **Rev. Brasileira de Enfermagem**, v.56, n. 4, p. 54-59, 2003.

WONG, D. L. WHALEY & WONG. **Enfermagem Pediátrica-** Elementos essenciais à intervenção efetiva. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

APÊNDICES

Apêndice 1**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

Início: _____ Término: _____ L() B()

Iniciais do nome: _____ Idade: _____ Sexo: _____

- Participa de atividades de extensão em programas que envolvem cuidado à saúde da criança?
- E de pesquisa?
- Trabalhou ou conviveu com criança antes da graduação?
- Eu gostaria que você me contasse como foram suas experiências durante a graduação no cuidado de crianças e suas famílias.
- Quais as atividades na assistência a criança e sua família que você realizou?
- Comente sobre, pelo menos, uma situação de cuidado de enfermagem à saúde da criança e família que você considerou importante durante o curso de graduação e por quê.
- Na sua opinião, como suas experiências relativas ao cuidado da criança e sua família ajudam e poderão ajudar na sua habilidade de cuidar em saúde?

Apêndice 2

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Estudante

Meu nome é Diane Militão Yamamoto, sou enfermeira e pós-graduanda nível Mestrado do Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP e gostaria de convidar você a participar da pesquisa “A saúde da criança e o cuidado no contexto da família: experiências de estudantes de enfermagem”, que será realizada aqui nesta escola.

O objetivo deste trabalho é descrever as experiências dos estudantes de enfermagem na perspectiva do cuidado integral à saúde da criança e sua família. Esta pesquisa irá contribuir no fornecimento de subsídios e reflexões à formação do enfermeiro no contexto do SUS.

Para isso, se você concordar, eu, Diane Militão Yamamoto, realizarei uma entrevista, gravada com duração de 30 a 45 minutos, em uma sala na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP. A Entrevista será transcrita e não haverá reprodução e identificação dos participantes. A entrevista será após a conclusão total das disciplinas que envolvem o cuidado da criança e após todas as avaliações específicas da disciplina. Você não terá qualquer gasto por participar da pesquisa.

Todo o material será mantido em segredo (anonimato) e não aparecerá seu nome em nenhum impresso ou meio digital e em nenhuma publicação. A qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa e isso não vai interferir no seu ensino, avaliação e formação aqui na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Você receberá uma cópia do Termo Livre e Esclarecido assinado por mim.

Caso você queira se comunicar comigo o endereço é Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, na Avenida Bandeirantes nº3900, fone (16) 3602-0533 ou (16) 3602-3391 ou celular (18) 91015886.

Diane Militão Yamamoto

Enfermeira e Pós-graduanda da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP

Eu, _____ aceito participar do projeto de pesquisa “A saúde da criança e o cuidado no contexto da família: experiências de estudantes de enfermagem”. Estou ciente de que a pesquisadora realizará uma entrevista, que as informações serão mantidas em segredo e que caso eu decida que não deva mais participar, em qualquer momento, tenho a liberdade de retirar o meu consentimento. Recebi uma cópia deste documento e tive a oportunidade de discuti-lo com as interessadas.

Assinatura do entrevistado

Data: ____/____/____

ANEXO

Anexo 1

Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde
para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3602.3382 - 55 16 3602.3381 - Fax: 55 16 3602.0518
www.eerp.usp.br - eerp@edu.usp.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of.CEP-EERP/USP – 0213/2010

Ribeirão Preto, 16 de setembro de 2010.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 131ª Reunião Ordinária, realizada em 15 de setembro de 2010.

Protocolo: nº 1180/2010

Projeto: A SAÚDE DA CRIANÇA E O CUIDADO NO CONTEXTO DA FAMÍLIA: EXPERIÊNCIAS DE ESTUDANTES DE ENFERMAGEM.

Pesquisadores: Débora Falleiros de Mello
Diane Militão Yamamoto

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Profª Drª Lucila Castanheira Nascimento
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Profª. Drª. Débora Falleiros de Mello

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP